

Amanda Lima Macedo de Almeida

Cuidado no território aos usuários de álcool e outras drogas: estudo de caso
exploratório de uma Unidade de Acolhimento Adulto, um serviço residencial transitório

Rio de Janeiro

2019

Amanda Lima Macedo de Almeida

Cuidado no território aos usuários de álcool e outras drogas: estudo de caso
exploratório de uma Unidade de Acolhimento Adulto, um serviço residencial transitório

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, Vigilância e Avaliação das Condições de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marize Bastos Cunha.

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A447c Almeida, Amanda Lima Macedo de.
Cuidado no território aos usuários de álcool e outras drogas:
estudo de caso exploratório de uma Unidade de Acolhimento
Adulto, um serviço residencial transitório / Amanda Lima
Macedo de Almeida. -- 2019.
125 f. : il. color. ; graf.

Orientadora: Marize Bastos Cunha.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro,
2019.

1. Redução do Dano. 2. Serviços de Saúde Mental.
3. Acolhimento. 4. Saúde do Adulto. 5. Usuários de Drogas. 6.
Reforma dos Serviços de Saúde. 7. Psiquiatria. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Amanda Lima Macedo de Almeida

Cuidado no território aos usuários de álcool e outras drogas: estudo de caso
exploratório de uma Unidade de Acolhimento Adulto, um serviço residencial transitório

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, Vigilância e Avaliação das Condições de Saúde.

Aprovada em: 03 de julho de 2019

Banca Examinadora

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Rosely Magalhães de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Marize Bastos da Cunha (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2019

À minha companheira Talita Arigoni.

À minha mãe Cida Lima.

À minha avó Maria Lima, Nininha (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Quero deixar registrada minha gratidão a algumas pessoas que participaram de forma direta ou indireta, deste desafio, e que contribuíram para que o caminho fosse mais interessante e agradável.

Agradeço imensamente a minha família, especialmente:

À minha mãe Cida Lima, pela eterna força, garra e visão de mundo.

Às minhas irmãs Joyce e Carolina, e meu cunhado-quase-irmão Raphael.

Aos meus sobrinhos: Hugo, Daniel e Júlia, que me fazem muito feliz!

À Talita Arigoni, por todo apoio, compreensão, e por todos os momentos em que me deu forças. Te amo!

À minha Vó Nininha, meu modelo e referência do que é ser uma mulher forte.

Aos amigos e amigas do peito, cada qual a seu jeito foram e são fundamentais na minha jornada: Willian Lucas, Elaine Aude, Lucila Lima, Fátima Almeida, Maria Aparecida

À minha orientadora Marize Bastos da Cunha, pela escuta paciente, compreensão, carinho e confiança depositada.

Aos parceiros de trabalho com quem divido a luta, os desafios e as conquistas da produção de cuidado baseado na atenção psicossocial.

Aos profissionais e usuários da Unidade de Acolhimento Adulto.

Aos entrevistados que gentilmente cederam seu tempo e sua atenção.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, especialmente aos professores da área de concentração Território, Vigilância e Avaliação das Condições de Saúde.

Às minhas colegas de turma Bárbara, Maria Ângela, Isadora, Bruna e Vanda. Obrigada meninas por todos os momentos de troca e aprendizado!

Aos membros da banca de defesa: Eduardo Mourão Vasconcelos, Rosely Magalhães de Oliveira, Agradeço pelas contribuições e disponibilidade.

À Ana Paola Frare, membro suplente da banca, obrigada pelo carinho e disponibilidade.

À Marly Marques da Cruz, membro suplente da banca, obrigada pela disponibilidade.

...eu queria que tivesse mais visibilidade, que as pessoas pudessem descobrir, que as famílias pudessem saber, porque tem muitas famílias que estão sofrendo e não conhecem esse tipo de serviço.

Carlos, ex usuário da UAA, 2019.

RESUMO

Em um panorama no qual ocorreu atraso em inserir a questão do uso prejudicial de substâncias psicoativas no campo da saúde pública, torna-se fundamental combater as antigas práticas de confinamento e exclusão. O investimento público em dispositivos que impõem restrições e exigem abstinência é um dos grandes desafios atuais da Reforma Psiquiátrica. Essa pesquisa teve como objetivo geral desenvolver um estudo de caso exploratório sobre uma Unidade de Acolhimento Adulto, localizada no estado do Rio de Janeiro, enquanto um serviço de saúde de caráter residencial transitório destinado aos usuários de álcool e/ou outras drogas. A finalidade maior da pesquisa é dar visibilidade a um tipo de serviço saúde, bastante desconhecido pela população em geral, e mesmo por muitos profissionais de saúde. É apresentada uma descrição da estrutura deste serviço, seu funcionamento e relação com outros serviços, e com o território onde está inserido. Na introdução é apresentado o cenário atual da questão do uso prejudicial de drogas, como um campo repleto de disputas, sejam políticas, acadêmicas ou técnicas. O segundo capítulo traz o referencial teórico dessa pesquisa, iniciando com uma revisão sobre a Reforma Psiquiátrica e a assistência aos usuários de drogas no campo da saúde mental, localizando o surgimento das Unidades de Acolhimento Adulto. Em seguida são abordados os conceitos de território, habitar e contratualidade social, pela sua importância no cuidado de usuários de álcool e/ou outras drogas. O terceiro capítulo apresenta a metodologia de pesquisa utilizada, que se configura como um estudo de caso exploratório. Foram utilizadas para coleta de dados as técnicas de observação participante, levantamento documental e entrevistas abertas com usuários e profissionais. Esse capítulo também refere-se aos aspectos éticos. No quarto capítulo estão os resultados e discussão da pesquisa de campo. A partir dos resultados pode-se afirmar que a UAA é um serviço de base territorial que segue a lógica da atenção psicossocial, considerando a subjetividade e o contexto de cada usuário, potencializando suas articulações e valorizando suas experiências de vida. Também foi visto que a UAA possibilita mudanças nas formas de relação entre a comunidade e os usuários de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Redução de danos. Atenção psicossocial. Unidade de Acolhimento. Adulto. Usuários de drogas.

ABSTRACT

In a scenario in which there has been a delay in inserting the question of the harmful use of psychoactive substances in the field of public health, it is essential to combat the old practices of confinement and exclusion. Public investment in restrictive and abstinent devices is one of the major challenges facing psychiatric reform today. This research aimed to develop an exploratory case study on an Adult Shelter Unit, located in the state of Rio de Janeiro, as a transitional residential health service for users of alcohol and / or other drugs. The main purpose of the research is to give visibility to a type of health service, largely unknown to the general population, and even to many health professionals. A description of the structure of this service, its operation and relationship with other services, and the territory where it is inserted is presented. The introduction presents the current scenario of the question of harmful drug use, as a field full of disputes, whether political, academic or technical. The second chapter brings the theoretical framework of this research, starting with a review of Psychiatric Reform and assistance to drug users in the field of mental health, locating the emergence of Adult Hosting Units. Next, the concepts of territory, housing and social contractuality are approached, due to their importance in the care of users of alcohol and / or other drugs. The third chapter presents the research methodology used, which is configured as an exploratory case study. Participant observation techniques, documentary survey and open interviews with users and professionals were used for data collection. This chapter also refers to the ethical aspects. In the fourth chapter are the results and discussion of field research. From the results it can be stated that UAA is a territorial based service that follows the logic of psychosocial attention, considering the subjectivity and context of each user, enhancing their articulations and valuing their life experiences. It was also seen that the UAA enables changes in the relationship between the community and users of psychoactive substances.

Keywords: Harm Reduction. Psychosocial Attention. Adult Reception Unit. Drug Users.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Cuidados Especializados
AD	Álcool e /ou outras drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e/ou Outras Drogas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASSEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CT	Comunidade Terapêutica
EC	Emenda Constitucional
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PFDC/MPF	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal
PNAD	Política Nacional Sobre Drogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CAMINHOS TEÓRICOS	18
2.1	REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE DROGAS.....	19
2.1.1	Desinstitucionalização e a Política Sobre Álcool e Outras Drogas	23
2.1.2	Ampliação da Rede de Cuidados para Usuários de Álcool e/ou Outras Drogas e as Unidades de Acolhimento Adulto	27
2.2	TERRITÓRIO E A REDE DE SAÚDE MENTAL: O CUIDADO PARA USUARIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS.....	30
2.3	HABITAR E CONTRATUALIDADE SOCIAL.....	33
3	METODOLOGIA	37
3.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1	O ESPAÇO E SEUS AGENTES SOCIAIS.....	49
4.1.1	O Território	49
4.1.2	O Processo de Configuração da UAA	52
4.1.3	O Espaço Físico	54
4.1.4	A Equipe	56
4.1.5	Os Usuários	59
4.1.6	A Família	64
4.2	DA ENTRADA NO ACOLHIMENTO À PORTA DE SAÍDA.....	67
4.3	O COTIDIANO DA UAA.....	75
4.4	O HABITAR E A CONTRATUALIDADE.....	86
4.5	A RELAÇÃO COM A COMUNIDADE.....	93
4.6	A ATUAL CONJUNTURA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E SEUS IMPACTOS SOBRE A UAA.....	97
4.7	LIMITES E POTENCIALIDADES.....	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
	REFERÊNCIAS	109
	ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS	114

ANEXO B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS.....	115
ANEXO C – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DOCUMENTAL..	116
ANEXO D – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	118
ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIO.....	119
ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAL.....	122

1. INTRODUÇÃO

A escolha para o tema desta pesquisa foi motivada pela minha experiência em diferentes serviços da rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro, durante a graduação, a especialização em Saúde Mental e, atualmente, enquanto profissional da Rede de Atenção Psicossocial.

Durante meu percurso acadêmico e profissional, busquei compreender como as formas de cuidado às pessoas com transtorno mental foram construídas. Entendo que o movimento de Reforma Psiquiátrica visava, dentre outras coisas, questionar a apropriação da loucura pelos especialistas e as formas de tratamento segregadoras e institucionalizantes.

Mais que uma mudança no modelo assistencial, e mais que uma mudança na política pública de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo, como bem disse Rotelli (2001). Por isso, penso que a dimensão sociocultural do processo de reforma psiquiátrica é fundamental, pois fala sobre como a sociedade se relaciona com as pessoas em sofrimento mental, e também das possibilidades da construção de outras formas dessa relação.

Trazendo essa reflexão para pensar a relação da sociedade com os usuários de drogas, é preciso levar em conta a sobreposição de estigmas, a visão moral sobre esses usuários, um contexto de “guerra às drogas” que reforça visão de criminalização do usuário de drogas, dentre outras questões.

O uso prejudicial de drogas é um campo permeado de muitas disputas, sejam políticas, acadêmicas ou técnicas. Disputas que vêm se intensificando em meio a movimentos de desmonte da política pública de saúde mental, com ameaças de retrocessos das conquistas alcançadas durante o processo de Reforma Psiquiátrica.

Importantes discussões têm sido levantadas a respeito do apoio e o financiamento que instituições como Comunidades Terapêuticas têm recebido. Essas instituições em geral se baseiam no isolamento e na imposição da abstinência para o usuário de drogas. Uma crítica feita a essas instituições é a utilização da problemática do uso de drogas para legitimar a internação prolongada, típica da cultura manicomial.

Para o presente estudo será abordada a Unidade de Acolhimento Adulto enquanto componente residencial transitório da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um serviço de base territorial e comunitária do SUS que faz frente à problemática das internações voltadas para os usuários de álcool e/ou outras drogas. Portanto, torna-se indispensável a articulação intersetorial e territorial para sustentação da rede de apoio dessas pessoas.

A pesquisa buscou descrever a dinâmica da UAA, enquanto um espaço residencial transitório, levando em consideração sua relação com o território no qual está localizada, tendo como principais objetivos a produção de conhecimento e uma maior visibilidade sobre a unidade, antes que ela deixe de existir.

Para a Saúde Pública é essencial o estudo da relação entre o consumo de drogas e a sociedade. Em um panorama no qual ocorreu atraso em inserir a questão do uso prejudicial de substâncias psicoativas no campo da saúde pública, torna-se fundamental combater as antigas práticas de confinamento e exclusão. O investimento público em dispositivos que impõem restrições e exigem abstinência é um dos grandes desafios atuais da Reforma Psiquiátrica, que pode vir a sofrer retrocessos.

A reforma psiquiátrica brasileira tem suas principais bases teóricas constituídas na Europa nas décadas de 1960 e 1970, onde havia contexto de desenvolvimento do estado de bem-estar social. Vasconcelos (2016) aponta que tendo em vista a posição de país semiperiférico e o ciclo de ditaduras militares na América Latina, no Brasil só foi possível certo avanço nas políticas sociais universais no fim da década de 1980, em um momento em que o cenário mundial de crescimento de sistemas de bem-estar social já estava enfraquecido, com o surgimento das políticas de ajuste neoliberais. Ao longo da década de 1990 é possível observar políticas neoliberais dos governos federais e gradual institucionalização e desmobilização da maioria dos movimentos sociais que davam sustentação à implementação das políticas sociais.

“Na década de 2000, acelerou-se a mundialização econômica e financeira, sob o jugo das políticas neoliberais, com aprofundamento da crise econômica internacional e das políticas sociais.” (VASCONCELOS, 2016, p.62) Havendo um profundo retrocesso das políticas sociais, com enormes perdas de direitos para os trabalhadores e para a população em geral.

No Brasil, o governo PT (Partido dos Trabalhadores), a partir de 2002, conseguiu alguns avanços devido a promoção de crescimento econômico por meio do aumento de renda e do consumo das camadas mais empobrecidas da população, baixo desemprego, e ampliação de algumas políticas sociais. Nesse período o campo da saúde mental contou com atuação marcante do movimento antimanicomial, que lhe rendeu progressos importantes no campo legal e na expansão dos serviços de atenção psicossocial. Porém, devido o contexto de crise internacional apontado, observamos algumas dificuldades no processo de reforma psiquiátrica, como a elevada rotatividade dos trabalhadores, o aumento da institucionalização das práticas e quantidade insuficiente de serviços que de fato fossem substitutivos às práticas manicomiais. Destacamos o crescimento das questões relacionadas ao uso de crack e outras drogas, levando em consideração a complexidade das demandas e a recente entrada da saúde nesse campo, assim

como a produção de uma série de interações forçadas e interações em comunidades terapêuticas. (VASCONCELOS, 2016)

Na década seguinte o modelo de crescimento econômico apresenta limitações e também aumenta a insatisfação da população em relação à fragilidade das políticas sociais, tudo isso com um contexto de recessão mundial. O governo do PT cedeu ao modo conservador de fazer política, com amplas coalizões indiferenciadas, e acabou se associando política e economicamente com o grande capital. (VASCONCELOS, 2016)

Com a crise econômica, política e ética tomando proporções maiores, forças políticas mais conservadoras se reorganizaram, Vasconcelos (2016) esclarece que

Na verdade, se trata de uma estratégia internacionalizada, em que interesses e forças políticas ligadas ao grande capital mundial se aliam aos setores conservadores de cada país para lidar com governos considerados “indesejáveis”. (...) Derrubado o governo, torna-se possível então implementar programas neoliberais de ajuste econômico, restringindo direitos sociais e utilizando recursos dos fundos públicos para estimular a economia e atividades privadas. (p.67)

Dentro do atual contexto nacional, na área da saúde, vêm ganhando destaque discussões sobre o desmonte do SUS. Uma das principais mudanças refere-se à redução de investimentos. Foi aprovada em 16 de dezembro de 2016 a Proposta de Emenda à Constituição n° 55 (PEC 55) que tinha como objeto a implementação do teto para os gastos públicos federais. Passou então a ser Emenda Constitucional de número 95, e instituiu um novo regime fiscal que valerá até 2036. O novo regime terá impacto por meio da limitação de gastos e investimentos públicos, especialmente nos serviços de natureza social (saúde, educação e previdência social). (MARIANO, 2017)

O movimento de desmonte da saúde pública atinge também a atual Política Pública de Saúde Mental, principalmente com posições contrárias à Atenção Psicossocial e da Redução de Danos. Em dezembro de 2015, Valencius Wourch foi nomeado para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Wourch foi diretor por dez anos do maior manicômio da América Latina, localizado em Paracambi no Rio de Janeiro. A instituição foi fechada, em 2012, por denúncias de violações dos direitos humanos. Em maio de 2016, após intensa mobilização de usuários e profissionais de saúde, ele foi exonerado e em fevereiro de 2017 foi nomeado um novo coordenador, Quirino Cordeiro Junior.

Em abril de 2017 foi divulgada uma nota pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que propunha a manutenção dos hospitais psiquiátricos. (ABP e CFM, 2017)

Quirino Junior apresentou propostas de mudanças na política de saúde mental, contrárias ao movimento da Reforma Psiquiátrica, conseguindo apoio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASSEMS). As alterações foram aprovadas na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) através da Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017.

Dentre as mudanças estão a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, criação de enfermarias especializadas em hospitais gerais, e também a expansão do credenciamento das chamadas comunidades terapêuticas (CT), que em sua maioria são de cunho religioso ou lucrativo. É importante destacar que essas mudanças foram aprovadas numa votação rápida e sem debate público junto às esferas de controle social do SUS. Membros do movimento de reforma psiquiátrica brasileira consideraram tais mudanças preocupantes e um forte sinalizador de retrocessos para Política de Saúde Mental.

A Portaria nº 3588 do Ministério da Saúde e a Portaria Interministerial nº2, ambas de 21 de dezembro de 2017, consolidaram o início da transformação com o fortalecimento de serviços de internação, desconsiderando o histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como a política de saúde mental construída coletivamente por quatro conferências nacionais de saúde mental e pela Lei nº 10.216/2001.

Outro grave episódio nesse panorama de desmonte das políticas públicas foi a aprovação, em março de 2018, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) de uma resolução que reorienta a Política Nacional Sobre Drogas - PNAD na direção da promoção da abstinência, e também prevê o financiamento de CTs com recursos também do Ministério da Saúde, tendo em vista que estas já vêm sendo financiadas no âmbito dos Ministérios da Justiça e Assistência Social. (Resolução CONAD nº1, 2018) A resolução que aponta para a alteração na PNAD foi apresentada pelo então ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra. É de fundamental importância destacar que o direcionamento de recursos provenientes do Ministério da Saúde para as CTs implica na redução de investimento na RAPS já existente, aumentando seu sucateamento e impedindo a habilitação de novos serviços, incluindo as UAs.

Neves (2018) indica que o governo federal estava disposto a promover uma grande expansão das Unidades de Acolhimento, porém ela não ocorreu no ritmo esperado, havendo um número de UAs em funcionamento muito inferior ao estimado. A autora sinaliza que

provavelmente o baixo número de UAs tem relação com o lobby das comunidades terapêuticas que vem ganhando força e legitimidade para coletar financiamento público.

Os serviços de base territorial que seguem a lógica da atenção psicossocial consideram a subjetividade e o contexto de cada usuário, potencializando suas articulações e valorizando as experiências de vida de cada pessoa envolvida neste processo. Por isso é relevante entender de que forma esses serviços, pautados por uma lógica territorial, podem possibilitar mudanças nas formas de relação da sociedade com os usuários de substâncias psicoativas.

No Brasil, com relação aos serviços de atenção à saúde existentes para o cuidado aos usuários de AD, a literatura é escassa, provavelmente por serem ainda serviços recentes, provocando lacunas na compreensão histórica da construção das políticas de atenção a este público. No que se refere às Unidades de Acolhimento Adulto, poucas são as experiências similares, junto ao SUS. A portaria que institui tais unidades foi publicada em 2012, sendo a primeira UAA do estado do Rio de Janeiro inaugurada em agosto de 2013.

Vale marcar que os poucos estudos a respeito das UAAs abordam a unidade como parte da Rede de Atenção Psicossocial instituída (ASSIS et al, 2014; DIAS, 2014; MACEDO et al, 2017; MEDEIROS, 2015; MENEZES, 2016; SOUZA, 2016), ou relacionam a UAA com outros modelos de serviços voltados para usuários de drogas, ou ainda, breves relatos de experiências locais (RODRIGUES et al, 2017; CLEMENTE et al, 2013; MARTINEZ, 2016; MEDEIROS, et al, 2017; OLIVEIRA, 2015).

Acreditamos que esse tipo de serviço, a partir das particularidades que apresenta, tem contribuído com o cuidado e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas; deste modo, é fundamental a produção de novos conhecimentos acerca do mesmo.

A partir do que foi exposto acima vale questionar: Qual a estrutura e dinâmica da UAA enquanto um serviço de acolhimento a usuários de álcool e drogas, que se propõe a ser uma unidade transitória e territorial?

Para a construção deste estudo partiu-se das seguintes perguntas a respeito da UAA: Como se dá sua dinâmica de funcionamento? Como é sua relação com os outros serviços da RAPS? Como é sua relação com o território onde está localizada? E, quais as potencialidades e os limites deste serviço?

Essa dissertação tem como objetivo geral desenvolver um estudo de caso único exploratório sobre uma Unidade de Acolhimento Adulto, localizada no estado do Rio de Janeiro, enquanto um serviço de saúde de caráter residencial transitório destinado aos usuários de álcool e/ou outras drogas, no período de agosto de 2013 a agosto de 2018.

E como objetivos específicos:

- Descrever a estrutura e dinâmica da UAA selecionada;
- Descrever a relação da UAA estudada com o território em que está localizada;
- Discutir as potencialidades e os limites da UAA estudada.

Este é **um** estudo de caso único, de caráter descritivo, observando que as UAAs podem ter variações de acordo com a UAA selecionada para estudo. Ampliaria bastante a pesquisa, a identificação da UAA, considerando o histórico da região e suas especificidades. No entanto, por uma questão ética e de prevenção de riscos, optamos por não identificá-la. Além disso, o objetivo maior da pesquisa é dar visibilidade a um tipo de serviço saúde, bastante desconhecido pela população em geral, e mesmo por muitos profissionais de saúde. O enfoque maior então é descrever a estrutura deste serviço, seu funcionamento e relação com outros serviços, e com o território onde está inserido. O objetivo citado se torna ainda mais importante considerando o contexto atual, já apresentado nesta introdução.

Além da apresentação e da introdução, o trabalho está estruturado em outros 3 capítulos e as considerações finais. O terceiro capítulo traz o referencial teórico dessa pesquisa. Iniciamos com uma revisão sobre a Reforma Psiquiátrica e a assistência aos usuários de drogas no campo da saúde mental, localizando o surgimento das Unidades de Acolhimento Adulto. Em seguida abordamos o conceito de território e sua importância na construção de políticas públicas para o cuidado de usuários de álcool e/ou outras drogas. E também trazemos a questão do habitar e da contratualidade social.

O quarto capítulo apresenta a metodologia de pesquisa utilizada, que se configura como um estudo de caso exploratório. Foi realizada coleta de dados de acordo com a abordagem qualitativa, utilizando as técnicas de observação participante, levantamento documental e entrevistas abertas com usuários e profissionais da unidade selecionada. Nesse capítulo também abordamos os aspectos éticos.

No quinto capítulo apresentamos os resultados e discussão da pesquisa de campo.

2. CAMINHOS TEÓRICOS

No início século XX várias medidas proibicionistas e de controle do mercado das drogas foram realizadas. Com essa política desenvolveu-se o mercado ilícito de drogas, passou-se a criminalizar seus consumidores e, além disso, se observou o aumento de problemas de saúde que também estariam ligados à falta de vigilância e por alteração das substâncias comercializadas. O proibicionismo não conseguiu acabar com o uso da substância, e foi usado para perseguir e prender pessoas tidas como perigosas à ordem social. (RODRIGUES, 2008).

A assistência à saúde para usuários de drogas é historicamente marcada por um olhar repressivo, tendo a internação como modo de tratamento e a abstinência como meta a ser alcançada. É importante destacar que as políticas públicas de saúde que abrangem essa população, são recentes; no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu tais políticas para esse campo apenas em 2002. (VAISSMAN, 2008)

Durante muito tempo, utilizou-se de internações longas em clínicas privadas, comunidades terapêuticas religiosas e hospitais psiquiátricos como única forma de tratamento, pois a crença comum era de que essas pessoas precisavam ficar afastadas da sociedade e cessar com o consumo de drogas. Enquanto o foco da intervenção estava voltado para substância, deixava-se de lado o sujeito e toda complexidade envolvida, as questões sociais, econômicas, culturais, dentre outras, assim como uma diversidade de formas de cuidado.

O movimento da Reforma Psiquiátrica demorou a direcionar seu olhar para os usuários de álcool e/ou outras drogas. Ao incluir o cuidado com a população, principalmente na dimensão sociocultural, é preciso pensar que a forma de se relacionar com esses usuários é socialmente construída. Um imaginário social que criminaliza e culpabiliza o usuário de drogas é gerador de vulnerabilização para os mesmos.

De acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, seguindo a lógica de cuidado no território, são priorizados serviços que permitam proteger e cuidar sem encarcerar.

O manicômio foi o espaço de tratamento reconhecido para os que apresentavam algum desvio do considerado “normal” pela sociedade, tendo associada a uma pretensa finalidade terapêutica, outras finalidades tais como segregação e punição. A Reforma Psiquiátrica abrange além da questão técnica a respeito da assistência psiquiátrica, a discussão sobre a construção de novos modos de relação com os sujeitos tidos como loucos.

Já os usuários de drogas foram criminalizados a partir das políticas antidrogas, tendo como destino a prisão ou a internação em instituições psiquiátricas ou religiosas.

Destacamos um importante conflito no que diz respeito à atenção ao usuário de drogas. De um lado a política proibicionista, que tem seu foco na substância tornada ilícita, e se baseia em ações de repressão e criminalização; do outro lado, as políticas de redução de danos, que visam construir estratégias para a diminuição dos danos à saúde, sociais e econômicos ligados ao consumo de álcool e outras drogas. (PASSOS & SOUZA 2011)

A partir de 2011 houve importante ampliação da rede de assistência a saúde de usuários de álcool e/ou outras drogas, em decorrência do aumento do financiamento designado pelo decreto nº 7179, de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas.

2.1 - REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE DROGAS

Ao longo da história da psiquiatria tem-se sempre presente processos de críticas e questionamentos acerca de seus métodos que visam à transformação de seu modelo original. Tal processo não é uniforme, pode-se pensar então que a própria psiquiatria surgiu com um ato de reforma. (TENÓRIO, 2002)

No Brasil a assistência em psiquiatria também passou por vários momentos diferentes. Considera-se o final da década de 1970 como o período inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pode-se defini-la como

processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (AMARANTE, 1995 p.87)

Em um primeiro momento, em um contexto de combate a um Estado autoritário, quando surgem críticas à assistência pública em saúde, cada vez mais precária e inoperante, além de várias denúncias de abandono e maus-tratos aos pacientes internados nos hospícios, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978. Esse movimento de críticas às políticas de saúde mental e reformulação da assistência é chamado de Reforma Psiquiátrica. (TENÓRIO, 2002)

O MTSM questionou as políticas psiquiátricas que se caracterizavam pela desassistência, pelas péssimas condições de trabalho e pela “indústria da loucura”, que diz respeito ao excesso

de internações em hospitais privados conveniados com o serviço público e mesmo nos hospitais particulares. (SOARES, 2003)

Para Amarante (1995), esse movimento de críticas se deu ao longo do que chamou de trajetória sanitarista da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que pode ser dividida em dois momentos, um inicial de tomada de responsabilidade do Estado pelos dispositivos de assistência e um segundo momento em que são realizadas conferências e encontros específicos da saúde mental.

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que representou o fim da trajetória sanitarista de modificar apenas o sistema de saúde e o início de uma trajetória de desconstrução do cotidiano das instituições e das formas sociais de lidar com a loucura.

Neste mesmo ano foi realizado o Encontro de Bauru, no qual nasceu o Movimento Antimanicomial, sendo esse evento o marco principal para uma mudança radical dos objetivos na política de saúde mental.

Em 1989 é apresentado o Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado federal Paulo Delgado, que propõe a extinção dos manicômios e sua gradativa substituição por serviços extra-hospitalares. Só será aprovada em 2001, após mudanças em seu texto original. (TENÓRIO, 2002)

Rosa (2003) aponta que a partir da década de 1980, no plano da política social, o processo de redemocratização se concretiza, com participação do movimento social popular, que tem seu auge com os debates legislativos acerca do processo que torna válida a Constituição Federal de 1988. O Estado assume a função de proteger e ampliar os direitos sociais por meio de políticas públicas. No campo da saúde, a Constituição de 1988 veio confirmar autenticamente um processo que já se encontrava em curso, conferindo-lhe legalidade e legitimidade. Já no aspecto econômico, essa década é considerada “perdida” devido ao agravamento da crise econômica no país.

No movimento de desinstitucionalização, as estratégias de assistência em saúde mental se baseiam na direção do resgate da singularidade, da construção de cidadania e ampliação do poder de negociação da pessoa com transtorno mental. Baseia-se também em projetos de integração e ações conjuntas na área da saúde mental com outras políticas sociais, como habitação, geração de renda, cultura e lazer. Outra importante estratégia é aproximação com a família da pessoa em sofrimento psíquico, compreendendo a família como uma potente parceria no cuidado e não como destino obrigatório, como direciona o ideário neoliberal. (SOARES, 2003)

As políticas neoliberais defendem a implantação do Estado mínimo no campo social, onde as políticas sociais ficam restritas a ações pontuais e emergenciais de caráter assistencialista, sem garantir direitos. O Estado passa a intervir somente em situações de extrema adversidade, quando o mercado, a caridade e a família não dispuserem de mais recursos. Logo, a minimização do Estado na área social precariza e até elimina alguns direitos assumidos por ele e impõem às famílias alguns encargos que as fragilizam, tendo em vista que já se encontram sobrecarregadas com as consequências da crise econômica. Enquanto isso, o movimento da Reforma Psiquiátrica luta para implementação de mudanças legislativas que assegurem o cuidado no meio sociocultural para a pessoa em sofrimento mental grave. (ROSA, 2003)

Rosa (2003) chama atenção para o risco de reorientação da assistência psiquiátrica, uma vez que os serviços extra-hospitalares possam ser vistos em termos de redução de custos pelas políticas neoliberais, que remetem o cuidado e o tratamento às leis do mercado, às famílias e ao auto-cuidado. A assistência psiquiátrica caminharia para uma situação ainda mais precária, sem adoção de medidas sociais integradas à rede de serviços e a estruturação e a capacitação dos recursos humanos, necessárias para o novo modelo.

Em 1991, o Ministério da Saúde, através da portaria 189, cria os primeiros serviços comunitários em saúde mental. Em 1992, acontece a II Conferencia Nacional de Saúde Mental, que contou com a intensa participação de usuários e seus familiares, fato que é considerado um marco histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (TENÓRIO, 2002)

Em 2001, após 12 anos em tramitação no Senado e no Congresso Nacional, é aprovada a Lei 10.216, um grande passo no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, apresentando como pontos principais: a garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais, a proibição das internações em instituições com características asilares e a classificação das internações como Voluntária, Involuntária e Compulsória, determinando que a internação Involuntária seja informada ao Ministério Público.

Ao mesmo tempo em que a Reforma Psiquiátrica avançava, no que tange à questão dos usuários de substâncias psicoativas, a “guerra às drogas” se tornou um exercício de controle sobre o social e uma estratégia para a ampliação da economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência. Essa lógica de guerra às drogas busca combater a produção da substância, deslocando para os países periféricos a fonte causadora dos problemas gerados pelo tráfico de drogas. Entretanto, ao focalizar esforços em combater a produção das drogas, as estratégias policiais e militares assumem a função de controle social das camadas pobres. É

importante destacar a chamada ‘lei de drogas’, representada pela Lei 6.368 de 1976, que abordava a prevenção de acordo com o modelo de internações, impregnada por uma perspectiva repressora. “É dentro deste jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria; ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício.” (PASSOS & SOUZA 2011, p.157)

Com essa lógica foi instituído, em 1998, o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Tanto a secretaria quanto o conselho foram vinculados à Casa Militar da Presidência da República (atualmente chama-se Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República), e anos depois passaram para o Ministério da Justiça. (PASSOS & SOUZA 2011)

A concepção e as estratégias de prevenção passam por algumas mudanças ao longo dos anos, a partir, principalmente, do movimento da redução de danos nas políticas de álcool e drogas. Somente em 2006 entrou em vigor a nova lei de drogas, Lei 11.343/06, porém manteve o perfil de criminalização e repressão ao consumo e ao porte de drogas. Os embates seguem recorrentes entre a redução de danos e a política antidrogas. (NEVES, 2018)

A lógica de redução de danos foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989, um período no qual altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. O Programa de Troca de Seringas foi uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis. Ao longo dos anos a lógica da Redução de Danos foi se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. (PASSOS & SOUZA 2011)

A produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas que a RD passa a enfrentar quando essa se torna um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos. (PASSOS & SOUZA 2011, p.157)

A lógica da Redução de Danos se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Vale apontar que a política de RD não exclui a abstinência como uma possibilidade. Esse processo de ampliação e

definição da RD como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde de álcool e outras drogas implicou um processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas. (PASSOS & SOUZA 2011).

2.1.1 - Desinstitucionalização e a Política Sobre Álcool e Outras Drogas

Todas as transformações da assistência em saúde mental significam também transformações na forma como a comunidade lida com as pessoas em sofrimento mental, com o tratamento, com o meio social, os preconceitos e com suas próprias dificuldades. Com o movimento de desinstitucionalização, a direção do tratamento aponta que a pessoa em sofrimento mental grave deve permanecer em sua comunidade e, para isso, sua rede de suporte social precisa ser fortalecida.

De acordo com Rotelli (2001), a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que vai muito além de reformulações na organização dos serviços de saúde e de propostas de implementação de caráter exclusivamente técnicas. Ao pensar, dentro desse contexto complexo, qual seria o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, destacando sua dimensão sociocultural, seria possível dizer que é

transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, (...) conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. (AMARANTE, 1996, p.165).

No entanto, a desinstitucionalização foi entendida e praticada em alguns países enquanto desospitalização, ou seja, mera redução administrativa de leitos em hospitais psiquiátricos o que produziu abandono, aumento de internações reincidentes e transinstitucionalização.

A desospitalização foi uma forma equivocada de se entender a questão da crítica à instituição psiquiátrica, e a desinstitucionalização em que se baseou a reforma brasileira é entendida como processo social complexo que visa a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, e que busca produzir estruturas de atenção à saúde mental que substituam a internação em hospital

psiquiátrico, estruturas essas que nascem da transformação dos recursos materiais e humanos que estavam empregados. (ROTELLI, 2001)

A instituição a ser superada não era unicamente o hospital psiquiátrico, e sim “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’” (ROTELLI, 2001, p. 30), compreendendo que a luta pela liberdade está associada à luta pelos recursos que possibilitam as trocas sociais. Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, aqui descrito, e de inclusão territorial, pressupõe disputas e embates que vão muito além da desospitalização.

Para a realização de tal perspectiva é necessária uma progressiva mudança na relação da sociedade com a loucura, que envolve ampliação do debate sobre essa questão e as revisões das práticas de saúde mental.

No que diz respeito ao cuidado do usuário de drogas, durante muito tempo, utilizou-se de internações longas em clínicas privadas, comunidades terapêuticas religiosas e hospitais psiquiátricos como única forma de tratamento, pois se acreditava que essas pessoas precisavam ficar afastadas da sociedade e cessar com o consumo de drogas. Este tipo de assistência é marcada pelo olhar repressivo que historicamente é dirigido ao usuário, e que mostra uma conotação moral na idéia de internação e afastamento do meio social.

As questões relacionadas aos problemas decorrentes do uso de drogas ficaram à margem da agenda fundamental da reforma psiquiátrica, que estava voltada para a questão da desinstitucionalização dos manicômios, tendo o Ministério da Saúde instituído tais políticas para esse campo apenas em 2002. (VAISSMAN, 2008)

Neves (2018) aponta que a área de álcool e drogas só passa a ocupar uma agenda na política de saúde mental a partir de um movimento que se inicia com a aprovação da lei nº 10.216, seguindo com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, a criação dos CAPS AD em 2002, e que se consolida com a aprovação de uma política nacional para a área, em 2003.

De acordo com Passos e Souza (2011), foi apenas a partir dos anos 2000 que as ações de redução de danos deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornaram uma estratégia norteadora da política de saúde mental.

O Ministério da Saúde, a partir da Portaria GM/MS n.º 816/2002 instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que teve como objetivo a organização e implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares entre as três esferas de governo e a criação de ações preventivas como forma de reduzir os danos sociais e a saúde causados pelo uso prejudicial de álcool e drogas. Assim, para a consolidação desta

rede foi determinada a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD).

Regulamentados pela Portaria GM/MS nº 336, os CAPS AD são serviços que seguem os princípios da Reforma Psiquiátrica, e têm como objetivos proporcionar o atendimento a população com questões decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas. O CAPS AD é caracterizado por ser um serviço aberto, de atenção diária e de base territorial e comunitária. Visa oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, por meio de acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental elaborado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL 2004)

A SENAD, por sua vez, dirigia suas ações baseada em uma prática proibicionista, com foco na busca pela abstinência, mas em alguns momentos se mostrou favorável aos programas de redução de danos, e instituiu em 2002 a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Assim o Ministério da Saúde trata o uso prejudicial de drogas como uma questão de saúde pública, ao passo que a SENAD traz uma visão proibicionista das drogas. Estes dois espaços permaneceram desarticulados até 2003, quando houve um esforço maior de integração entre as áreas. Embora com divergências e contradições, passaram a assumir papel relevante na condução das políticas públicas na área de álcool e outras drogas no Brasil. (NEVES, 2018)

O próprio Ministério da Saúde passa a reconhecer as comunidades terapêuticas como um serviço para o tratamento dos usuários de álcool e drogas, o que, possivelmente, gerou conflitos internos, pois as CTs não estão de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. No entanto, demonstra um movimento de disputas e aproximações entre Senad e Ministério da Saúde.

Dando seguimento as discussões do campo da política nacional de drogas, em um processo que Neves (2018) identificou como o ‘realinhamento da política pública’, pode-se observar a inserção da discussão a respeito das drogas lícitas, além da tentativa de apresentar postura menos repressiva na condução dessa política. Com isso o Conselho Nacional Antidrogas passou a chamar-se Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, assim como o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Devido a inclusão tardia do uso prejudicial de drogas nas políticas públicas de saúde mental e também a baixa oferta de serviços extra-hospitalares, a internação psiquiátrica foi um recurso terapêutico possível a uma importante parcela de usuários de drogas. E é nessa lacuna

que outros atores, que não a saúde, ganharam espaço, como por exemplo, as Comunidades Terapêuticas (CT).

No Brasil, as CTs se iniciaram a partir da década de 1970, e se configuraram como instituições filantrópicas, podendo ou não ser de cunho religioso, voltadas para usuários de álcool e outras drogas.

No que diz respeito às origens das Comunidades Terapêuticas, uma das principais experiências que influenciaram sua criação está relacionada a grupos religiosos participantes do movimento Quacre. Como reação à violência das internações nos hospitais no século XVII, eles criaram outro modelo de tratamento para as pessoas com sofrimento mental, baseado em comunidades no campo, afastadas da cidade, na imposição da disciplina e do trabalho rural, da moralidade e da vivência religiosa. Esse modelo também tinha como elementos essenciais o auto reconhecimento de culpa, e a auto contenção, constituída por meio da supressão parcial de meios de coação física. Esse modelo apresentava formas de violência menos explícitas quando comparadas as internações hospitalares da época. (FOUCAULT, 1972)

Já o nome ‘Comunidade Terapêutica’ refere-se a outro modelo, o desenvolvido por Maxwell Jones na década de 1940, que não tem relação com as CTs para usuários de drogas.

As Comunidades Terapêuticas de Jones propunham reformulação da instituição psiquiátrica hospitalar por meio da democratização radical das decisões e organização de grupos de discussão e de diversas atividades envolvendo a família, os funcionários e o próprio paciente no tratamento. Pode-se dizer que foi uma tentativa de montar um espaço institucional onde predominasse um tipo de relação social mais equânime, contudo essa experiência recebeu críticas a respeito da intervenção se reduzir ao espaço de internação. Ainda assim, inspirou ações e pensamentos no campo da Reforma Psiquiátrica. (NEVES 2018)

As primeiras CTs implantadas no Brasil foram, em sua maioria, fundadas por pastores e tiveram influências de programas gerados nos Estados Unidos que possuíam relação com a tradição cristã. (NEVES 2018)

O crescimento das CTs no Brasil pode ser atribuído à persistente lacuna assistencial de serviços públicos voltados para os usuários de drogas. No entanto, o aumento significativo das CTs já apontava um projeto de poder das instituições religiosas no país, se apropriando da questão das drogas e fortalecendo a mercantilização de serviços assistenciais. (NEVES 2018)

Faz-se necessário destacar que as CTs vêm sendo acusadas por diferentes setores da sociedade civil de violação dos direitos humanos. A Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017, organizada pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate

à Tortura (MNPCT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) afirma em seu relatório que em todas as CTs inspecionadas foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos. Tais como: privação de liberdade; internação forçada por meio tanto de violência física quanto de contenção medicamentosa; castigos, punições e indícios de tortura; violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual; trabalhos forçados e sem remuneração. (Conselho Federal de Psicologia, 2018)

O isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido, viola o conjunto de diretrizes que tratam dos direitos da pessoa com transtorno mental, incluindo os advindos do uso de álcool e outras drogas. O atendimento a essa população deve priorizar a inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Outro ponto destacado no Relatório refere-se as fragilidades nas equipes de trabalho, pois as histórias mostraram a presença constante do chamado trabalho “voluntário” que, sem configurar de fato essa modalidade, encobre violações aos direitos trabalhistas. A prática ocorre de duas formas principais: pelo recrutamento de profissionais sem remuneração; e pela permanência de ex-internos, que assumem tarefas como monitores ou obreiros, sem formalização dessas atividades. (Conselho Federal de Psicologia, 2018)

Além do cunho religioso, que reforça o papel das igrejas na condução das políticas de drogas no Brasil, essas instituições têm seu funcionamento embasado em ações morais, e na concepção antidrogas. Além disso, defendem uma política de internação, favorecendo o estigma, a intolerância e a mercantilização deste suposto cuidado. Logo se encontram em posição contrária à Reforma Psiquiátrica, que defende a produção de um cuidado antimanicomial. (NEVES 2018)

2.1.2 - Ampliação da Rede de Cuidados para Usuários de Álcool e/ou Outras Drogas e as Unidades de Acolhimento Adulto

Nos últimos 17 anos, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, de superação do modelo asilar de cuidado e de garantia e promoção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, passaram a embasar a Política Nacional de Saúde Mental, o que acarretou importantes transformações nessa área. De acordo com Assis et al (2014), as principais mudanças a serem destacadas são: a adoção do território como conceito organizador da atenção; o aumento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades; a redução

de leitos em hospitais psiquiátricos; o Programa de Volta Pra Casa¹; e a reversão dos recursos financeiros, pois até 2005 estavam destinados quase exclusivamente para à assistência hospitalar.

A partir de 2011 houve importante ampliação da rede de assistência a saúde de usuários de álcool e/ou outras drogas, devido ao aumento do financiamento designado pelo decreto nº 7179, de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Em dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi normatizada pela portaria 3.088, sendo republicada em maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. (BRASIL, 2013)

As diretrizes que fundamentam a RAPS são: o respeito aos direitos humanos; a garantia da autonomia e liberdade; promoção da equidade; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2013)

E dentre seus objetivos específicos, no que se refere a questão do consumo abusivo de álcool ou drogas, a referida portaria destaca: prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados por essas substâncias; e promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.

A RAPS estrutura-se com serviços de base territorial e comunitária, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico e manicomial. Um serviço de base territorial e comunitário

¹ O Programa De Volta Para Casa dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (com dois anos ou mais de internação).

é um serviço acessível a qualquer pessoa, localizado o mais próximo possível de onde o usuário vive, de onde estão a sua família, os seus amigos, e os lugares que frequenta.

São sete os componentes que constituem a RAPS: atenção básica; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial. Cada componente é formado por diversos pontos de atenção regulamentados por normas específicas. (BRASIL, 2013)

Como componentes de caráter residencial transitório, a RAPS institui dois tipos de pontos de atenção: as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial (que contemplam as chamadas “comunidades terapêuticas”).

As Unidades de Acolhimento funcionam em duas modalidades: Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.

A Unidade de Acolhimento Adulto – UAA, instituída pela Portaria nº121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, é um serviço aberto que oferece acolhimento a pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Visa acolher voluntariamente e oferecer cuidados contínuos para usuários acompanhados por CAPS AD, que se encontrem em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem um acompanhamento terapêutico e protetivo. As UAAs têm suas ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2012)

A UA é um serviço residencial, uma casa. Nessa perspectiva, é um espaço projetado para o acolhimento, a hospitalidade, a convivência e é fundamental considerar que a possibilidade de “habitar” e de “trocar identidades”, no sentido de produção de local de enriquecimento das redes sociais, constituem eixos centrais na proposição de “reabilitação como cidadania” (ASSIS et al 2014).

O acolhimento na UAA ocorre de acordo com o projeto terapêutico singular (PTS), construído pelo CAPS AD juntamente com o usuário, e do andamento da proposta de trabalho, que pode ser auxiliar os usuários na busca de emprego, formação, alternativas de moradia, retomada dos laços sociais e familiares, por exemplo.

Cabe ressaltar que parte importante do trabalho realizado durante o acolhimento na UAA é se articular com rede intersetorial, especialmente saúde, assistência social, cultura, justiça e educação. Assim como articulação com rede do território, incluindo os moradores da região, os comerciantes, associação de moradores e outros componentes do território. Tais articulações são realizadas a partir do PTS de cada acolhido.

2.2 - TERRITÓRIO E A REDE DE SAÚDE MENTAL: O CUIDADO PARA USUARIOS DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

No contexto da saúde coletiva e da saúde mental, o termo “território” está presente em múltiplas dimensões e sentidos. Está em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e no planejamento das ações locais, e é elemento central para organizar a rede de cuidado na atenção psicossocial. No campo da saúde mental adquiriu particular relevância com a reforma psiquiátrica e a contraposição entre serviços centrados no hospital psiquiátrico e serviços comunitários.

Com o processo da reforma psiquiátrica observou-se importantes mudanças no contexto da assistência à saúde mental, a partir do deslocamento da atenção centrada nos hospitais para a comunidade. Na busca de um novo olhar para a loucura, com a construção de novas redes, instrumentos e possibilidades concretas para redimensionar conhecimentos e práticas sobre o sujeito, seu problema e suas relações.

Furtado et all (2016), em seu estudo que busca compreender como o termo território tem sido considerado no pensamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, encontraram quatro diferentes acepções relevantes quanto ao conteúdo do termo em artigos científicos do campo. A acepção encontrada com maior frequência é de território como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares. Em um segundo sentido, o território aparece como um conjunto de recursos terapêuticos, de forma mais ampla, ou seja, um efeito das interações a serem exploradas e articuladas pelos profissionais dos serviços de saúde em espaços públicos, vizinhanças, associações etc. Outra acepção refere-se ao território existencial, constituído a partir da história pessoal de cada sujeito. Expressa o espaço de construções simbólicas e de pertencimento. Os autores apontam que tal acepção remete a Deleuze e Guattari, cujo conceito de território existencial abrange tais relações entre clínica, espaço e subjetividade. E o quarto significado encontrado é o território como sistema de objetos e ações, originário das teorias de Milton Santos.

Para Milton Santos (1998), o território é construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma variedade de atores. O território pode ser entendido como um conjunto de forças sociais que possuem mecanismos de inclusão e exclusão, como espaço de ação e de poder.

Ainda de acordo com o autor, não é possível falar do território sem falar do seu uso, incluindo os atores que dele fazem parte, evidenciando seu papel ativo, caracterizando o território como um espaço humano, ou seja, habitado por pessoas que agem sobre ele.

... não serve falar de território em si mesmo, mas de território usado, de modo a incluir todos os atores. O importante é saber que a sociedade exerce permanentemente um diálogo com o território usado, e que esse diálogo inclui as coisas naturais e artificiais, a herança social e a sociedade em seu movimento atual. (SANTOS, M. 2001: 26)

Assim, território não se refere a um lugar estático, dado, mas sim a um lugar ativo, dinâmico, repleto de inter-relações, construído cotidianamente, onde se realiza a vida coletiva.

Para o conhecimento da dinâmica social, costumes e hábitos consequentes das interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos, são de fundamental importância a identificação e localização dos objetos do espaço, os usos que a população faz e sua relevância para os fluxos das pessoas e de matérias. Os aspectos subjetivos do processo de construção do território incluem, enquanto dimensões essenciais e complementares, a vivência e a percepção. Afetividade e referências de identidade socioculturais marcam a percepção do espaço. A partir deste entendimento, pode-se dizer que o homem é promotor da construção do território. (MONKEN et al, 2008)

Pode-se perceber a influência do lugar das práticas psiquiátricas na organização do espaço urbano e na manutenção da ordem social, na sociedade brasileira do século XIX e início do século XX. A maioria dos hospícios brasileiros está situada em lugares distantes do centro urbano da cidade, e tanto sua arquitetura quanto a localização evidenciam uma de suas principais funções: a exclusão de indivíduos não adaptáveis ou resistentes à ordem social.

Lima & Yasui (2014) recorrem a Foucault para explicar o desenvolvimento de um processo de poder sobre a vida que está “associado a um poder de normalização dos processos vitais” (p.595). Destacam duas formas principais de poder sobre a vida: a disciplina, “centrada no corpo e em seu adestramento, no investimento em sua docilidade e utilidade, e na extorsão de suas forças.”; e a biopolítica da população, centrada no homem-espécie e tendo os processos biológicos como suporte. A essa forma de exercício de poder “interessa conhecer, regular e

controlar os nascimentos, a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida de determinadas populações e todas as condições que podem fazer esses processos variarem.”

A partir da instauração dessa biopolítica da população, modalidade de exercício do poder própria dos estados modernos, que faz sobrepor-se vida e política, vemos surgir um mecanismo de vigilância e controle, e a organização de populações divididas em grupos com características peculiares tomadas como traço identitário.

(...)

Assim, se nos colocamos na perspectiva de uma ruptura com a racionalidade que determina o lugar do cuidado da loucura como o do isolamento, da exclusão, mas também de uma ruptura com a lógica do controle, que, por meio de diferentes dispositivos penetra na sociedade com estratégias de vigilância e domesticação, devemos estar atentos sobre as relações entre a produção de cuidado e o território no qual se inscreve o serviço. (LIMA & YASUI 2014 p. 596)

A extinção dos hospitais psiquiátricos, não garante por si só a inclusão social dos excluídos, nem a sua emancipação da tutela. A criação de uma rede de serviços de saúde extra-hospitalares fornece ao Estado uma legitimação adicional para exercer vigilância sobre toda a população de determinada área.

Para diminuir os riscos de se manterem as formas de exclusão e tutela, Furtado et al (2016) destacam a importância de uma prática clínica atenta, “capaz de acolher a multiplicidade de formas de existência e redes de sentido que criem novos territórios.” (p.9)

Ainda assim, é preciso considerar que mesmo essa intenção de acolhimento ampliado tropeça na lógica de imposição de ordem social, interna ao próprio funcionamento da máquina estatal, por meio da produção de identidades sociais pelos atos dos agentes do Estado. (FURTADO et al 2016)

Independentemente do posicionamento ético e político ou da prática clínica dos trabalhadores da rede de saúde mental, eles estão sujeitos à função de controle da instituição que os emprega e cujas determinações sentem na pele sempre que se defrontam com a sua imensa burocracia. (FURTADO et al 2016 p.9)

Os espaços hoje habitados por pessoas com transtorno mental grave e que dispõem de suporte institucional, em boa parte estão inseridos em grandes centros urbanos. Tais metrópoles constituem territórios complexos, dessa forma, trabalhar no território pressupõe uma reflexão crítica acerca das possibilidades e dificuldades de inserção não submissa dessas pessoas nas relações de poder que definem esse território.

Diante de toda reflexão acerca do conceito de território já exposta, Furtado et al (2016) indicam que vem ocorrendo uma progressiva perda de potência do conceito de território, isto é, do território como espaço de exercício de poder e, ao mesmo tempo, espaço de resistência. Os autores apontam como preocupação o entendimento de inserção no território como somente a saída do hospital psiquiátrico em direção à tutela na comunidade, no lugar da inserção no território representada por conflitos, pelo difícil convívio com a diferença e avanços por vezes lentos e sempre parciais.

Construir um serviço da rede substitutiva ao modelo manicomial requer estar atento à vida que acontece no lugar. Os territórios são distintos, com suas histórias sociais, políticas e econômicas de ocupação e usos dos espaços. Existem histórias que determinam os lugares e as formas de acesso, histórias sociais que produzem marcas e formas características de se expressar; histórias que revelam influências de diferentes culturas nas festas, na culinária, na música. A oferta, a organização, e a distribuição dos serviços e instituições também trazem as marcas locais da estruturação das políticas públicas.

2.3 – HABITAR E CONTRATUALIDADE SOCIAL

Assis et al (2014) indicam que o debate a respeito de como cuidar dos usuários de drogas comumente passa por como se devem organizar os serviços para atender a essa clientela, que serviços ofertar e como ofertar. Os autores apontam que a ênfase nesses questionamentos tem sido sobre o local, com perguntas como: “Onde? Para onde encaminhar? Para onde ir? Onde ficar? Para onde voltar?” Tais perguntas mostram que há o entendimento de que “falta um ‘local físico’ adequado para se colocar os usuários de drogas.” (p. 94)

A falta de serviços extra-hospitalares e a dificuldade no acesso ao sistema de saúde contribuíram para que outros atores, que não a saúde, ganhassem espaço, como por exemplo, as comunidades terapêuticas.

Em sua nota técnica, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2017) aponta o crescimento das CTs no Brasil, o que pode ser atribuído a persistente lacuna assistencial de

serviços públicos voltados para os usuários de drogas. No entanto, também demonstra um projeto de poder das instituições religiosas no país, se apropriando da questão das drogas e fortalecendo a mercantilização de serviços assistenciais.

O IPEA (2017) relata que dentre os métodos e recursos terapêuticos utilizados nas CTs, a espiritualidade e a laborterapia são os mais presentes. Sobre a laborterapia, vale notar que aparece pouco articulada a projetos e ações de qualificação dos internos para o mercado de trabalho, esta de forma geral ligada a trabalhos informais sem remuneração. Quanto à questão religiosa, identificaram que 46,6% das CTs são de orientação evangélica, 35,6% de outras orientações religiosas, e 17,8% se dizem sem orientação religiosa.

A disciplina é um dos pontos centrais no modelo das CTs, desta forma, rotinas com horários bem demarcados comandam o cotidiano dos internos, assim como uma série de regras rígidas de convivência. Algumas dessas CTs têm proibições quanto ao tipo de roupa e até mesmo quanto ao tipo de corte de cabelo dos usuários. A referida nota técnica ainda relata que, em algumas das CTs, os horários para assistir televisão são pré estabelecidos, assim como os canais e filmes que os internos podem ver, dentre outras restrições.

As pessoas são colocadas nestas instituições sob condição de tutela, evidenciando que são percebidas e representadas, no âmbito das CTs, como incapazes de se responsabilizarem por seus próprios atos. São submetidos ao isolamento do mundo externo e afastados de suas relações sociais, por meio inclusive de limites impostos a telefonemas e visitas. Estas restrições promovem uma ruptura espacial e temporal, tida como necessária para a criação da rotina interna. (IPEA, 2017)

Em muitas dessas CTs ocorre violação de direitos humanos. Essas instituições têm seu funcionamento baseado em ações morais e na imposição de abstinência. Além disso, defendem uma política de internação, e se encontram em posição contrária à Reforma Psiquiátrica, que defende a produção de um cuidado antimanicomial. (NEVES 2018)

Na disputa entre modelos de tratamento, as Unidades de Acolhimento surgem em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, como já vimos. Assim, as UAs foram criadas para responder à questão prática de locais físicos onde acolher pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, seguindo a direção da redução de danos e do cuidado em liberdade.

A UA é um serviço residencial, uma casa, e como tal visa ser um espaço projetado para o acolhimento, a hospitalidade e a convivência. Vale destacar que a possibilidade de ‘habitar’, e o enriquecimento das redes sociais, são eixos centrais na proposição de ‘reabilitação como cidadania’. (ASSIS et al 2014)

De acordo com Saraceno (2001), reabilitação implica em abertura de espaços de negociação, ou seja, aumentar possibilidades de trocas. Podemos pensar que a proposta de UA utiliza a idéia de ‘comunidade como recurso do serviço’, entendendo que a comunidade é uma fonte de recursos existentes e potenciais. As instituições formais e informais da comunidade representam recursos potenciais, com infinitas possibilidades de articulações entre serviço, usuário e comunidade, que são capazes de produzir sentido e contratualidade.

O habitar está relacionado a um grau de apropriação do espaço onde se vive, à organização material e simbólica dos espaços e objetos. Os atos da vida cotidiana como comer, dormir, falar, caminhar, trabalhar, trocando afetos e mercadorias, acontecem em lugares e tempos diferentes pra cada um. Em uma instituição de internação essa cotidianidade não é validada, para cada ato existe uma regra, não se habita, se ‘está em’. (SARACENO 2001)

Frare (2012), ao falar dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), aponta que o que é ofertado não é apenas um novo endereço, ou somente um espaço físico,

são outras formas de convivência, outras regras instituídas, outras formas de negociação, e uma casa. Um local para moradia onde quem o habita pode ou não chamá-lo de casa, mas que encontra, para além dos aspectos formais, possibilidades de novos arranjos subjetivos. (p. 50)

Penso que as UAs têm uma oferta semelhante, se fazendo contrárias a modelos de internação e confinamento. O acolhimento na UAA deve proporcionar lugares de convivência, e promover construção ou resgate de vínculos, o que implica que não seja um espaço auto-referente, fechado em si mesmo. As equipes da UAA e do CAPS, em conjunto, devem articular, planejar e acompanhar a inserção e as relações dos usuários em outros espaços existentes na comunidade. Os profissionais podem mediar essas relações, ampliando as possibilidades de criação de campos de negociação e de diálogo.

A estrutura física de uma Unidade de Acolhimento deve ser um ambiente projetado para a proteção, a hospitalidade e convivência. Não fazem parte desta proposta os espaços para o desenvolvimento de atividades terapêuticas, sala de enfermagem, e sala de atividades individuais e de grupo. Para que a UA seja concebida como ambiente com características de casa, que seja acolhedora e que promova a participação nas trocas sociais ou o enriquecimento das redes comunitárias, alguns elementos são apontados, tais como: estar inserida no território, em locais que favoreçam o convívio social; ter entrada aberta; ambientes agradáveis onde se

desenvolvam situações compartilhadas da vida cotidiana, como refeições, momentos de trocas e de convívio; além de ter espaços adaptados para as pessoas com deficiência. (BRASIL, 2013)

3. METODOLOGIA

A pesquisa configura-se como um estudo de caso exploratório, recorrendo a procedimentos da metodologia qualitativa.

Esse tipo de pesquisa tem foco mais amplo direcionado para investigação de fenômenos e processos complexos, pouco estudados. Os estudos exploratórios possuem importante característica descritiva, porém sua escolha e realização apresentam interesses ligados à exposição de determinada realidade, e ao debate teórico. Os estudos de caso exploratórios permitem obter uma visão mais detalhada do objeto investigado e possibilitam a construção de hipóteses analíticas capazes de orientar trabalhos futuros. (VASCONCELOS, 2002)

De acordo com Gil (2009), o estudo de caso é uma das muitas modalidades de delineamento de pesquisa propostas para produção de conhecimento num campo específico. O autor aponta algumas características essenciais do estudo de caso como: garantir o caráter unitário do fenômeno estudado; investigar um acontecimento contemporâneo, ou seja, o objeto de estudo é um fenômeno que ocorre no momento em que se realiza a pesquisa; não separar o fenômeno estudado do seu contexto; ser um estudo em profundidade; requerer a utilização de múltiplos procedimentos de coleta de dados.

Considerando o objetivo desta pesquisa, entendemos que o estudo de caso exploratório é a estratégia apropriada. Destaca-se a importância da compreensão dos fenômenos sociais relacionados ao contexto da UAA e seu estudo em profundidade, que deve levar em conta suas múltiplas dimensões. Tais como as características e particularidades da unidade, os vínculos com o território onde está localizada, sua relação com os demais serviços da rede de saúde, a complexidade que envolve o cuidado aos usuários de álcool e drogas, as políticas públicas de saúde mental e a discussão sobre o uso de álcool e drogas junto à sociedade.

Fischer (1994) afirma que todo ambiente humano é social na sua própria estrutura, porque é produto de intervenções que determinam o espaço no qual estamos como ambiente moldado culturalmente: “um espaço, a sua organização, o seu uso social, são atravessados por comportamentos e atividades ligados aos sistemas de valores vigentes numa sociedade, múltiplos, relativos e diversos, eles inscrevem maneiras de viver no espaço.” (p.64). Para o autor a abordagem psicossocial do espaço coloca em evidência a natureza das interações entre o homem e o seu meio. Nesta abordagem o ambiente é essencialmente o espaço organizado nas nossas sociedades, assim, todo espaço é sempre um espaço construído socialmente.

Gil (2009) chama a atenção no estudo de caso para sua natureza holística, enfatizando a idéia de investigar o caso como um todo, levando em consideração a relação entre as partes que

o compõe. E destaca como marca distintiva desse modelo a crença de que sistemas humanos têm em si propriedades de totalidade e integridade e não são uma mera coleção de atributos.

Outros pontos relevantes para a utilização deste delineamento de pesquisa estão relacionados a sua flexibilidade e a sua capacidade de estimular novas pesquisas, o que se torna desejável em vista da ínfima produção acadêmica sobre as UAAs. Também é fundamental o favorecimento da compreensão do objeto a partir dos membros do grupo de participantes, uma vez que se pretende identificar e estabelecer diálogos entre os diferentes saberes dos agentes sociais.

Para tal utilizamos nessa pesquisa o conceito de espaço de ponto de vista proposto por Bourdieu (1997), que ao introduzir sua abordagem metodológica a partir de entrevistas, relaciona as diferentes dimensões que influenciam o ponto de vista dos agentes sociais, tais como o lugar que ele ocupa dentro do espaço social, as relações de poder estabelecidas nesse lugar, a quantidade de características consideradas como positivas ou negativas da localidade. O autor destaca a importância de trazer para a análise a dimensão da experiência de quem vive e os diferentes pontos de vista existentes.

A Unidade de Acolhimento Adulto será abordada enquanto serviço de base territorial e comunitária do SUS, que faz frente à problemática das internações voltadas para os usuários de álcool e/ou outras drogas. Sua descrição e visibilidade para maior qualificação do campo da saúde mental é a finalidade maior da pesquisa.

Foram propostas diferentes estratégias de coleta de dados que concorrem para ampliar a visão e atuar sobre o viés trazido por cada uma destas. Foi realizada observação participante, consultados documentos, e também foram realizadas entrevistas.

A resolução CNS 510/2016 (BRASIL, 2016) reconhece a abordagem da ciência como inserção social, e dá espaço para que os pesquisadores assumam sua presença no campo e que neguem sua neutralidade. A resolução também afirma que o conceito de ética é uma construção histórica, social e cultural, assim como reconhece as especificidades das Ciências Humanas e Sociais em seus princípios e práticas de pesquisa, assumindo seu perfil pluralista, do qual decorrem múltiplas perspectivas teórico-metodológicas. (LORDELLO & SILVA, 2017).

A pesquisadora teve a proposta de conduzir uma pesquisa na qual seus resultados possam trazer benefícios para os participantes e para sua comunidade e/ou para populações semelhantes assumindo um interesse claro e tendo em vista que seus resultados dependem da relação que é estabelecida entre a própria e os participantes da pesquisa.

A resolução 510/2016 (CNS, 2016) afirma

que a produção científica deve implicar benefícios atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Além disso, destaca a relação pesquisador-participante como um processo contínuo, dialógico, reflexivo e não hierárquico. Estas afirmações buscam contemplar a diversidade e complexidade desse campo de investigação.

A relação entre pesquisador e participante deve se basear na confiança entre eles, mediada pelo diálogo, não existindo mais a recomendação de que isso se dê exclusivamente no início da pesquisa, mas a qualquer momento de sua execução. Essa aproximação é uma fase preliminar que favorece a adesão de participantes, a interlocução com o campo, assim como favorece relação pesquisador-participante.

Interessa explorar os pontos de vistas dos diversos agentes sem colocá-los em contraposição ou incentivar sua disputa. Mas desenvolver uma visão compreensiva das questões. Uma vez que este é um tipo de serviço recente e pouco conhecido, é fundamental descrever a sua estrutura e dinâmica, e compreender seus desafios, o que interessa diretamente à equipe da unidade.

Ainda a este respeito, em função de questões éticas que serão apresentadas mais adiante, destaca-se que a unidade não será identificada nesta redação final do estudo.

Coleta de Dados

Foi realizada coleta de dados de acordo com a abordagem qualitativa, utilizando as técnicas de observação participante, levantamento documental e entrevistas abertas com usuários e profissionais da unidade selecionada.

A observação participante é uma técnica que permite conhecer a vida de um grupo a partir de seu interior, o pesquisador tem participação real na situação ou grupo que está sendo pesquisado. Tal técnica permite a percepção direta do fenômeno estudado, entretanto exige análise crítica dos efeitos causados pela presença do observador. (VASCONCELOS, 2002)

Para descrever o funcionamento e dinâmica da UAA selecionada, e sua relação com a rede territorial, foi feita observação participante com registro em diário de campo. As

observações de campo também foram necessárias para fazer uma interação prévia com a realidade dos possíveis participantes antes da realização das entrevistas.

A Observação participante é um procedimento que implica na imersão do pesquisador em um espaço que torna-se bastante familiar, ainda mais sendo a pesquisadora trabalhadora da rede de saúde mental. Observar o familiar, de fato, não é uma tarefa fácil, pois a integração ao cotidiano do serviço dificulta o estranhamento necessário ao trabalho de observação e posterior análise.

Apesar disso, Velho (1981) destaca que o familiar não é necessariamente conhecido. Conhecer implica em compreender a lógica das relações entre os agentes sociais, as relações de poder, as hierarquias, assim como os princípios e mecanismos que organizam determinado fenômeno a ser observado.

Enquanto membros da sociedade, nos familiarizamos com os cenários e situações sociais de nosso cotidiano, traçando assim uma espécie de “mapa” que dá nome, lugar e posição aos indivíduos. Entretanto essa familiaridade não significa que conhecemos o ponto de vista e a visão de mundo dos diferentes agentes sociais, nem os princípios que fundamentam suas interações.

Velho (1981) afirma a necessidade de compreender o rigor científico do estudo da sociedade “enquanto objetividade relativa, mais ou menos ideológica e sempre interpretativa.” (p.129) O autor argumenta que “a ‘realidade’ (familiar ou exótica) sempre é filtrada por determinado ponto de vista do observador.” (p. 129)

Logo, sendo a pesquisadora membro da sociedade, profissional da rede de saúde mental, coloca-se, inevitavelmente, a questão do seu lugar e de suas possibilidades de relativizá-lo ou transcendê-lo e poder ter o estranhamento necessário para realização da pesquisa.

No entanto, ao desenvolver a observação participante, a pesquisadora buscou estratégias para minorizar o risco do não estranhamento, como: as diferentes fontes utilizadas, que trazem questões diversas, e que por vezes se contrapõem as observações de campo, levando a interrogações e a relativizar as observações da pesquisadora; o diálogo com outros membros da equipe, favorecendo a discussão com pessoas com outras visões, porque inseridas em posições diferentes na UAA; o diálogo com a pesquisadora orientadora, concorreu para ampliar a interrogação quanto às observações da pesquisadora, e minimizar o risco de não estranhamento.

Por outro lado, ao estudar o familiar, sua própria sociedade, o pesquisador expõe suas conclusões, sua interpretação do fenômeno estudado, a constantes revisões e confronto com outras interpretações sobre mesmo fenômeno. Dessa forma entendemos que o estudo do

familiar possui vantagens no que se refere a possibilidades de rever e enriquecer os resultados da pesquisa. (VELHO, 1981)

Foram observadas atividades diárias, o processo para a realização de um acolhimento, a entrada do usuário na unidade, atividades externas, dentre outras, conforme roteiro em anexo.

Para descrever seu funcionamento e dinâmica, também foi realizada análise documental, em documentos internos da UAA estudada, a saber: livro de ocorrências da unidade; atas de reuniões de equipe; e “censo diário”, todos contemplando o período de agosto de 2013 a agosto de 2018. Conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Análise documental Unidade de Acolhimento Adulto

Documento	Caracterização do Material	Caracterização do conteúdo dos Documentos
Censo Diário	Listagem diária dos acolhidos.	Data de início do acolhimento, unidade de referência, profissionais de referência, e breve perfil de cada acolhido (gênero, idade e território de moradia).
Livro de Ocorrências	Registro diário de ocorrências na unidade. Relato feito pela equipe de cada plantão (a cada 12 horas).	Organização da rotina da unidade, organização da equipe, acontecimentos diários, intercorrências, atividades internas e externas.
Ata de Reunião de Equipe	Detalhamentos das questões abordadas nas reuniões clínico-institucionais semanais.	Informes, discussões de caso, questões referentes a processo de trabalho, relação com território, articulação com demais componentes da RAPS.

A análise preliminar, exame e crítica dos documentos se deu por meio de cinco dimensões propostas por Cellard (2010): o contexto; o autor ou autores; a autenticidade e a confiabilidade do texto; a natureza do texto; e os conceitos-chave e a lógica interna.

Ao examinar o contexto, pontuamos que a produção dos documentos ocorreu em uma unidade de saúde pública, que segue preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da estratégia de redução de danos, os documentos se referem desde o momento de implantação da UAA até ela completar cinco anos de funcionamento. A conjuntura política, econômica, social e cultural que propiciou a construção dos documentos está mais detalhada nas primeiras sessões desta dissertação.

A autoria destes documentos é da equipe técnica da Unidade de Acolhimento, que é composta por profissionais de diferentes formações e diferentes percursos no campo de saúde mental. Os documentos são de acesso restrito, tendo sido necessária autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da prefeitura local para serem utilizados neste estudo.

Quanto a sua natureza, observa-se que são instrumentos de comunicação entre os membros da equipe, assim como de registro de atividades, e configuram documentos oficiais da UAA. Como toda a equipe técnica realiza os registros, não há um “perfil” único de escrita.

Já os conceitos-chave e a lógica interna são compostos por alguns relatos que apresentam linguagem informal, senso comum, enquanto outros apresentam termos mais técnicos, em sua maioria vindos do campo da enfermagem. Nota-se que dependendo dos profissionais que estão no plantão, existem mais anotações e são mais detalhadas.

Já as entrevistas abertas foram realizadas com usuários que já passaram pelo acolhimento na unidade e profissionais de saúde que atuam na UAA, visando a descrição da dinâmica da UAA, sua relação com o território assim como a identificação de suas potencialidades e limites. No projeto desta pesquisa também estavam previstas entrevistas com familiares de usuários que já passaram pelo acolhimento na unidade, porém devido a dificuldades em conseguir contato com familiares e devido ao prazo para a conclusão desta pesquisa, não foi possível realizar essas entrevistas.

Sobre o recurso da entrevista, Vasconcelos (2002) aponta que é uma interação assimétrica, em que uma parte coleta os dados e a outra se apresenta como informante. A entrevista é indicada para obtenção de informações sobre o que as pessoas e grupos sabem, acreditam, esperam, sentem, fazem ou fizeram, da mesma maneira que suas justificativas ou representações a respeito do objeto investigado. “Assim, é fundamental para investigar em profundidade o comportamento e a subjetividade humana, sendo um recurso flexível e que possibilita esclarecimentos em temas-chave.” (p. 220)

Poupart (2008) traz alguns argumentos para o uso de entrevistas de tipo qualitativo, como o de possibilitar uma investigação em profundidade da perspectiva dos agentes sociais; criar oportunidade para a compreensão e conhecimento a respeito dos dilemas e questões enfrentadas por eles; e por ser um instrumento privilegiado de acesso à experiência dos agentes.

A entrevista aberta, ou não-dirigida, por ser um método flexível, proporciona maior liberdade para o entrevistado se expressar, permitindo que ele fale sobre assuntos que julga pertinente. Enriquece o material de análise e conteúdo da pesquisa, favorecendo o surgimento de dimensões novas, não imaginadas pelo pesquisador de início. Também permite indagar sobre a trajetória social do entrevistado, levando a compreender melhor seu discurso, examinando seu

contexto de vida, e, desse modo formando um material mais adequado para entender e evidenciar a experiência e o ponto de vista do entrevistado. (POUPART, 2008)

A seleção dos participantes para as entrevistas foi feita de forma intencional para obter as categorias específicas de participantes considerados importantes para atingir os objetivos da pesquisa.

Uma vez que é um estudo exploratório, não há necessidade de uma amostra significativa por categoria. A prioridade neste ponto é a possível diversidade de vozes a respeito do tema e a aplicação da entrevista aberta, dando espaço à narrativa do participante. Foram realizadas seis entrevistas, três com cada categoria de participantes. Os roteiros das entrevistas estão incluídos nos anexos.

Quanto à forma de seleção, na categoria usuários, foram considerados participantes que passaram períodos maiores de acolhimento na UAA e aqueles que passaram períodos menores de acolhimento na unidade. Procurou-se agregar diferentes gêneros e priorizar os usuários que tenham passado por outras formas de acolhimento institucional, abrigamento ou internação.

Quanto aos profissionais, foram selecionados considerando o critério de antiguidade na UAA (maior tempo e menor tempo de trabalho na unidade); moradia próxima do território; trabalho anterior em outro serviço de saúde mental, buscando agregar participantes tanto da equipe técnica quanto da equipe de apoio.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram:

- Usuários: ter 18 anos ou mais; já ter passado por pelo menos um acolhimento na UAA selecionada.

- Profissionais: ter 18 anos ou mais; ser profissional da UAA selecionada.

Os critérios de exclusão para a participação na pesquisa foram:

- Usuários: ter menos de 18 anos; estar em acolhimento na UAA selecionada; nunca ter sido acolhido na UAA selecionada.

- Profissionais: ter menos de 18 anos; não ser profissional da UAA selecionada.

As entrevistas com usuários e profissionais foram realizadas em um lugar neutro, de escolha do entrevistado. Quanto aos profissionais a pesquisa buscou assegurar que não houvesse alteração na rotina do atendimento pois isso colocaria em risco a perspectiva maior, de qualificar o atendimento. As entrevistas tiveram duração entre 30 a 60 minutos.

Ao recorrer à entrevista como um dos procedimentos do estudo, tínhamos clareza quanto a situações de possíveis conflitos de interesses, em especial em situações que envolvem relações de poder e hierarquia. Isso configurou mais um motivo pelo qual nesta pesquisa, as entrevistas

não foram realizadas apenas com um tipo de agente social, pois buscou-se a riqueza de dados através das visões de diferentes pontos de vista.

Ademais, outras fontes concorreram para ampliar a visão e o viés trazido por um entrevistado ou outro. Como já foi apresentado, foram consultados documentos e houve observação participante. Em cada entrevista, houve esclarecimento sobre o lugar do entrevistado, sua profissão e relação com a UAA, o que concorre para ter um ponto de vista crítico quanto à narrativa do entrevistado. Com efeito, a pesquisa busca a narrativa e a percepção do agente social presente na entrevista, entendendo que sua ação é uma forma de colocar seu ponto de vista sobre o mundo, o serviço e traduz sua visão acerca das relações de poder.

A seguir, farei uma caracterização dos agentes sociais que participaram das entrevistas, dando visibilidade para a relação que cada um tem com a UAA estudada, o que contribui para compreender os espaços de ponto de vista. Foram no total de 6 pessoas, com idades entre 31 e 74 anos, e serão apresentadas por meio de nomes fictícios.

Sandra: ex-acolhida, usuária de múltiplas drogas, com preferência pela cocaína. Estava em situação de rua em bairro distante da UAA antes do acolhimento, depois escolheu morar no mesmo bairro que o da unidade. Sandra está cursando ensino médio (voltou a estudar durante o acolhimento) e atualmente trabalha como auxiliar administrativo em grande empresa. Relata ter ficado 8 meses em acolhimento, mas de acordo com os registros, foram 13 meses.

Maria: Usuária que já passou pelo acolhimento na UAA, mora na região há pouco mais de dois anos. Antes mesmo de ir morar na proximidade da UAA já fazia tratamento em saúde mental na RAPS devido ao uso de álcool. Maria foi acolhida algumas vezes na UAA mesmo antes de mudar de residência.

Carlos: Ex-acolhido, mora na área de abrangência da UAA porém sua residência não fica perto da unidade. Ficou 9 meses na UAA, sendo esse seu único acolhimento. Carlos era usuário de múltiplas drogas, incluindo o crack. Havia perdido o emprego, a relação com a família era muito desgastada, estando em situação de rua quando foi acolhido.

Margarete: Trabalha como agente de cuidados especializados na UAA há aproximadamente 4 anos. Trabalha na rede de saúde mental há 15 anos, após falecimento do marido. Antes trabalhava em um escritório. Mora na região da UAA desde que nasceu, é filha de ex-funcionários de serviços de saúde mental da região.

João: Ocupa a função de vigia na UAA há aproximadamente 3 anos, trabalha há 25 anos como vigilante em diferentes serviços de saúde mental da região, sendo a UAA o primeiro com foco no cuidado a usuários de álcool e drogas. Mora na região da UAA desde que nasceu, é

neto e filho de antigos funcionários de serviços de saúde mental da região, e sua mãe fazia tratamento psiquiátrico no local.

Vanessa: Profissional de nível superior na Unidade de Acolhimento, com especialização em saúde mental. Trabalha na rede de atenção psicossocial há 7 anos, já tendo trabalhado em diferentes serviços, incluindo CAPS AD. Reside longe da região da UAA.

Todos demonstraram bastante interesse em participar da pesquisa.

Poupart (2008), em reflexão a respeito das influências do pesquisador nas suas atitudes em relação aos grupos pesquisados, mostra que tais influências também refletem na maneira como são produzidos os dados. Devemos dar atenção para as condições de produção do discurso no procedimento de pesquisa e de análise de dados. O autor ainda aponta casos onde ter familiaridade e empatia com os grupos pesquisados pode ser uma contribuição para a pesquisa, desde que se mantenha uma atitude reflexiva sobre os limites de sua própria visão. Por isso torna-se fundamental a autoanálise dos pesquisadores quanto as influências que eles próprios sofrem.

Minha vivência enquanto profissional da rede de atenção psicossocial, trabalhando como psicóloga na assistência aos usuários de serviços de saúde mental do SUS, contribuiu para a construção do meu olhar, que percorreu todo o processo de realização da pesquisa.

Como destacado na apresentação desta dissertação, a escolha por esse tema de pesquisa deveu-se exatamente a minha experiência profissional, sendo que foi a familiaridade com o campo que me permitiu elaborar questionamentos sobre as formas de cuidado às pessoas com algum tipo de transtorno mental. Minha visão estava baseada na prática da assistência em saúde mental, na posição de trabalhadora no campo da saúde pública, e tendo como referências a atenção psicossocial e a redução de danos.

Sistematização e Análise dos dados

De acordo com Gil (2009), a análise de dados em estudos de caso é um processo que acontece simultaneamente a sua coleta.

O material coletado, sob a forma de levantamento documental, observação participante e entrevistas abertas, em uma primeira etapa foi sistematizado, tendo em vista eixos e categorias de análise que possam contribuir para responder às questões da pesquisa.

A etapa de sistematização e análise dos dados foi conduzida de acordo com conceitos/categorias presentes no referencial teórico do estudo e nos roteiros, tais como saúde mental e cuidado, acolhimento, território, pertencimento/posição no território ou na UAA.

Em um primeiro momento, recorrendo às características importantes na compreensão de cada categoria participante, foram sistematizados através de um quadro síntese, os dados coletados (em entrevistas, observações, e documentos) a respeito de cada categoria, sendo produzidos então três grandes quadros sintéticos, um por categoria. Ressalta-se aqui que ao longo do processo se destacaram nas narrativas das entrevistas alguma categoria que julgamos necessário incorporar, uma particularidade do tipo de pesquisa realizado.

Em um segundo momento, foram organizados três quadros, incorporando os dados coletados através de todos os procedimentos, e tendo em vista os objetivos específicos propostos: um quadro com categorias que respondem à perspectiva de descrever a estrutura e dinâmica da UAA; um segundo quadro que sistematiza os dados a respeito da relação com o território; e por último, um que sistematiza os pontos positivos e negativos da UAA.

Estes dois conjuntos quadros sistemáticos deram base à redação dos resultados da pesquisa. Os quadros gerados no segundo momento, onde os dados de todas as fontes estão incluídos, foram analisados de forma a alimentar a discussão final da pesquisa.

A análise foi realizada tendo como base a revisão teórica, bem como as categorias e eixos definidos ao longo da primeira etapa.

3.1 – ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada em setembro de 2018 após a aprovação do Projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição proponente, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e da instituição coparticipante, a Secretaria Municipal de Saúde do município onde está localizada a UAA estudada. Sendo atendidos os preceitos éticos preconizados pelas resoluções do CNS 466/2012 para pesquisas realizadas com seres humanos (BRASIL, 2012), e CNS 510/2016, que trata sobre especificidade de análise ética de pesquisas na área de Ciências Humanas e Sociais. (BRASIL 2016)

Os participantes da pesquisa receberam informações sobre o estudo e sobre os possíveis riscos. Em todas as entrevistas realizadas foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitado à assinatura aos que concordaram em participar da pesquisa. Foi garantida a liberdade de participar ou não e de desistir a qualquer momento.

É fundamental apontar, que, o território onde a UAA está localizada tem a presença de ‘poder paralelo’ que pode utilizar de violência em situações que envolvam usuários de drogas.

Como estratégia de proteção e prevenção de riscos, a UAA estudada, assim como sua localidade, não serão identificados.

Em função do pequeno número de pessoas que compuseram a pesquisa, e considerando o fato de que a participação do sujeito pode ser conhecida na localidade, não podemos garantir o sigilo quanto à participação. Contudo, asseguramos que o depoimento foi trabalhado de forma a não causar danos físicos e morais aos entrevistados.

Os dados coletados serão armazenados no computador da pesquisadora, protegido por senha. Em caso de publicações, os participantes não serão identificados, sendo sempre representados por um nome fictício.

Os resultados da pesquisa serão apresentados por meio de publicação de artigos científicos, publicação da dissertação, apresentação em congressos e em encontro a ser realizado na unidade de saúde pesquisada, atendendo aos critérios de organização de mesma.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa pesquisa se propôs a desenvolver um estudo de caso exploratório sobre uma Unidade de Acolhimento Adulto, localizada no estado do Rio de Janeiro, a partir de sua estrutura, dinâmica, da sua relação com o território e de seus limites e potencialidades. Buscou-se para tal, descrever o espaço físico, sua organização interna, possíveis mudanças ao longo do tempo de funcionamento, as relações que se constroem durante o acolhimento, a configuração da equipe, o perfil dos usuários acolhidos, a forma como o espaço da UAA é ocupado pelo usuário e o que esse serviço possibilita ou restringe, a relação com a comunidade onde está inserida, possíveis conflitos, o relacionamento da UAA com os demais serviços da RAPS.

É importante localizar a UAA enquanto um serviço de saúde de caráter residencial transitório destinado aos usuários de álcool e/ou outras drogas, pautado pela atenção psicossocial e pela redução de danos. Diante do cenário nacional atual de crise política, os discursos e ações voltadas para o desmonte do SUS vêm ganhando espaço, assim como para o desmonte da política de saúde mental, com ameaças de retrocessos das conquistas alcançadas durante o processo de Reforma Psiquiátrica. A questão do uso prejudicial de drogas é um campo de disputas, sejam políticas, acadêmicas ou técnicas.

O objetivo maior da pesquisa é compreender o funcionamento da UAA para contribuir na visibilidade a um tipo de serviço saúde, bastante desconhecido pela população em geral, e mesmo por profissionais de saúde. O que se torna ainda mais importante considerando o contexto atual, já apresentado.

Esse capítulo discorre sobre os resultados e análise do estudo. O conhecimento produzido está organizado em três eixos, sendo eles: Descrição da Estrutura e Dinâmica de uma Unidade de Acolhimento Adulto; sua Relação com o Território; e Limites e Potencialidades.

4.1 – O ESPAÇO E SEUS AGENTES SOCIAIS

4.1.1 O Território

Nesta seção abordaremos algumas características do território onde a UAA estudada está inserida, porém sem o identificar.

Essa região do estado do Rio de Janeiro foi escolhida, durante a primeira metade do século XX, para localização de complexos hospitalares destinados às doenças tratadas em isolamento, por ser distante das áreas mais urbanizadas. Hoje esse bairro abriga vários serviços de saúde mental com diferentes níveis de atenção.

Com o passar do tempo houve aumento populacional na área, que também vem passando por grandes transformações econômicas e socio-demográficas, principalmente devido ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) com início em 2009. Também provocaram impactos na dinâmica do território a passagem de uma via expressa inaugurada em 2016, o Programa Minha Casa Minha Vida e um programa de habitação, sustentabilidade e urbanismo da prefeitura local (que juntos somam aproximadamente 1.500 unidades habitacionais). Podemos perceber importantes transformações ainda em curso no território, com o intuito de potencializar desenvolvimento da região e sua incorporação ao tecido urbano formal da cidade.

Nesse contexto de mudanças recentes está incluída a atenção ao usuário de drogas. Em 2012 o CAPS AD foi inaugurado, mesmo após alguns moradores terem se mobilizado para que o serviço não fosse implantado no bairro. E em 2013 a UAA foi inaugurada.

Atualmente esses serviços têm funcionado 24 horas por dia, realizando importantes trocas com o território e se colocando como articuladores intersetoriais. A UAA especialmente vem ampliando suas relações tanto com instituições locais quanto com atores do território, como moradores, comerciantes, lideranças comunitárias. Essas relações em sua maioria partem de questões relacionadas aos usuários que estão acolhidos.

Uma questão que merece ser sinalizada é a presença de grupos, que com objetivos políticos e financeiros, alegando interesses na segurança da comunidade e no combate ao tráfico de drogas, realizam a vigilância da região associadas a práticas ilegais.

Segundo alguns dos entrevistados, a região tem um longo histórico de grilagem de terras, e que essa teria sido a principal frente da milícia. Os entrevistados falam que ainda assim a região era tranquila, com bem menos episódios de violência. Porém nos últimos anos houve mudança na organização da milícia local, com imposição de novas regras aos moradores da comunidade.

As milícias são organizações criminosas que a princípio efetuam práticas ilegais sob a alegação de combater o tráfico de drogas. Esses grupos conseguem recursos financeiros por meio da extorsão da população e da exploração clandestina de gás, televisão a cabo, ágio sobre venda de imóveis, transporte alternativo, etc.

São formadas em sua maioria por agentes do Estado, como por exemplo: policiais militares e civis, bombeiros, guardas municipais e agentes penitenciários. Muitos são moradores das comunidades e contam com respaldo de políticos e lideranças comunitárias locais. Costa (2018) aponta que em alguns casos as milícias têm como integrantes criminosos comuns e até mesmo traficantes.

De início, muitas pessoas das comunidades apoiaram, chegando a eleger líderes de milícias a importantes cargos políticos, como os de vereador e deputado. Porém essa “imagem positiva” das milícias foi mudando, pois com a alegação de garantir a segurança os milicianos passaram a intimidar e extorquir moradores e comerciantes. Por meio do controle armado, esses grupos também dominam o fornecimento de muitos serviços aos moradores. Além disso, os milicianos começaram a impor toques de recolher e regras rígidas nas comunidades, de forma violenta e atuando com suas próprias regras e julgamentos. (COSTA, 2018)

Maria conta que seus filhos foram espancados e expulsos pela milícia, e que se sente com medo, pois tem sempre alguém que pergunta pra ela onde eles estão. Relaciona essa situação com sua dificuldade em controlar o uso de bebida.

No começo eu até gostei daqui, mas depois do que fizeram com meus filhos, eu tomei raiva desse lugar. Eu não gosto mais daqui. E o pior de tudo, é que quando eles estavam espancando meus filhos, eles não deixaram eu descer. Fiquei muito revoltada com isso. E o que é que vem na cabeça? A maldita!

Seus filhos foram agredidos pela milícia, e após esse episódio foram morar com um dos tios, em bairro distante. Maria ficou sozinha no apartamento, conta que nesse dia chegou a beber acetona.

José Alves (2019) afirma que a milícia comete assassinatos, funcionando como grupos de extermínio, além de pagar a policiais militares das regiões onde atuam como forma de propina para que possam agir livremente.

Essas organizações surgem em locais onde há falta de serviços básicos como água, transporte, internet. Elas visam o lucro, mas quando elas surgem, cria-se o mito de que o

miliciano é o cuidador da comunidade, que o miliciano fornece pra comunidade aquilo que faltava.

Essas populações são submetidas a condições de miséria, de pobreza e de violência que se impõem sobre elas, pelo próprio Estado na figura das milícias. A relação das milícias com o Estado foi determinante para o crescimento dessa estrutura de poder autoritária.

Em 2007, o governador do estado, Sergio Cabral, reconheceu a crescente ameaça das milícias. Foram iniciadas investigações dos policiais suspeitos de envolvimento em atividades ilegais ligadas a essas milícias. Em 2008, foi instalada a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) das Milícias, na Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Diversos políticos foram intimados a depor diante desta CPI, sendo acusados de envolvimento com milicianos. Em 2012, foi publicada a lei que tipifica como crime a formação de milícia ou de organização paramilitar, Lei 12 720, de 2012.

A UAA tem como essência do seu mandato a reinserção dos acolhidos, potencializando sua rede social e realizando articulações no território. Um dos grandes desafios dessa UAA é justamente a realização do trabalho, que é pautado na lógica da redução de danos, em um território com presença de milícia. Esta é uma característica do território importante de ser levada em consideração a todo o momento.

Em alguns momentos há menção ao “toque de recolher” ordenado pelos milicianos. Esse tipo de informação remete a risco de violência e sensação de insegurança no território para os acolhidos.

Já ocorreram situações em que acolhidos foram ameaçados ou que passaram a estar em risco no território. Geralmente essas situações são observadas quando o próprio acolhido relata ter sido ameaçado, ou quando a equipe percebe alguma movimentação diferente na rua, como por exemplo, um carro com vidros escuros ficar parado perto do portão sem que seus passageiros saiam, ou uma mesma pessoa ficar passando de moto, na frente da unidade várias vezes.

Existem pessoas na comunidade, moradores e comerciantes locais, que ajudam a equipe a entender melhor se são situações graves de risco imediato ou se são formas de “avisos”. Às vezes são essas pessoas que informam a equipe da existência de risco para algum dos acolhidos.

Como estratégias para que os usuários fiquem atentos, é conversado com eles sobre a presença de milícia no território. Quando existe uma situação de risco imediato, ou mesmo quando há suspeita desse tipo de risco, a orientação é que o acolhido deixe a unidade de acolhimento. A UAA geralmente se articula com UAAs e CAPS AD III para que o usuário possa ir para vaga em serviço de outro território.

A presença de milícia na região não representa risco e insegurança apenas para os acolhidos que são usuários de alguma droga, mas também para a comunidade em geral que sofre com esse domínio, e que pode afetar sua saúde mental, como afeta Maria.

4.1.2 – O Processo de Configuração da UAA

A unidade de acolhimento adulto estudada foi inaugurada na casa ao lado do CAPS AD ao qual está vinculada, o que configurou na existência de dois serviços de saúde com funcionamento 24 horas, voltados para usuários de drogas, situados lado a lado.

No muro lateral que separa as unidades existe um pequeno portão que as interliga. Durante o primeiro ano de funcionamento da UAA, a circulação de usuários do CAPS na UAA se dava livremente, principalmente nos espaços externos da unidade. Só havia vigilante no portão principal do CAPS, com isso o portão principal da UAA era pouco utilizado, permanecendo a maior parte do tempo fechado. O acesso a UAA era pelo CAPS.

A partir da análise dos dados pude observar que por aproximadamente um ano e meio havia certa mistura entre as equipes dos dois serviços, imprecisão sobre as funções e mandatos de cada um. Por exemplo, a Oficina de Luminária do CAPS AD era realizada por um funcionário da UAA, assim como em alguns momentos os profissionais da UAA faziam atendimentos aos usuários no CAPS AD, incluindo atendimentos de “primeira vez”. Outro exemplo, por diversas vezes profissionais do CAPS usavam as salas da UAA para seus atendimentos.

No material analisado existem relatos de discordância entre a equipe sobre a forma desta circulação, sendo pauta de discussões feitas em reuniões e supervisões. Destacavam-se questões a respeito do que motivava a presença dos usuários que não estavam acolhidos na UAA, o uso que faziam do espaço, assim como as demandas dirigidas a unidade. A questão principal era a descaracterização do espaço da UAA enquanto residencial.

A supervisão de equipe se destinava aos profissionais dos dois serviços. Após um ano, a UAA passa a ter sua própria reunião de equipe, e mantém a participação nas supervisões semanais no CAPS AD. Esse já era um movimento que visava a reorganização das unidades de forma a dar mais clareza as particularidades de cada uma.

Nessa mesma época o portão lateral passa a não ser mais usado para circulação de usuários que não estavam acolhidos, observamos que diminuiu o volume de relatos desses usuários frequentarem o espaço da UAA.

Após um ano e meio de funcionamento a UAA passa a ter em sua equipe, vigilantes 24 horas por dia, o que possibilita reorganizar a circulação entre as unidades, o portão lateral passa a não ser mais utilizado por usuários.

Ainda como parte do processo de diferenciação entre as unidades destacam-se as formas de registro e os instrumentos de comunicação interna da equipe. No primeiro ano de funcionamento o único instrumento de registro e comunicação entre a equipe era o Livro de Ocorrências. Não havia forma de registro separada por acolhido, os profissionais da UAA faziam relatos escritos sobre cada usuário nos prontuários do CAPS AD, e às vezes sinalizam no livro que haviam feito relatos nos prontuários. Nota-se que durante esse ano alguns profissionais faziam pequenos relatos de seus atendimentos no livro, assim como registram os direcionamentos tomados.

A partir do início do segundo ano de funcionamento, a unidade passou a adotar as ‘Fichas de Identificação’, que são documentos, instrumentos da UAA, separado por acolhido, para registro de informações referentes a cada um, seu respectivo PTS, atendimentos e combinações.

Outro aspecto do funcionamento que foi modificado focando a distinção entre as unidades, foi a medicação. Não era, e ainda não é permitido que os acolhidos fiquem com suas medicações guardadas nos quartos. A medicação de cada um era administrada pela equipe do CAPS AD, pois é onde ficam armazenadas as medicações e onde tem farmacêutico compondo a equipe.

Após pouco mais de um ano de funcionamento, é possível observar mudanças no formato de organização em relação a medicação. A medicação passa a ser separada no CAPS diariamente e administrada na UAA. Já vai separada por nome de cada acolhido e por horário. Somente a partir do terceiro ano de funcionamento as medicações dos acolhidos passaram a ser enviadas semanalmente do CAPS AD para UAA. A princípio o farmacêutico do CAPS AD que as separava, por acolhido e horário, pouco tempo depois a enfermeira da UAA que se responsabilizou pela separação da medicação semanalmente. A medicação é dispensada pelo CAPS de referência do usuário acolhido, quando ele faz tratamento em outro CAPS, sua medicação deve ser entregue para a equipe da UAA guardar e administrar nos horários indicados.

Vanessa, profissional da UAA e participante desta pesquisa, afirma que faz parte do trabalho a conscientização da forma correta de se tomar a medicação, assim como um trabalho visando que em algum momento o usuário sairá da unidade e se responsabilizará pelo uso da medicação. Ainda de acordo com a profissional a medicação fica com a equipe para que se tenha um controle e certa garantia de que os acolhidos estão fazendo uso correto do que foi

prescrito durante o acolhimento. Vanessa aponta que há um conflito na equipe que perpassa essa e outras questões envolvendo a dinâmica da unidade, no que se refere a produção de autonomia e tutela.

4.1.3 – O Espaço Físico

O espaço físico atual da UAA possui área externa e interna. A parte externa é composta por um jardim, que conta com várias árvores frutíferas (abacate, coco, limão, pitanga, manga, goiaba e banana), um gramado nos fundos e varanda. A área interna refere-se a uma casa de um andar, com seis quartos para acolhidos (com até três camas por quarto), dois banheiros para os acolhidos, sala de televisão, copa, depósito, pequena área para lavar roupas, sala de coordenação, sala de administração, banheiro para uso dos funcionários, sala de jogos, sala de reunião, sala de equipe e quarto para descanso dos funcionários.

O muro que contorna a unidade é baixo, tem aproximadamente 1,80m. O portão principal é voltado para a rua, de um lado da unidade encontram-se casas de moradores, do outro lado está o CAPS AD, e atrás da unidade existe uma pequena praça e quadra poliesportiva. Importante lembrar que existe um portão lateral que interliga a UAA com o CAPS, as formas de uso desse portão afetam significativamente a circulação de pessoas entre as unidades como já foi apresentado nesta dissertação. Vale ressaltar que não é incomum neste território a existência de serviços de saúde localizados ao lado um do outro, a circulação entre eles é que se dá a partir de sua relação.

Nem sempre a UAA esteve nesse endereço, houve uma troca de casa, a ela foi para o imóvel onde era o CAPS, e vice-versa. Ocorreu cerca de um ano e meio após a inauguração da UAA. Funcionários e usuários dos dois serviços participaram da realização da mudança.

No processo de habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde, foi avaliado que o espaço onde estava a UAA seria mais indicado para o CAPS AD. Com a mudança, a UAA ficou com a área externa menor, e, tendo em vista que a parte elétrica precisava de manutenção, os aparelhos de ar condicionado ficaram na casa que o CAPS ocupou.

A UAA possuía alguns eletrodomésticos para uso coletivo. O processador de alimentos e liquidificador, ambos foram furtados, o microondas quebrou e assim como a máquina de lavar roupas, o aparelho de som e o DVD, não foram consertados nem repostos. É relatado quando é encontrado algum item quebrado ou danificado da unidade. Como camas quebradas, portas, fechaduras, vaso sanitário entupido, chuveiro queimado, etc. Os consertos e reparos solicitados

são realizados por equipe de manutenção vinculada a prefeitura. Há frequente sinalização quanto a lâmpadas queimadas e problemas elétricos na UAA.

Voltando ao espaço interno, a sala de televisão é onde fica a entrada principal, é uma sala ampla, com três sofás dispostos em semi círculo na frente da televisão. Essa sala dá acesso ao corredor, que de um lado tem quatro quartos, a sala de coordenação, um banheiro e a copa, do outro lado tem mais dois quartos, dois banheiros, a sala de jogos, e as salas de equipe, de reunião, e administrativa.

A copa é grande, tem uma pia, armários, para guardar utensílios de cozinha, um forno elétrico, possui três mesas que acomodam seis pessoas cada, duas geladeiras e um congelador. Também compõe o espaço um fogão, porém não é utilizado. A saída dos fundos da copa dá acesso à pequena área com um tanque e armários de funcionários. Nessa área tem outras duas portas, uma dá para a área externa da unidade, próximo ao gramado, e a outra é entrada para o depósito, onde ficam armazenados materiais de escritório, itens de higiene pessoal, roupas de cama e banho. Os acolhidos não têm acesso ao depósito, que fica trancado.

Já a sala de jogos possui uma estante com livros, CDs de músicas e filmes, e jogos de tabuleiro. Tem um sofá e algumas cadeiras, uma bancada com aparelho de som que foi doação, e dois computadores, mas só um funciona.

A sala de administração é pequena, e nela que fica o aparelho de telefone, tem também duas mesas e dois armários que é onde ficam guardados os documentos da unidade, assim como as fichas de identificação dos acolhidos, livros de ocorrência e atas de reuniões. Nessa sala também ficam guardados os remédios dos acolhidos. O acesso ao banheiro de uso dos funcionários é por essa sala. Os acolhidos não têm livre acesso a esse espaço, mas o frequentam sempre acompanhados por um membro da equipe.

A sala de reunião é ampla, mais reservada, onde são realizadas as supervisões de equipe, reuniões e alguns atendimentos. Ficam nesse espaço várias cadeiras dispostas em círculo e uma mesa de canto.

Já a sala de equipe é pequena, fica mais ao final do corredor, com armários dos funcionários, um sofá, quadros informativos, e ao fundo o quarto de descanso da equipe com uma cama.

Os quartos dos acolhidos têm de duas a três camas, um armário de uma porta para cada cama no quarto, e alguns quartos têm pequenas mesas de cabeceira. No início cada acolhido tinha direito a um armário com cadeado para guardar seus pertences, a chave do cadeado devia ser devolvida ao final do acolhimento, porém esses itens foram se deteriorando com o uso e não foram repostos, como cadeado e as fechaduras.

Para preservar o quarto como local mais privado para aqueles que o ocupam, é orientado aos acolhidos, que não entrem nos quartos uns dos outros. Mas cada um entra e sai de seu próprio quarto nos momentos que desejar.

Para Sandra, que estava vivendo em situação de rua quando iniciou o acolhimento, foi importante poder escolher ficar no espaço interno da casa. Ela disse:

Na UAA tem espaço pra lavar roupa, eu lavava roupa, eu ficava vendo televisão, ficava fazendo minhas bijuterias. As vezes eu ficava o dia todo fazendo bijuterias, já levantava, tomava café e ficava o dia todo fazendo. Mas quando eu não tava com cabeça pra fazer, eu ficava deitada. Na UAA se você quiser ficar deitada o dia todo você fica, se você quiser dar uma volta na rua, dependendo do seu caso você pode ir na rua, dar uma volta na rua. Mas se você quiser ficar só dentro, você fica só dentro da UAA, não precisa sair.

Os acolhidos circulam pela unidade livremente ao longo do dia, tanto no espaço externo quanto no interno, conforme já descrito. Para saídas da unidade são feitos acordos que serão descritos mais adiante. A porta principal passa o dia aberta, e a noite é fechada, limitando a circulação ao espaço interno da unidade. Para ter acesso a parte externa durante a noite, é necessária mediação da equipe.

4.1.4 – A Equipe

A UAA conta com equipe composta por equipe técnica e equipe de apoio. Compõem a equipe técnica: 1 Gerente, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 psicóloga, 1 auxiliar administrativo, 16 agentes de cuidados especializados (ACE – profissionais de nível médio). Já a equipe de apoio é composta por: 2 copeiros, 4 vigilantes patrimoniais e 4 auxiliares de serviços gerais.

A equipe esta organizada da seguinte forma: os plantões diurnos têm de três a quatro ACEs, plantões noturnos têm de dois a três, e os profissionais diaristas são alocados de 2ª a sábado. Já os copeiros trabalham durante o dia, também de 2ª a sábado. A UAA conta com auxiliar de serviços gerais, para limpeza, em regime de plantão, um profissional a cada 12 horas. No inicio a UAA não tinha profissional de auxiliar administrativo e nem vigilante patrimonial,

esse suporte era dado por funcionários do CAPS AD, atualmente essas categorias integram a equipe da UAA.

A equipe técnica da Unidade de Acolhimento é composta por profissionais de diferentes formações e diferentes percursos de atuação profissional no campo de saúde mental.

Margarete dá importante destaque à configuração da equipe, relacionando seu perfil multiprofissional com o trabalho realizado durante o acolhimento, enfatizando as diferentes frentes de atuação possíveis. Da mesma forma analisamos que essa heterogeneidade na composição da equipe, igualmente se apresenta na existência de conflitos entre seus membros.

As reuniões de equipe semanais são espaços legítimos para se expor as diferenças e planejar conjuntamente o processo de trabalho. Entretanto esse espaço não é ocupado pela equipe toda, por mais que esteja posto que a participação na reunião é fundamental, cerca de metade dos profissionais não a frequentam, ou frequentam irregularmente.

Visando criar mais uma ferramenta de comunicação interna entre a equipe, foi criado um grupo de troca de mensagens por aplicativo de aparelho celular. Da equipe de apoio só os copeiros estão no grupo.

Os profissionais da equipe de apoio, por conviverem diretamente com os usuários e acompanharem a rotina da unidade, se tornam fundamentais na dinâmica da casa e estabelecem uma relação de proximidade com os acolhidos.

Para marcar os dois anos de funcionamento, a equipe realizou o 1º Seminário Interno da UAA; os profissionais escolheram os temas, organizaram e custearam as refeições, o café, almoço e lanche. O evento foi para toda a equipe, sem participação de acolhidos. Os temas abordados foram: “Erros, acertos e desafios”; “Porta de entrada – PTS – Porta de saída”; “Rede formal e informal”; e “Rotina da UAA”.

Uma questão recorrente para a equipe diz respeito a forma como os usuários entram para o acolhimento na UAA, a chamada porta de entrada. O processo, que será descrito mais adiante, envolve a indicação do serviço de referência em saúde mental, a discussão do caso e a construção do projeto terapêutico singular (PTS). No entanto a forma como é feita e as variações existentes alimentam questões para os profissionais que trabalham na UAA.

A Portaria nº121/2012 e a Nota Técnica Nº41/2013 do Ministério da Saúde deixam claro que o acolhimento na UAA deve ser definido exclusivamente pelo CAPS de referência, mas não são claras sobre outros pontos, como as indicações para o acolhimento por exemplo. Na UAA estudada pode-se observar que a equipe tem certa autonomia para discutir os casos que o CAPS indica, inclusive muitas vezes definindo se acolhe ou se aponta outra direção para o caso.

Avalio que essa relação entre CAPS AD e UAA deve-se à forma como esses serviços foram se estruturando e se diferenciando, buscando clareza sobre o mandato de cada um e criando maneiras articuladas de trabalhar. Ao longo dos anos de funcionamento, essa UAA se viu diante de questões que ainda são presentes nas reuniões de equipe e são pensadas nas particularidades de cada situação. Voltando ao processo de porta de entrada, é comum que a UAA receba solicitações para acolhimentos em tom de urgência, o que gera questionamentos, pois interfere na forma de apresentação que a UAA vai ter do caso, a forma como o usuário chega na unidade, no PTS. Porém há situações em que o usuário está em risco em seu território de modo que ele precise sair rapidamente, como é o caso de usuários de territórios mais distantes que sofreram algum tipo de ameaça.

Outra discussão que cerca a equipe é quando há indicação do CAPS que o acolhido não saia sozinho da UAA. Quando o acolhido concorda com essa indicação, não surgem muitas questões, e essa circulação no território é retomada gradativamente. Mas existem casos em que os acolhidos concordam com essa indicação para entrar na unidade e logo em seguida insistem em sair sozinhos. A UAA, por ser um serviço aberto e de acolhimento voluntário, tenta por meio de conversas e acordos, orientar que seja feito novo combinado com o CAPS antes que o usuário saia. Alguns profissionais se sentem contrariados nessas situações por acreditarem que não deveria ter esse tipo de indicação para alguém acolhido na UAA. O que pode deixar situações como essas ainda mais complexas, é quando o usuário acolhido tem transtorno mental grave e não tem crítica dos motivos ou dos riscos que o levaram a estar na UAA.

Vanessa aponta que também há conflitos entre a equipe no que se refere a produção de autonomia e tutela, e perpassam questões envolvendo a dinâmica da unidade. A profissional dá como exemplo a forma como a medicação está organizada na unidade. Outro exemplo sobre esse ponto é a forma que a cozinha tem funcionado.

Mais uma questão importante para a equipe tem a ver com as condições de funcionamento que afetam o processo de trabalho. Com a atual conjuntura política a UAA deixou de receber uma série de recursos.

4.1.5 - Os Usuários

Serão apresentados dados sistematizados a partir de documentos do banco de dados da UAA, para uma descrição geral dos usuários acolhidos.

Em cinco anos de funcionamento a UAA estudada acolheu 245 pessoas, sendo 75,5% do sexo masculino e 24,5% do sexo feminino. Do total de usuários acolhidos na UAA, 80% reside na mesma região em que a unidade está localizada e 20% dos usuários são oriundos de outras regiões do estado.

Levando-se em consideração que um mesmo usuário pode ser acolhido mais de uma vez, não havendo um limite para a quantidade de vezes que o usuário pode ser acolhido, a unidade, nesses cinco anos, realizou 523 acolhimentos. A média de tempo de duração de acolhimento é de 34 dias e a média de idade dos acolhidos, por acolhimento, é de 37 anos.

Quadro 2 - Números referentes ao período de 5 anos de funcionamento da UAA

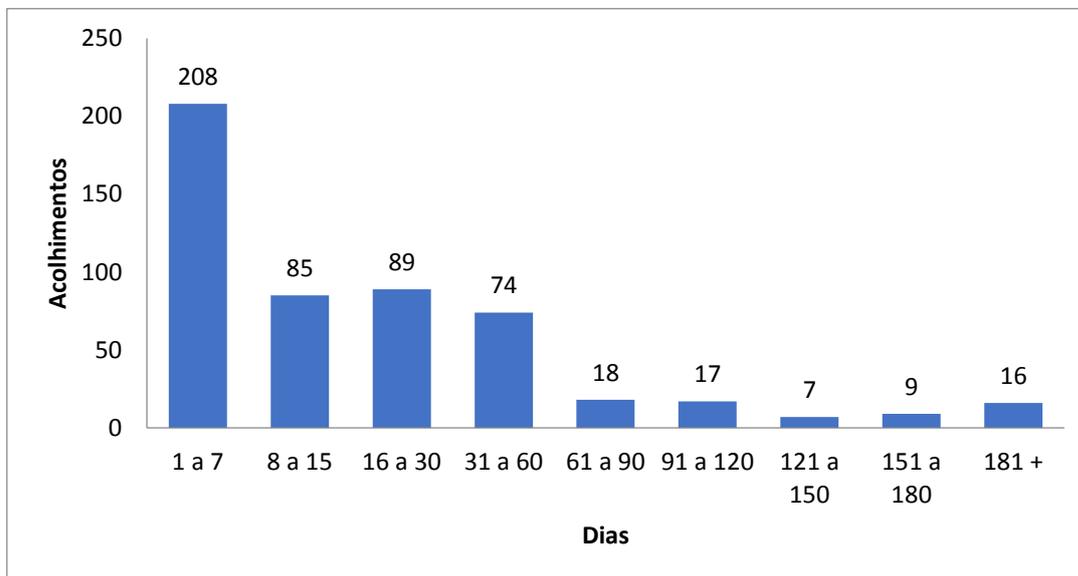
ACOLHIMENTO	
Total de acolhimentos	523
Media do tempo de duração do acolhimento	34,20 dias
Media de idade dos acolhidos	37 anos
USUÁRIO	
Total de usuários acolhidos	245 (100 %)
Total de homens acolhidos	185 (75,5 %)
Total de mulheres acolhidas	60 (24,5 %)
Total de usuários acolhidos da mesma região da UAA	197 (80,4 %)
Total de usuários acolhidos de outras regiões	48 (19,6 %)

Pode-se observar a partir do Gráfico 1 que a grande maioria dos acolhimentos teve duração de até 30 dias, ao todo 382. Dentre esses, 208 acolhimentos tiveram duração de até 7 dias. São acolhimentos com propostas mais pontuais que demandam poucos dias, ou usuários que não quiseram continuar na unidade, encerrando o acolhimento antes do que se havia combinado.

Outra motivação para esses acolhimentos de até 7 dias é o que foi encontrado no material analisado como ‘pernoite’. São acolhimentos de uma noite, geralmente solicitados final da tarde ou início da noite, possíveis devido à proximidade entre CAPS AD e UAA. Uma das razões para esses ‘pernoites’ é quando o CAPS AD necessita acolher mais usuários do que as vagas que tem disponíveis em seu acolhimento noturno. Esses casos não têm relação com a indicação para acolhimento em uma UAA, mas sim com uma organização dos leitos de atenção a crise do próprio CAPS AD. O usuário que vai para a UAA dessa forma, é geralmente o que esta mais estável no que diz respeito a sua situação de crise, ou é um usuário que a equipe da UAA já

conhece e tem algum vínculo. O fragmento a seguir, retirado do Livro de Ocorrências, exemplifica uma dessas situações: “A. pernitoou na UAA a pedido de F. (tec. enfermagem). Motivo: B. chegou e não tinha vaga.”

Gráfico 1 - Duração dos acolhimentos nos 5 anos de funcionamento da UAA



Fonte: banco de dados da UAA, sistematizados pela pesquisadora.

Foram realizados 74 acolhimentos que tiveram duração de 31 a 60 dias. O restante dos acolhimentos (67) teve duração maior que 61 dias. Observa-se também que 16 acolhimentos duraram mais de 6 meses, tempo maior que o estipulado na Portaria nº 121 que institui as UAAs. Dentre esses que ultrapassaram os seis meses, houve acolhimentos com duração de um ano, dois anos e de até três anos.

Quadro 3 – Sistematização de dados ao longo dos cinco anos de funcionamento da UAA

	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano
Acolhimentos					
Total de acolhimentos por ano	111	129	64	77	142
Media do tempo de duração do acolhimento	32 dias	36,56 dias	45,85 dias	43,20 dias	23,65 dias
Media de idade dos acolhidos	35,6 anos	36,2 anos	39,4 anos	40,1 anos	38 anos
Usuários					
Total de usuários acolhidos por ano	49 (100 %)	84 (100 %)	43 (100%)	62 (100 %)	85 (100 %)
Total de homens acolhidos	40 (81,6 %)	66 (78,6 %)	35 (81,4 %)	49 (79 %)	56 (65,9 %)
Total de mulheres acolhidas	9 (18,4 %)	18 (21,4 %)	8 (18,6 %)	13 (21 %)	29 (34,1 %)

Total de usuários acolhidos da mesma região da UAA	43 (87,7 %)	70 (83,3 %)	40 (93 %)	46 (74,2 %)	70 (82,4 %)
Total de usuários acolhidos de outras regiões	6 (12,3 %)	14 (16,6 %)	3 (7 %)	16 (25,8 %)	15 (17,6 %)

Nos dois primeiros anos de funcionamento o número de usuários acolhidos teve um importante aumento de um ano para o outro, porém, o total de acolhimentos por ano não apresentou diferença significativa. O que pode ser explicado por acolhimentos de maior duração.

Observamos que nos 3º e 4º anos o número total de acolhimentos foi menor em comparação com os outros anos, e a média do tempo de duração do acolhimento, assim como a média de idade dos acolhidos foram maiores.

Ao longo do 3º ano acumulam-se solicitações para serviços de manutenção da estrutura física, da rede elétrica e do mobiliário. Mesmo com a equipe técnica fazendo pequenos reparos, foi necessário diminuir o número de vagas por alguns meses, devido à camas quebradas.

Ao longo do 3º e 4º anos de funcionamento, com a atual conjuntura de crise econômica, política e ética, a UAA deixou de receber uma série de recursos, o que afetou o trabalho no território, a articulação de rede assim como na estrutura interna do ambiente, e a disponibilidade de vagas para a rede.

A limitação de recursos está relacionada a diminuição dos investimentos na área da saúde, atraso nos repasses para pagamentos de convênios, que incluem salários, manutenção dos serviços, alimentação do usuários, assim como contratos de vigilância patrimonial, limpeza, dentre outros.

Diante desse contexto, a partir de meados do 4º ano a equipe se organiza junto com os usuários para participação em atos, audiências públicas e eventos sobre mudanças nas políticas de saúde mental, e precariedade dos serviços de saúde.

No 4º ano aumenta o percentual de usuários acolhidos de outras regiões, dando mais visibilidade para esta UAA no município.

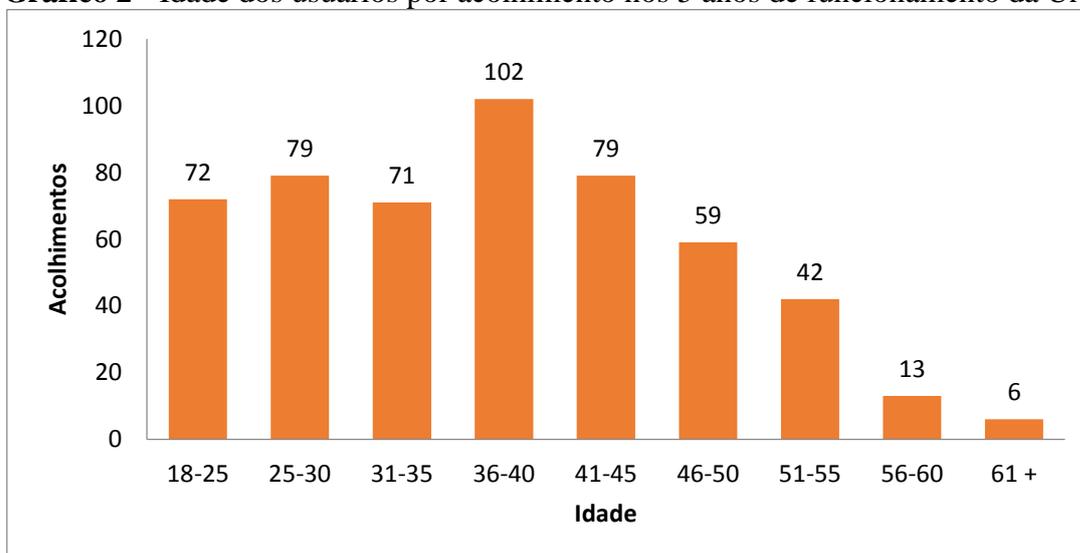
No 5º ano ocorre o aumento do número total de acolhimentos e diminuição da média do tempo de duração do acolhimento, o que aponta para o aumento de acolhimentos com propostas mais pontuais. Podemos relacionar a maior quantidade de acolhimentos com esse tipo de proposta com o aumento de demanda para os CAPS AD III. O que também pode ter sido influenciado pelo fato de os CAPS III passarem a dar suporte de acolhimento noturno para os usuários de CAPS II da cidade. Assim observa-se um grande aumento dos acolhimentos de um

a sete dias, com propostas pontuais, incluindo aqueles em que a demanda institucional do CAPS AD III é para que possa acolher em seu leito de crise pessoas com situações mais graves.

Dessa forma a UAA é solicitada com outro propósito que não aquele pensado para ser sua função (reinserção social a partir do habitar e da contratualidade). Essa observação mostra que existe a necessidade do aumento de CAPS III na rede de saúde mental da cidade.

O Gráfico 2, que se refere a idade dos acolhidos por acolhimento, informa que em 102 acolhimentos os usuários tinham de 36 a 40 anos. De 46 anos em diante o número de acolhimentos por idade diminui significativamente. Vale notar que foram realizados 6 acolhimentos nos quais os usuários tinham mais de 60 anos de idade.

Gráfico 2 - Idade dos usuários por acolhimento nos 5 anos de funcionamento da UAA



Fonte: banco de dados da UAA, sistematizados pela pesquisadora.

No que diz respeito aos usuários, é interessante também destacar a visão que os profissionais da UAA têm a respeito dos mesmos, uma vez que é esta visão que alimenta as relações entre a equipe e os acolhidos.

João, por ser da equipe de apoio, não tem como parte de sua função na UAA ir a reuniões, discutir casos, montar PTS, nem acompanhar os acolhidos em saídas da unidade. Mas para além de suas atribuições enquanto vigilante, ele está em posição favorável para observar a dinâmica da unidade. A posição de João na UAA e a disponibilidade que demonstra para escutar os acolhidos, o coloca lugar privilegiado para a construção de vínculo a partir da convivência diária. Ao falar sobre como é a relação entre a equipe e os acolhidos, sinaliza que é uma relação “quase como parentes”, referindo-se a proximidade entre as pessoas ao longo do tempo de acolhimento.

Não é uma rotina como entre eu e minha casa, ou você e sua casa. Claro tem diferença, mas é uma rotina praticamente, posso dizer assim quase que normal entre parentes, como se fossem parentes, por ser alguém muito próximo, as pessoas daqui com os usuários. A gente acaba ficando muito próximo deles e eles até procuram a gente pra querer conversar.

... eles [acolhidos] acabam se apegando a gente, querendo ou não, eles querem alguém pra conversar. Eles te vêem quase todo dia, eles acabam tendo uma confiança em você e te chamando pra conversar, desabafar e tal. É assim que eu vejo, quase que normal, entre parente, mas quase que normal.

Margarete, por sua experiência em serviços de saúde mental com pessoas que ficaram institucionalizadas por muitos anos, faz uma comparação e diferencia os pacientes de saúde mental e os usuários da UAA:

Na saúde mental os pacientes são mais dependentes pra tudo, e aqui eles são mais independentes. E isso é mais difícil de lidar.”

“Eles se libertam mais rápido, por isso eu acho que eles podem morar na rua ou sozinhos. Às vezes a gente quer uma coisa que nem sempre é boa pra eles, os de saúde mental já são mais institucionalizados, são mais restritos.

Aqui ela fala da forma como vê os acolhidos, como que parados, passivos.

Eles [acolhidos] têm livre acesso, saem, compram as coisinhas deles, fazem um relacionamento bom na área.

A gente procura ao máximo levar eles nas atividades, mas eles são meio preguiçosos, não gostam. Mas a gente fala quando tem algum evento, ‘vamos lá’, convidamos, mas às vezes eles não querem ir. (...) Até a família não leva, não vem buscar, vem só fazer uma visita e vai embora.

São muito caseiros [acolhidos] gostam de ver televisão, ficar deitado no sofá, ficar curtindo a casa, já curtem a gente e a gente já curte eles, já falo a linguagem com eles, eles já falam nossa linguagem, e assim a gente vai passando o dia-a-dia.

4.1.6 – A Família

Um aspecto fundamental na UAA como serviço de habitação transitório diz respeito ao papel dos familiares como agente social no processo, e a forma através da qual o serviço relaciona-se com ele.

A família constitui-se em um grupo de pessoas que desempenha vários papéis e integra aspectos de ordem emocional, cognitivo, social e cultural, ou seja, um sistema social formado por outros subsistemas - conjugal, parental, e fraterno, entre outros. Os membros da família compartilham afetos, valores e normas. Os valores aprendidos dentro do grupo familiar têm um papel fundamental, uma vez que são o norte da vida de cada um dos membros da família. (SCHENKER, 2008).

O uso de drogas exerce considerável impacto sobre os sujeitos, as famílias e a comunidade, em consequência não só dos efeitos da substância, mas também das dificuldades de participar em atividades sociais, de trabalho e de lazer, acentuadas pelo estigma.

Em geral, as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool ou outras drogas, demandam cuidados dos familiares que exigem tempo e atenção, o que acaba por interferir na jornada de trabalho destes. Do lado emocional, o estresse, as vivências de instabilidade e os conflitos frequentes aparecem no cotidiano dessas famílias. É comum os familiares se distanciarem das atividades sociais por motivos de vergonha, cansaço e frustração.

Na configuração familiar contemporânea, ainda que o papel da mulher tenha se deslocado pela sua inserção no mercado de trabalho, ela continua sendo a referência básica nas questões que dizem respeito à família. A mulher tem funções socialmente atribuídas e características a ela vinculadas historicamente o que “leva a assimilar como conduta feminina a abnegação e o sacrifício do próprio eu em função do outro ou do grupo familiar” (Chodorow, 1990 in ROSA 2003 p.73)

Vasconcelos (2016), ao apontar uma das contribuições do marxismo para a análise dos fenômenos associados ao campo da saúde mental, chama atenção para pensarmos as condições do cuidado informal e doméstico a pessoas com alguma forma de dependência ou fragilidade pessoal nas sociedades contemporâneas, particularmente nos processos de reforma psiquiátrica em contexto de políticas neoliberais, nos quais parte considerável do cuidado pode ser reprivatizado na família, aumentando a opressão das mulheres e das demais pessoas cuidadoras.

Barroso et al. (2007) chamam a atenção para a possibilidade da elevada sobrecarga afetar a saúde mental dos outros membros da família ocasionando, por exemplo, depressão e ansiedade.

No caso de Carlos, ele já iniciou seu acolhimento sem ter suporte da família, e após sair da UAA ficou cerca de três anos sem conseguir que seus irmãos permitissem reaproximação, mesmo ele seguindo com seu tratamento no CAPS AD.

O que que eu tinha? A única coisa que eu tinha pra me agarrar era a UAA. Por isso que eu falo, sem esse tipo de tratamento, se a Prefeitura vier a fechar esse tratamento, muitas famílias vão morrer. Sabe por causa de que? Porque a pessoa quando ela usa droga ela não tá só se ferindo, ela tá matando o pai, a mãe, os irmãos aos poucos. Eles ficam doente. Olha só quantas pessoas ficam doentes dentro de uma família.

Familiares sofrem e podem adoecer em função dos conflitos decorrentes de conviver com um usuário de drogas, as consequências de viver esta experiência para os familiares mais próximos podem se manifestar por meio de sintomas físicos e psicológicos. Por esta razão, a família do usuário de drogas necessita de atenção e cuidados.

O apoio familiar ao usuário de drogas é fundamental para enfrentar o problema e a complexidade que o envolve. Mas, deve-se levar em consideração que essa relação familiar na maioria das vezes é atravessada por momentos de insegurança, sofrimento e dificuldades.

Os familiares apresentam questões das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pela complexidade do relacionamento com o usuário de saúde mental, sua expectativa frustrada de cura, para assinalarmos alguns dentre tantos outros problemas. (COLVERO, 2004).

Schrank (2006) expõe que a equipe deve considerar a família como parceira no cuidado, mas também deve cuidar dela, ajudando-a a compreender a situação vivenciada e a desenvolver mecanismos de enfrentamento a partir dos próprios potenciais e recursos encontrados em sua rede de apoio no território, estabelecendo parcerias com outros pontos de suporte.

Essas considerações nos conduzem a pensar na importância dos serviços de saúde mental no suporte às famílias. Sobre a relação entre a Unidade de Acolhimento Adulto e os familiares dos acolhidos, Vanessa explica que:

Nem todos os usuários, na sua chegada ou durante o acolhimento, nem sempre temos notícias de alguma referência familiar. Muitos já chegam com laços muito rompidos ou bem esgarçados. E aí, pros que nós já temos contato, a

importância de estar de alguma forma acolhendo também esses familiares e podendo orientá-los, ou reforçando a importância desse dispositivo, não só da UAA mas, também do Caps, como um dispositivo de referência para os usuários, explicando a proposta do tratamento. Ou pras referências familiares mais distantes, poder trabalhar no sentido de aproximá-los, desse cuidado aos usuários. E outros que realmente desconhecemos né, ou os usuários não trazem nenhuma referência.

É importante compreender e acolher a vivência dos familiares e usuários considerando sua peculiaridade e singularidade, assim como o contexto e as relações em que o sujeito está inserido.

O acolhimento na UAA pode ser uma das estratégias para auxiliar os familiares. Em momentos mais difíceis entre o usuário de drogas e seus familiares, visando preservar a relação e evitar rompimento dos vínculos familiares.

Carlos fala muito sobre o distanciamento da família, diz que seus dois irmãos e sua mãe não acompanharam seu período de acolhimento na UAA, diz inclusive que seus irmãos chegaram a impedir que sua mãe fosse visitá-lo.

Sabe qual a pior coisa que tem da droga? Não é só quando ela faz mal a pessoa, a pior coisa que tem, que eu aprendi com ela, é reconstituir a confiança da tua família. É o mais difícil.

A UAA é um espaço potente para a reconstrução de vínculos, entre os familiares. Uma possível indicação para UAA é cuidar da relação familiar, diminuir o grau de sobrecarga, melhorar a qualidade do relacionamento.

4.2 – DA ENTRADA NO ACOLHIMENTO À PORTA DE SAÍDA

Quando analisamos a dinâmica da UAA, a primeira questão a considerar é o acolhimento e sua porta de entrada. A indicação para que um usuário seja acolhido na UAA é pensada inicialmente no CAPS, ou no serviço de saúde que acompanha o usuário. O acolhimento é uma das possibilidades terapêuticas dentro de um leque de possibilidades que podem ser utilizadas no cuidado aos usuários que são acompanhados nos CAPS.

Vanessa fala que, de uma forma geral, quando o usuário acompanhado no CAPS apresenta maiores dificuldades relacionadas a vulnerabilidades devido ao uso de drogas, pode ser pensado um período de acolhimento na UAA, e os motivos são diversos. A indicação é feita pelo CAPS de referência do usuário e o projeto desse acolhimento é construído conjuntamente pelo CAPS, UAA e o usuário.

Levando em consideração que a unidade de acolhimento foi pensada pra usuários que fazem uso abusivo, prejudicial de álcool e outras drogas e que em acompanhamento num CAPS AD, ou em um outro dispositivo da rede, que avalia a partir do acompanhamento uma vulnerabilidade social ou familiar, enfim, que demande estar num espaço mais protegido pra reorganizar pontos importantes da vida, como moradia, documentação civil, relação familiar, enfim, são pontos importantes. Ou até mesmo cuidar da relação do usuário com o território de origem, tem uns que acabam se colocando em risco, até pra poder preservar o usuário e poder cuidar um pouco das relações. São possibilidades de indicações pra um usuário estar numa unidade de acolhimento.

De uma forma geral o CAPS discute com a UAA essa indicação, apresentando o caso e as questões pertinentes a serem trabalhadas no acolhimento. Não necessariamente no momento da discussão do caso já se tem definidas todas as propostas para o acolhimento, é algo que pode ser construído a partir da indicação e do acompanhamento do caso durante o próprio acolhimento. Uma vez que o caso já foi discutido, CAPS, UAA e o usuário montam um PTS, que pode incluir atividades no CAPS (atendimentos, oficinas, convivência), ações referentes à documentação, cuidados clínicos, trabalho, lazer, educação, dentre outros, sempre de acordo com o caso em questão.

Vanessa destaca que ao pensar na construção do PTS, deve-se ter em mente que a articulação da rede e a direção do trabalho são para produção e manutenção de autonomia do usuário.

Ao falar das possíveis indicações para a UAA, Vanessa aponta questões como dificuldades relacionadas ao território de origem do usuário, laços familiares esgarçados, necessidade de um período para se restabelecer após uso mais intenso de substâncias.

Sandra, que na época em que iniciou seu acolhimento, morava em um bairro distante da UAA, passava por um momento em que diversas dificuldades relacionadas a fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e biológicos, culminaram em uma situação de extrema vulnerabilidade. Ela conta como foi pensada a sua ida para a unidade de acolhimento:

Eu estava vindo de um uso muito abusivo de drogas, eu morava em outro bairro, eu era atendida por um Caps lá, só que ele funcionava até cinco horas da tarde. E aí depois que acabava a convivência lá no Caps eu tinha que ir pra rua, porque eu tava em situação de rua. E aí foi passando, foi ficando bem difícil pra mim ficar na rua porque eu não tava tendo dinheiro nenhum pra trabalhar, eu não trabalhava em lugar nenhum, tinha que me virar pra poder comer, pra poder fazer outras coisas, pra dormir. E aí eu fui e pedi pra eles pra me ajudarem, me botarem em outro lugar que eu pudesse tomar um banho, descansar, e aí eles vieram, e aí demorou um tempo, e aí depois eles vieram com essa proposta de eu tá indo pra unidade de acolhimento. Que aí seria uma casa que eu iria ficar, ia poder tomar banho, comer, ficar lá, ajeitar a questão de documentação que também foi muito importante. (...) Eu não sabia o que era UAA, eu cheguei tava tudo arrumadinho, a cama arrumadinha, eu não sabia o que era UAA, com o tempo eu fiquei sabendo.

Já Maria, foi acolhida algumas vezes, por períodos curtos. Ela mora sozinha em um apartamento perto da unidade, e ao falar dos motivos que a levaram a ficar acolhida, relata que em uma das vezes “estava precisando tomar remédios”. Logo depois fala de outra vez que foi acolhida, relacionada a um “problema na perna, uma inflamação no nervo” que lhe causou grande dificuldade para se locomover. Ao falar da vez seguinte que foi para o acolhimento, Maria diz que não estava conseguindo se cuidar e nem cuidar da casa e que sua referência no CAPS a indicou para ficar uns dias na UAA por ser um local “mais calmo e tranquilo”.

Uma vez que o usuário já está acolhido, é selecionado um ou dois profissionais da unidade para ficarem como técnicos de referência, um modelo que foi inspirado no funcionamento do

CAPS. O técnico de referência na UAA é aquele que participa das discussões do caso e que contribui para a construção do PTS. A equipe da UAA rediscute com o serviço de referência na medida em que as equipes avaliam novas questões a serem abordadas, ou quando tem alguma combinação de nova discussão já marcada. O que pode trazer novos elementos para o caso assim como novas propostas e manejos. Não há uma frequência predeterminada para a discussão dos casos acolhidos com os CAPS, ou com os técnicos de referência.

Mesmo sem vaga no momento da discussão, há relatos de discussão de caso em que o usuário aguarda a vaga para ir para a UAA. Assim como há casos em que durante a discussão fica definido que o usuário iniciará seu acolhimento em outro dia (a ser definido na discussão). Tais relatos dão suporte a idéia de que a UAA não tem como proposta responder a urgências. A entrada no acolhimento não necessariamente se dá quando o caso é discutido, mas a partir dessa discussão pode ser pensado e definido quais as estratégias de aproximação entre usuário e UAA, a forma de entrada no acolhimento e quando será essa entrada.

No que se refere às atividades desenvolvidas, interna e externamente, a análise do material coletado permitiu identificar que estas atividades estão relacionadas à organização da casa, à articulação de rede e a reinserção dos usuários acolhidos.

Como atividades internas visando a organização diária da unidade, a equipe estabeleceu algumas práticas, uma delas é a 'passagem de plantão'. Caracteriza-se como uma breve reunião que ocorre a cada 12 horas, momento em que os ACEs que estão encerrando seu turno de trabalho transmitem as informações e comunicados importantes para os que estão iniciando o plantão, buscando assim garantir a continuidade das ações disparadas ao longo do dia.

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, com presença de toda a equipe técnica. É um espaço para discussão dos casos em acolhimento, processos de trabalho, articulação de rede, dentre outros. Essas reuniões proporcionam interação e o compartilhamento de saberes e informações, além de ser o local para que o grupo decida encaminhamentos e planeje conjuntamente as próximas ações. Desta forma são consideradas um espaço estratégico para os profissionais organizarem o processo de trabalho.

Também são realizadas reuniões com todos os acolhidos, para tratar situações específicas, como por exemplo, definir como será a utilização dos espaços coletivos ou falar sobre situações relacionadas ao território. Essas reuniões são pontuais, não tem frequência predeterminada, ocorrem na medida em que os acolhidos ou a equipe demandam.

No material analisado existem relatos de assembléias realizadas com os acolhidos, com a proposta inicial de acontecerem uma vez por semana, aos sábados. Tais assembléias se

propunham a ser um “espaço regular de discussão/construção/revisão” a respeito da rotina da casa. Alguns pontos discutidos foram: horário que a televisão ficaria ligada, e o arranjo para que os usuários auxiliassem na organização da cozinha. Porém essa assembléia aconteceu poucas vezes, não se sustentando enquanto um espaço regular.

Algumas atividades internas que contam com a participação dos acolhidos foram encontradas com certa regularidade. Mas pode-se observar que todas apresentaram dificuldades de serem mantidas. Nos primeiros seis meses da UAA, era realizada a “Visitarde”, atividade de confraternização com os familiares dos acolhidos, uma vez ao mês, sempre aos sábados.

O grupo de “Boa Noite” chega a ficar longos períodos sem ser realizado até ser retomado pela equipe. É uma atividade de participação opcional para acolhidos na UAA, na qual, junto com os ACEs, eles falam como foi o dia, e levam temas que desejam tratar no espaço coletivo. No momento da coleta de dados para esta pesquisa, o grupo estava há algum tempo sem ser realizado, entretanto quando essa atividade acontece, é pelo menos uma vez por semana, após o jantar.

Nas sextas-feiras à noite, equipe levava filmes pra assistir com os acolhidos, e referiam-se a este momento como “cinema com pipoca” ou “pipocando”. Porém esta atividade deixa de acontecer, não ficando claros os motivos.

Podemos observar que essas atividades coletivas acontecem com maior frequência nos finais de semana ou no horário noturno, visando facilitar a participação dos acolhidos, pois são momentos em que se espera que a maioria deles esteja presente. A casa tem uma movimentação que varia de acordo com os usuários em acolhimento, com os PTSs construídos, e com a inserção que cada um tem no território. Ao longo do dia existem acolhidos que estudam, trabalham, e frequentam seus CAPS de referência. Além disso, é no período diurno que é realizada a maioria das ações externas. Importante apontar que é incentivada a participação em atividades no território com vistas a manter e ampliar a rede de cada um, não fazendo sentido ter um grande número de atividades internas para o que a UAA se propõe.

Verificamos que essas atividades estruturadas, coletivas com a participação dos acolhidos tendem a ter curta duração, mesmo ocorrendo com certa regularidade, não se sustentam por mais que alguns meses. O que pode estar relacionado a rotatividade de usuários em acolhimento, e a forma como a equipe organiza o trabalho, que será abordado mais a frente.

A UAA possibilita a realização de atividades coletivas mais espontâneas, em geral despertadas pela convivência entre os acolhidos, e entre os acolhidos e a equipe. Foram encontrados relatos sobre a realização de churrascos, organizados pelos acolhidos e equipe, geralmente em datas comemorativas, como, natal, ano novo, jogo da Copa de Futebol. Algumas

vezes CAPS AD e UAA, montam esses eventos conjuntamente, com participação de profissionais dos dois serviços e dos usuários. O dinheiro era arrecadado entre profissionais e usuários que desejavam colaborar, não sendo restrita a participação só pra quem colaborasse financeiramente.

A comemoração de aniversário dos acolhidos é mais um exemplo dessas atividades. Como no aniversário de Jorge (nome fictício), que estava quase encerrando seu acolhimento, já havia conseguido se vincular ao novo local de tratamento, estava fazendo curso profissionalizante, retomou contato com pessoas do bairro onde iria voltar a morar, organizou sua situação financeira devido ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), e estava procurando casa para alugar. Jorge desejava comemorar com os outros acolhidos e com a equipe da unidade, e também seria uma forma de despedida, após seis meses de acolhimento. Resolveu então fazer um churrasco, pediu ajuda e os funcionários que estariam no dia da comemoração o ajudaram a organizar. Outro acolhido também fazia aniversário na mesma semana e combinou com Jorge da comemoração ser para os dois. A família desse outro acolhido levaria o bolo. Jorge também chamou duas familiares, com quem tem relação distante, elas foram e foi a única vez dentro desses seis meses que ele as encontrou.

Já as atividades externas se referem a qualquer ação realizada fora do espaço físico da UAA. Os acolhidos podem sair sozinhos da unidade seja para ações combinadas no PTS ou por qualquer outro motivo que ele deseje sair, sempre combinando com a equipe o horário de retorno. Nesta seção vamos destacar as atividades externas que envolvem os profissionais.

O profissional acompanha o acolhido em idas ao território quando isso faz parte do PTS, ou quando a partir da convivência na unidade a equipe avalia que seria interessante acompanhá-lo. Alguns exemplos de saídas encontradas no material analisado são: idas ao banco; ao CRAS; ao INSS; em consultas e/ou realização de exames junto à atenção básica; para procurar e alugar local de moradia; acompanhar ao SENAC na busca por informações sobre cursos; em visita aos filhos em abrigo; enterro de amigos ou parentes do acolhido; etc.

Também são realizadas saídas com os acolhidos para atividades de lazer e cultura, a eventos como: blocos de carnaval; eventos em museus; passeio na praia; participação na festa junina do CAPS; caminhada ecológica. (com guia de instituição de ensino e pesquisa da região); eventos culturais promovidos pela secretaria de saúde; e, teatro.

É comum os acolhidos solicitarem fazer caminhadas pelo bairro, em algumas delas os profissionais os acompanham.

A equipe realiza visitas domiciliares (VD) quando há indicação, sendo mais frequente as VDs em residências de usuários que já saíram do acolhimento e que mantiveram vinculação com a UAA.

Há casos de usuários que no decorrer do acolhimento precisam de internação clínica, nesses casos os profissionais fazem visitas para atendimento desse usuário e para conversar com a equipe do hospital. Esse tipo de visita geralmente ocorre quando o usuário em questão tem relação distante com seus familiares, e nenhum suporte.

A equipe, representada por um ou dois profissionais, participa de diversas reuniões e fóruns, como: reunião de território do CRAS, Fórum Estadual AD, Supervisões de Eixo, Fóruns de Saúde Mental, Fórum de Geração de Renda e Cultura; e Supervisão do CAPS AD.

Da mesma forma é a participação em reuniões para discussão de caso e avaliação de usuário para possível acolhimento, em diversos CAPS, clínicas da família, ou hospitais. A UAA está vinculada a um CAPS AD, mas recebe usuários de todas as regiões da cidade. Essa direção de trabalho foi sendo desenhada ao longo dos anos e a partir das demandas dos demais serviços da RAPS.

A Unidade de Acolhimento enquanto um serviço de saúde integrante da rede de atenção psicossocial pode ser um recurso para os outros territórios, mas devem-se considerar as implicações de um acolhimento em local distante do CAPS de referência do usuário e principalmente, distante do território e da rede de suporte social do mesmo.

Um caso que pode ajudar a ilustrar essa questão é o caso do próprio Jorge, um jovem de 20 anos, morador de um bairro distante, que era acompanhado por um centro de atenção psicossocial infantil (CAPSI), e estava internado em hospital psiquiátrico há alguns meses, sem suporte familiar no momento. A equipe do CAPSI solicitou que ele fosse acolhido pois já tinha indicação de alta hospitalar, porém avaliavam que Jorge não tinha autonomia para ir para um abrigo da assistência social, não tinha recursos financeiros e nem suporte algum. Foram feitas algumas reuniões entre UAA, CAPSI, o hospital e também foi incluindo o CAPS para adultos que daria seguimento ao acompanhamento de Jorge. Uma das preocupações era que Jorge se mostrava “bem adaptado” a rotina do hospital, e não apresentava crítica quanto a sua permanência no local. Profissionais da UAA foram algumas vezes ao hospital para conversar com o usuário e avaliar quais as possibilidades do acolhimento. Esse processo durou cerca de um mês, e culminou na construção de um PTS inicial que incluiu trabalho para ganho de autonomia, construção e retomada de vínculos com o território de origem, a transição do CAPSI para o CAPS, e a proposta de se pensar para onde ele iria após o acolhimento. Jorge chegou a visitar a UAA para conhecê-la antes de concordar em ir para ficar acolhido. Esse é um caso que

teve um processo de avaliação mais longo e detalhado, por ser um usuário de território distante da UAA e por não apresentar uso de drogas.

É fundamental destacar que as atividades externas requerem meios de transporte para a circulação de profissionais e usuários. No acolhimento de Jorge, por exemplo, o CAPSI dispunha de um carro institucional uma vez por semana e a UAA tinha cartões de passagem de ônibus, que foram essenciais tanto para o processo de discussão do caso, quanto para a circulação inicial com o usuário pelo território.

Pensando ainda nas atividades externas, profissionais da equipe participaram de algumas palestras e rodas de conversa em escolas da região, sobre uso de drogas e redução de danos. Tais ações são decorrentes de algumas das reuniões intersetoriais que os profissionais participam, e ajudam a dar visibilidade a unidade de acolhimento junto a comunidade.

Sobre a porta de saída, acolhimento deve necessariamente respeitar o processo de cada usuário, porém, tanto a Portaria nº121/2012 quanto a Nota Técnica Nº41/2013 do Ministério da Saúde destacam a importância de se estar atento ao tempo de permanência, ou seja, à duração do acolhimento, tendo como parâmetro o limite de seis meses.

Os referidos documentos apontam que o PTS de cada usuário deve incluir, além das ações a serem desenvolvidas pela UAA, o tempo de permanência previsto. Assim, reforça a direção de que o espaço da UA deve promover a rearticulação ou potencialização de vínculos e, dessa forma, é importante a presença de ambientes nos quais os acolhidos, de acordo com suas necessidades e projetos, possam receber visitas de amigos e familiares, ou ainda terem disponíveis um ambiente e recursos que viabilizem ações de inclusão e inserção social.

A característica de acolhimento transitório se faz presente quando se fala em tempo de permanência e se coloca um limite. Mas o que possibilita a saída de um usuário do acolhimento é a realização do PTS, que inclui a dimensão do tempo, mas não é engessado por ele. Ao longo dos cinco anos de funcionamento da UAA houve alguns casos que ultrapassaram os seis meses de acolhimento.

Vanessa explica que o encerramento do acolhimento ocorre quando sua proposta já foi cumprida, o que é definido entre CAPS, UAA e o próprio usuário. Outra forma de encerramento é quando o acolhido decide encerrar mesmo antes do que estava proposto. Tanto de uma forma quanto de outra, o usuário é orientado a ir para o CAPS para dar seguimento a seu tratamento.

Carlos ficou nove meses no acolhimento, e teve como principais questões a serem trabalhadas: os cuidados clínicos, o início do tratamento no CAPS AD, conseguir a segunda via

de sua documentação pessoal, e pensar em formas de moradia. Sobre sua saída da UAA ele fala:

Através da unidade de acolhimento eu tive a oportunidade de fazer uma perícia no INSS, ganhei na época três meses de auxílio, foi quando eu aluguei uma kitnet pra mim. A equipe me ajudou, porque eu não fiz nada disso sozinho, foi tudo combinado com a equipe. Aluguei uma kitnet e dali eu dei prosseguimento na minha vida. To limpo das drogas e faço meu tratamento.

A saída do acolhimento é um processo e nem sempre encerra quando o usuário vai embora. Durante o acolhimento a vinculação entre o usuário e a unidade se fortalece, podendo essa relação ser instrumento da reinserção do usuário, respeitando as particularidades de cada caso. A esse respeito, Carlos recorda:

Eu antes morava em uma comunidade que tinha tráfico de drogas, mas escolhi não voltar pra lá como uma estratégia pra mim ficar longe da droga, e aluguei uma kitnet próximo da UAA e do CAPS pra mim ficar perto, pra mim ter o amparo deles também. Inclusive eles me ajudavam porque eu não tinha fogão, eu não tinha geladeira, então eu tomava café na UAA, almoçava no CAPS, jantava e ia pra casa. Ai eu fui me reestruturando.

É comum que em um primeiro momento, logo após o encerramento, os usuários ainda se direcionem e demandem suas questões para a UAA. Nesse ponto é importante uma comunicação entre a UAA e o CAPS de referência para que não haja diferentes direções no cuidado. E para que a saída do acolhimento não seja vivenciada de forma abrupta pelo usuário, são pensadas estratégias que visam gradativamente a inclusão de outros atores e a retirada da UAA de uma posição central da rede de suporte, podendo permanecer como mais um integrante dessa rede.

4.3 – O COTIDIANO DA UAA

Sobre o cotidiano da UAA abordaremos alguns temas que se mostraram relevantes para entendermos os processos diários. Os temas serão divididos da seguinte forma: Registro de Ações e Comunicação entre a Equipe; Normas Básicas; Circulação no Território; Cuidados Diários; Refeições e Cozinha e Ferramentas de resposta dos profissionais aos desafios. Iniciaremos falando sobre registro de ações e comunicação entre a equipe.

A cada plantão de 12 horas tem início um período de relatos no Livro de Ocorrências, com a data, nomes dos profissionais presentes, nomes dos acolhidos (indicando os presentes e ausentes no momento). Alguns relatos apresentam linguagem informal, enquanto outros apresentam termos mais técnicos, em sua maioria, vindos do campo da enfermagem. Nota-se que, dependendo dos profissionais que estão no plantão, existem mais anotações de ocorrências e mais detalhes.

Nesse livro são sinalizados os novos acolhimentos, as visitas que os acolhidos recebem, os acolhimentos encerrados, bem como a circulação no território. São relatadas informações importantes a fim de passar para o plantão seguinte, buscando continuidade do trabalho.

Quando algum acolhido passa por consulta médica, havendo prescrição de medicação ou alteração da mesma, e havendo solicitação de algum exame, é sinalizado no livro e relatado com maiores informações na ficha do acolhido.

A respeito das normas básicas, pudemos observar nos dados coletados, que algumas normas foram sendo construídas ou modificadas a partir da própria experiência de funcionamento da unidade.

Com nove meses de funcionamento, em uma reunião de equipe, ficou estabelecido que caso ocorra agressão física dentro da unidade, aquele que agrediu terá seu acolhimento suspenso por tempo indeterminado, e o tratamento seguirá via CAPS. Tal postura foi devido a muitos relatos de brigas e agressões físicas, sendo um episódio grave no qual os dois envolvidos foram levados de ambulância para o hospital.

Depois de um ano, há relato de que a equipe não estava autorizada a guardar pertences dos acolhidos, como cigarros, dinheiro, ou quaisquer objetos. Isso aconteceu depois de um episódio em que um acolhido entrou na sala de administração e ameaçou os profissionais para pegar seus cigarros que foram deixados por sua mãe, para ser entregue um maço por dia. Essa direção não foi rígida, sendo retomada nas reuniões de equipe, onde ficou definido que a princípio os profissionais não irão guardar pertences pessoais dos acolhidos, mas que se for

avaliado que seria algo importante para o caso, e dependendo do objeto, a equipe pode guardar. Sempre com a concordância do acolhido.

Há situações em que é necessário guardar pequena quantia de dinheiro do acolhido, quando existe uma indicação clínica para tal. A forma de registro e cuidado com esses valores é por meio de uma “planilha de movimentação” que foi criada pela equipe. Além de ter espaços para se registrar a data e os valores movimentados, a planilha também tem espaço para a assinatura do profissional que guardou ou entregou o dinheiro e para a assinatura do acolhido.

Devem ficar guardados com a equipe os produtos de higiene a base de álcool, caso o acolhido possua. São devidamente identificados com o nome do usuário, que poderá usar o produto sempre que solicitar. De maneira geral é orientado que os acolhidos não levem pra UAA produtos a base de álcool. Já aconteceram situações em que um acolhido pegou o desodorante de outro para beber.

Outra situação levou à orientação sobre horário de saídas dos usuários. Um acolhido saiu à noite, retornou com ciência da equipe e logo após a equipe viu que o usuário havia levado cocaína para outros acolhidos, gerando discussões e brigas dentro da unidade. Como estava de noite, os usuários permaneceram na UAA até a manhã do dia seguinte, quando foram encaminhados ao CAPS AD.

A orientação definida foi a de que as saídas dos acolhidos seriam até as 19h, qualquer saída após esse horário ou retorno após as 19h de saídas que aconteceram ao longo do dia, devem ser combinadas com profissional da UAA, e anotadas no livro de ocorrências. O não cumprimento dessa orientação implica em encaminhamento do usuário ao CAPS para rever o PTS.

Foi pensado nesse horário por ser o horário da troca de plantão, além de ser próximo ao horário que o jantar é servido. E as saídas com essa orientação visam estimular a comunicação entre acolhidos e profissionais, evitar que os acolhidos fiquem circulando de noite ou madrugada na rua por avaliar que existem riscos, e preservar os acolhidos que ficam na UAA.

A respeito da circulação no território, no primeiro ano de funcionamento da unidade, a circulação dos acolhidos era mais “livre”, inclusive a noite e sem combinação com a equipe. Lembrando que nesse momento só tinha vigia no portão do CAPS AD e que a entrada da UAA era pelo portão principal de lá.

Após a orientação de um horário para saídas ao território, há grande quantidade de relatos de quando os acolhidos saem, a hora que saem, onde foram (quando informam) e a hora que retornaram. Acolhidos geralmente saem para: caminhar, fazer uso de drogas, trabalhar, ir à igreja, namorar, ir ao banco, à casa de familiares, na padaria, dentre outros.

Você combinando com os profissionais da UAA pra sair, como se fala... Se você tiver família, geralmente quem tá na UAA não tem família, tem uns que tem. Quando tem família você pode passar o final de semana, combinando com a equipe o dia que sair. Por exemplo, sair na segunda e só quer voltar na sexta e ir pra casa dos parentes. Se você não tiver parente nenhum e você quiser sair, qualquer combinação é só fazer uma combinação: saia de manha e que horas que você vai voltar, eu no máximo, estourando 19 horas tinha voltado. Eu também saia muito a noite também, porque uma coisa que na UAA não pode é sair a noite, mas eu pedia autorização pra ir pra igreja, e ai tinha uma pessoa da igreja que vinha me buscar e vinha me trazer, ai eu conversei com eles e eles abriram essa exceção pra mim poder estar indo pra igreja. (Sandra)

Quando acolhido insiste em sair a noite, mesmo a equipe indicando que fique na UAA, é orientado a retornar na manhã do dia seguinte. Dependendo de como ele retorne, é necessária avaliação do CAPS AD.

Exemplo de relato da combinação de saídas:

às 19h35min C. e B. retornaram, ela disse ter usado álcool (cerveja) após ter feito faxina na casa. Ele disse que não fez uso de nada. Às 20hs eles pactuam com a equipe para dormirem na casa alugada, retorno previsto para as 9 horas. (Livro de ocorrências)

Essa situação se refere a dois usuários que planejavam morar juntos, e foram pegar a chave da casa naquele dia, mas ainda não haviam encerrado o acolhimento.

A respeito dos cuidados diários, ao dar entrada no acolhimento o usuário é recebido pelos profissionais da UAA para conversa sobre a organização da rotina da casa e sobre a circulação no território. Cada pessoa recebe toalha e roupa de cama para serem usadas na unidade. A UAA dispõe de alguns itens de higiene pessoal que são fornecidos aos acolhidos.

A equipe observa e relata o comportamento dos acolhidos ao longo do plantão, as saídas, telefonemas, brigas, se dormiram a noite toda, se ficaram andando pela UAA de madrugada, se tomaram as medicações, se fizeram as refeições, se apresentaram algum sintoma clínico ou se apresentaram algum efeito de uso de drogas.

Num dado momento a UAA recebe usuários com menor autonomia, oriundos de longa internação psiquiátrica, não são casos comuns na unidade, mas provocam impactos significativos na rotina da casa. Importante destacar que o acolhimento de pessoas longamente institucionalizadas e com menor grau de autonomia demanda cuidados mais próximos da equipe, principalmente os cuidados como auxílio no banho, nas refeições, na higiene e na circulação no território.

Outro ponto importante a ser destacado nos cuidados diários é referente à questões clínicas e articulação com unidades básica de saúde. Acolhidos que se queixam de alguma dor ou questão clínica são orientados, de acordo com a questão, ir ao serviço de atenção básica de seu território de referência. Em alguns casos o acolhido é orientado a ir ao serviço da atenção básica que cobre o endereço da UAA. Importante mencionar que a cobertura de atenção básica no território em que a UAA se encontra sofreu processo de expansão tardiamente, logo nos primeiros anos de funcionamento a referência em atenção básica para a UAA ficava em um Centro Municipal de Saúde, em um bairro não muito próximo. Após inauguração de CMS mais próximo o serviço de referência de atenção básica foi alterado.

Quando há necessidades de fazer curativos, também é remetido para a atenção básica. A preparação para alguns exames clínicos são feitos na UAA, para aqueles que foram avaliados e tem os exames solicitados pelo CAPS ou pela atenção básica. Por exemplo, jejum, coleta de urina, coleta de escarro.

Com muita frequência observa-se a necessidade de articulação com a Atenção Básica para apoio do cuidado clínico geral dos usuários. Também podem surgir outras questões clínicas que demandem atendimento específico, como no caso de Sandra.

Na semana anterior a sua chegada na UAA, Sandra foi sozinha ao posto de saúde do bairro onde morava, por estar com tosse e febre, saiu com receita de antibiótico e um agendamento para o pneumologista, mas ela não foi. Para o primeiro momento de seu PTS, que incluía cuidados físicos, foi pensado na realização de alguns exames clínicos que seriam solicitados pelo CAPS, assim como novo agendamento com pneumologista.

Já na UAA, a equipe observou que a usuária apresentava tosse produtiva mesmo tomando o antibiótico. Foi decidido que seria importante Sandra passar pela triagem do Programa de Tuberculose do hospital municipal, que não necessitava de agendamento. Sendo assim, uma ACE foi a acompanhando, lá foram feitos exame de escarro e raio x do tórax. Ao buscar o resultado dos exames constatou-se que o BAAR indicou “detectável”. O pneumologista do hospital orientou que ela iniciasse a medicação para tuberculose no mesmo dia e marcou uma consulta pra ela dois dias depois, dia 30 de dezembro.

Sandra reage às vezes hostil, outras vezes chorosa com a equipe, fala de seu medo de morrer e conta que sua mãe faleceu devido a essa doença. Relata também que já ficou internada para tratar de tuberculose, não sabe precisar em que ano foi, mas lembra que estava grávida de seu segundo filho. Contou que teve ‘alta curada’ e afirmava que não iria se internar novamente. Em nenhum momento foi dito que ela seria internada, mas que para continuar na UAA precisaria fazer o tratamento da tuberculose. A disponibilidade da equipe para escutar, acompanhar e acolher a usuária nesse momento foi fundamental para o cuidado com ela, que estava com medo, insegura e em um local desconhecido (estava na UAA há uma semana).

Após a consulta foi fornecida medicação para um mês e o seguimento do tratamento é direcionado para a unidade de atenção básica que cobre o endereço da UAA. Sandra passou a pegar suas medicações semanalmente. Na unidade básica de saúde foram realizados os exames de sangue e preventivo, além de consultas com a médica e com a enfermeira. Sandra também fez exame de sangue específico para confirmar se tinha ou não Hepatite C, pois no teste rápido havia acusado positivo. Para alívio da acolhida e da equipe, o exame descartou hepatite.

Dois meses depois da realização do exame de escarro, saiu o resultado do teste de sensibilidade e descobriu-se que Sandra era resistente a um dos medicamentos do tratamento da tuberculose (isoniazida), e foi preciso reformular seu tratamento, mudando o local de atendimento para um ambulatório especializado, alterando as medicações e recorrendo ao uso de injeções (estreptomicina).

Todos os atendimentos médicos que eu tinha que ir, quando eu tava com tuberculose, um profissional da UAA tinha que ir comigo, eu não poderia ir sozinha. Quando eu comecei a tomar as injeções por conta da tuberculose. Eu fiquei 3 meses sem tomar injeção, mas quando eu fiquei resistente a um remédio eu tive que tomar injeção. Ai um profissional da UAA tinha que ir comigo, aí eles conseguiram articular com o hospital que eu fazia acompanhamento pra mim poder estar tomando as injeções. O Caps se responsabilizou pra estar dando as injeções em mim dentro da unidade de acolhimento, e ai eles deixaram. Se não tivesse nenhum profissional de saúde dentro da UAA, ou no Caps que e ao lado, se não tivesse eu ia ter que ta indo lá todo dia pra tomar a injeção. E aí como tinha o profissional eu só ia lá de mês em mês.

(...)

Eu fiz o meu primeiro preventivo quando eu entrei na UAA, porque eu nem sabia o que que era. Teste rápido eu não sabia, fui fazer os testes rápido pra

saber se eu tinha, se eu tava com... Porque eu já fui, eu já fiz programa, eu já me prostitui, então eu tinha que, até por um cuidado comigo mesma, eles me levaram lá pra fazer o teste rápido pra saber se eu tava com alguma doença. Ajeitaram a documentação pra eu voltar pra escola, eu já voltei já pra escola. Eu consegui um trabalho, eu consegui tudo que eu não tinha, antes de eu vir pra UAA eu não tinha nada disso.

Há situações em que os acolhidos são orientados a ir à UPA, aqueles com maior autonomia vão sem acompanhante. Caso seja uma questão mais grave ou mais urgente, a questão é dividida com o CAPS AD que avalia e pode vir a solicitar ambulância. Quando é preciso ir de ambulância para atendimento de emergência a orientação é que um profissional da UAA vá junto. Os familiares são comunicados e instruídos a acompanhar esse atendimento emergencial e internação decorrente, se houver.

Na abordagem sobre o cotidiano da UAA também é importante dedicarmos atenção aos acontecimentos relativos às refeições e cozinha. A cozinha é um espaço importante de uma casa, não só pela relação com a comida.

Nesta UAA a cozinha não está estruturada para preparar as refeições. São oferecidos o café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, nenhum é preparado na unidade, e são entregues no momento de cada refeição por empresa terceirizada. O almoço e a janta eram entregues em ‘quentinhas’ nos horários definidos pela empresa, que também fornece alimentação para outros serviços de saúde do território. Segundo orientação da nutricionista do CAPS AD, se não consumidas devem ser descartadas após duas horas.

Quanto à organização da cozinha, os acolhidos podem guardar alimentos para fazer lanches, no armário ou geladeira, não é permitido guardar nos quartos. Há relatos frequentes que a noite os acolhidos reclamam que estão com fome, pois a janta chega cedo e em pouca quantidade. A informação que se tem sobre o porcionamento é que ele é padrão, baseado em dieta equilibrada. Esse arranjo ignora as diferenças entre os acolhidos, seus gostos e seu apetite. A mesma comida é servida em hospitais da região, e é comum o acolhido da UAA se queixar que não tem tempero e nem variedade do que é servido.

Com essa organização, corre-se o risco da unidade perder um bom espaço para o trabalho de produção de autonomia e de experiências referentes ao morar.

Após quatro anos e meio de funcionamento, a forma de apresentação do almoço e da janta muda, passa a ser entregue em *Hot Box* (caixa térmica para transporte de alimentos). A comida

é servida individualmente para cada acolhido, com auxílio da equipe. As refeições são servidas a todos os acolhidos e quando sobra, aquele que desejar pode repetir.

A partir de hoje a refeição dos acolhidos veio no Hot Box. A equipe avaliou que veio pouca comida para 15 acolhidos. Hoje como temos apenas 9, foi suficiente. O feijão foi a conta certa. Na janta a nutricionista verificou a refeição, avaliou que o arroz não estava legal (queimado) e comunicou a cozinha. A cozinha se disponibilizou em trocar, porém no momento que a nutricionista avaliou os acolhidos já tinham começado a comer. O arroz foi trocado. (Livro de ocorrências)

Com essa mudança pensou-se em aproximar de um funcionamento mais caseiro, envolvendo mais os acolhidos com a dinâmica das refeições. Agora é possível que se sirvam, que escolham o que vão colocar no prato e a quantidade, desde que tenha o suficiente para todos que estão acolhidos. Foi conseguido que se envolvessem mais na organização da cozinha, arrumando as mesas e lavando a louça. Um copeiro acompanha as refeições, e a equipe sinaliza a necessidade de ter também um membro da equipe técnica nesses momentos. Os profissionais que almoçam na unidade levam sua própria comida, alguns almoçam junto com os acolhidos, outros almoçam depois.

Um importante aspecto do cotidiano da unidade refere-se às ferramentas de resposta dos profissionais aos desafios, ou seja, as diferentes formas de manejo das situações.

Finalizaremos esse capítulo com uma seção sobre as formas que a equipe lida com situações que se apresentam cotidianamente em uma UAA, formas essas que buscam garantir o cuidado, assim como a continuação e o desenvolvimento do PTS.

Quando o usuário que está em acolhimento sai da unidade e volta durante a noite, é avaliado no mesmo momento e caso não seja possível ficar na UAA (se tiver intoxicado ou se for conduta clínica) dependendo da situação, pode ser orientado a voltar pela manhã, ou é acompanhado até o CAPS AD para aguardar atendimento.

Outro exemplo foi uma situação relatada sobre a discussão entre dois acolhidos, que chegou a conter agressões verbais. A equipe mediu para que um dos acolhidos passasse a noite no acolhimento do CAPS AD e retornasse no dia seguinte para UAA, com intuito de contornar a situação e evitar que chegasse a agressão física. Determinadas práticas só são possíveis devido à proximidade entre as unidades.

Há alguns manejos envolvendo o uso da mediação. Em algumas situações a medicação do horário da noite é antecipada, quando acolhido pede e equipe avalia ser pertinente. Tal recurso é utilizado antes de se lançar mão de medicação SOS (quando prescrita) e quando já está perto do horário da medicação. A medicação SOS é uma medicação prescrita para uso de forma pontual, em situações específicas como agitação psicomotora ou insônia, por exemplo.

A seguir alguns relatos do Livro de ocorrências que ilustram a relação com a medicação:

O acolhido A. teve uma atitude suspeita após ingerir seus medicamentos. Forçou/provocou tosse para expelir os comprimidos, assim que tomou! Não é a primeira vez que a equipe percebe que o mesmo ao receber a medicação (tomar) vai direto para a copa. Temos que ficar atentos com essa atitude!

Esse relato foi de um plantão noturno, aparenta certo controle que a equipe procura manter com a medicação. Observações como essa podem auxiliar no manejo e avaliação, sem confrontar o acolhido preservando uma boa relação ao buscar entender o que está acontecendo e o motivo.

“M. pediu SOS logo após a medicação. Percebemos que o mesmo encontrava-se inquieto andando pela unidade sem parar. Após termos ido ao Caps, I. (técnico) observou no prontuário do acolhido e encontrou uma prescrição de SOS.”

Já essa conduta foi acionar o CAPS AD para que juntos pudessem avaliar e ver as possibilidades. Quando é avaliada pela equipe da UAA a necessidade de medicação SOS, se a prescrição estiver na UAA e a medicação tiver sido dispensada pelo CAPS, o acolhido pode fazer uso do SOS. E é relatado no livro de ocorrências o uso dessa medicação, o motivo e a avaliação que a equipe realizou. Quando o próprio acolhido solicita medicação SOS também ocorre o mesmo processo de avaliação da equipe, pois nem sempre é necessário o recurso medicamentoso.

João, que trabalha como vigilante na UAA há três anos, fala da construção de vínculo a partir da relação entre acolhidos e profissionais da unidade:

Já entram aqui sem nenhuma perspectiva. (...) Já chegam aqui sem ninguém acreditar mais neles, quando chega aqui, chega daquele jeito. E aqui a gente procura dar auto-confiança pra eles, nesse quesito conversando muito com

eles, e acabam se apegando ao profissional. Não só a mim como a todos os outros profissionais que aqui trabalham.”

“Eles estão aqui, mas não estão presos. Aqui a idéia não é manter eles presos, pelo menos meu ponto de vista é esse. Pra manter eles presos aqui, um dia eles vão ter que sair, não tem jeito. Então tem que mostrar os primeiros passos e depois deixar eles pegarem a auto-confiança deles.

A seguir, coletados do ‘livro de ocorrências’, três exemplos de manejos muito utilizados: a escuta, a conversa e os acordos.

“D. apresentou agitação. A equipe fez escuta para saber/entender, logo começou a chorar e desabafar sobre o sofrimento que passou na sua adolescência com seus irmãos. (vide prontuário)”

“às 22 horas L. relata a equipe que tem escutado vozes. Conversamos com ele e o mesmo foi orientado a conversar com a psicóloga A. logo pela manhã.”

“L. pediu para passar a noite em sua casa pois queria fazer uso. A equipe conversou com o acolhido e pactuou retorno para amanhã às 8h.”

Quando algum acolhido recusa a fazer alguma atividade de seu projeto ou se recusa a tomar medicação, a equipe tenta manejar com conversa e acordos, por vezes remete ao atendimento com o profissional técnico de referencia do acolhido.

Sandra, ao contar sua experiência na UAA, ressalta a importância de conversar com a equipe.

Eu não sabia, mas agora eu sei, a UAA é uma unidade que acolhe as pessoas e ajuda nessa parte de documentação, parte clinica, psicológica também, porque quem usa muita droga fica com o psicológico meio abalado. Os profissionais são muito bons, comida na hora certa, remédio, medicação, acho que minha saúde melhorou cem por cento depois que eu entrei na UAA. Eu cheguei com 38 quilos, hoje eu tô com 51. Eu cheguei lá na beira da morte, a UAA que me ajudou em todas as partes. Até na hora só de conversar, porque as vezes eu só queria conversar, e as vezes eu não queria ouvir ninguém, eu queria só desabafar e os profissionais ouviam, conversavam comigo (...) quando eu pedia pra sair da UAA, eu usava droga e no outro dia eu voltava,

eu voltava me culpando, os profissionais conversavam comigo, que não era pra eu ficar me culpando desse jeito. Hoje quando eu faço meu uso, ainda continuo fazendo uso, quando eu faço meu uso eu já penso de uma maneira diferente, faço bem menos uso, bem menos do que eu usava antes, porque uma hora dessas eu não estaria aqui conversando com você, essa hora eu já estaria internada na favela em algum lugar. E há muito tempo que eu não faço mais isso.

Não é permitido levar e nem fazer uso de drogas dentro da unidade, (a não ser o tabaco) mas ainda assim é algo que ocorre. Nessas situações, quando a equipe percebe que o acolhido está sob efeito de alguma substância, ou até mesmo quando a equipe encontra o acolhido fazendo uso dentro da unidade, primeiramente é solicitado que ele descarte a substância. E então é realizado atendimento para avaliar como o acolhido está e entender o que o levou a tal ação. Caso o acolhido esteja muito alterado ou intoxicado, é acompanhado ao CAPS AD para atendimento e cuidados específicos. No mais, o acolhido segue na UAA. Vanessa explica que

Na chegada dos usuários para o acolhimento, a equipe apresenta a unidade e algumas direções que são importantes, uma delas é a direção de que não pode, não é possível levar nenhuma substância e nem fazer uso dentro da unidade. (...) Algumas regras básicas da unidade, que são apresentadas aos usuários na chegada. Então é possível que eles aceitem pra que possam então estar naquele espaço né. E aí se alguma coisa não está sendo possível a equipe tenta entender com esse usuário o que está acontecendo, podendo ou não ter desdobramentos com relação ao seu projeto.

Nota-se que ao falar do manejo, João aponta sempre para a conversa e para o contorno das situações, não especificando esses contornos, mas marcando que são situações abordadas/cuidadas na direção de se manter o acolhimento do usuário.

Como aqui é tudo na base da conversa e confiança, a gente sempre pergunta diante das situações quando um usuário vai lá pra fora, a gente pergunta se ele tá trazendo algo. Porque a base de tudo também é a confiança entre a gente e eles. E assim, quando traz, que é muito difícil, quando traz, a gente sempre procura coibir, conversar, tá entendendo. Até porque, se aqui é pra se tratar como é que ele vai trazer droga pra cá? (...) Não é muito freqüente [levar drogas pra uaa], por isso que eu tô falando, tem aquela base da confiança, a

gente pergunta se tá trazendo algo, muitos deles dizem que não. Quando trazem a gente acaba coibindo e conversando e a situação é contornada. Mas há casos que já trouxeram, que trazem, mas a gente acaba conversando e contornando as situações.

Os trechos a baixo são do livro de ocorrências e mostram como são os manejos em situações de uso de drogas, no primeiro compartilhando com o CAPS AD e o segundo, feito só pela UAA:

“O acolhido M. fez uso de algumas substâncias psicoativas (maconha, cocaína e álcool), sendo assim o mesmo foi encaminhado ao Caps onde foram feitos alguns procedimentos para que o mesmo voltasse para a UAA. Após o procedimento o mesmo dormiu.”

“R. chega alcoolizada a unidade, foi conduzida ao banho por mim e depois ficou tranqüila.”

No trecho a seguir Sandra conta como era quando ela fazia uso de drogas estando acolhida.

Quando eu voltei a fazer uso, quando eu tive alta [do tratamento de tuberculose] eu voltei a usar. Teve época que eu tava na UAA que eu fiz o uso e voltava muito mal, eu ia pro Caps e aí tinha os profissionais lá, e era 24 horas. Se eu chegasse de madrugada e batesse lá, eles abriam o portão pra mim. Primeiro a entrada é no Caps quando você sai e passou do horário, porque a UAA te dá um horário pra você voltar, se você não voltar no horário, você vai ter que voltar pelo CAPS, conversar com os profissionais. Se você tiver acelerado, ou uma coisa assim, se tiver uma prescrição médica eles vão te dar o remédio pra te acalmar, conversar contigo, e dependendo da situação eles te mandam de volta pra UAA.

João fala da relação do uso da droga e a medicação, dos possíveis efeitos de se misturar os dois, e que por isso os acolhidos geralmente comunicam quando fizeram uso de alguma droga. O profissional também aponta que além do acolhido comunicar quando faz uso, a equipe consegue perceber, pois a partir da convivência, da proximidade durante o acolhimento, a

equipe consegue observar mudanças, mesmo leves, no comportamento do acolhido que tenha feito uso de drogas.

Acontece deles chegarem sob efeito de drogas ou intoxicados, e até falam. Até porque, através dos medicamentos, eles tem que falar se estão sob efeito ou não. E acontece de chegar assim sob efeito de drogas, mas eles mesmo comunicam que estão sob efeito por causa dos medicamentos.

Nenhum deles é agressivo, geralmente a gente pergunta até por algumas atitudes deles que mudam, algumas atitudes deles são diferentes. Uns são mais falantes, outros mais recatados, a gente acaba identificando dessas formas, e eles mesmos acabam comunicando pra gente que estão sob o efeito. Já chegam falando que fizeram uso lá fora. A gente acaba se habituando com a situação e aprendendo diante das situações né.

A escuta; conversa; acordos; orientação; alocar acolhido em outro ambiente para evitar brigas; avaliar uso da medicação; dividir com o CAPS AD questões relacionadas à intoxicação ou ao PTS; acompanhar na circulação pelo território. São manejos de situações comuns nesta UAA.

A utilização dessas ferramentas torna-se muito mais possível a partir de uma convivência diária do usuário com a equipe e do acompanhamento das questões de cada acolhido.

4.4 – O HABITAR E A CONTRATUALIDADE

Nesta parte da dissertação serão abordados aspectos da experiência de habitar a unidade de acolhimento adulto.

De acordo com Saraceno (2001) os eixos centrais de reabilitação como cidadania são o habitar e o enriquecimento das redes sociais. O autor relaciona o habitar a um grau de apropriação do espaço onde se vive, ao sentimento de pertencimento, e à contratualidade.

Os atos da vida cotidiana como comer, dormir, falar, caminhar, trabalhar, acontecem em lugares e tempos diferentes pra cada um, assim como as trocas afetivas e materiais. Compreender o caráter singular dessas ações do dia a dia é fundamental em um espaço que pretende possibilitar a experiência de habitar.

De acordo com a leitura psicossocial dos lugares apresentada por Fischer (1994), a UAA se aproxima de um espaço residencial, mas também apresenta algumas características de espaço

institucional. A idéia de casa, moradia, alojamento, pode se expressar de diversas formas, mas tem como característica fundamental ser um espaço de proteção dos perigos exteriores. Habitar um espaço fala da relação da pessoa com o ambiente, além disso, a casa entendida como o local onde se habita, e que tem repercussão emocional e social.

O espaço da casa é delimitado, o que marca uma oposição entre um fora e um dentro, uma separação com o mundo exterior. Dessa forma a casa assume aspectos de espaço pessoal, um lugar privilegiado, objeto de investimento afetivo. É atribuído à casa o valor de refúgio, pois além de ser um espaço de proteção, é também o lugar que serve como referência e pressupõe certa estabilidade. O espaço de habitação é onde também se encontra o sentimento de identidade, mas também é um lugar de socialização. De acordo com Fischer (1994), a organização do espaço de moradia estrutura níveis e formas de sociabilidade, com ambientes de diferenciação do público e do que é privado. Como foi descrito no início deste capítulo, a composição da Unidade de Acolhimento apresenta ambientes que estabelecem maior grau de sociabilidade, como os espaços coletivos, e aqueles que a inibem, como os quartos.

Para Sandra, a UAA representava essa função de espaço protegido que proporcionou uma diferenciação entre seu espaço pessoal e o que era externo, como pôde ser observado nos trechos da entrevista já apresentados. Ao falar de sua relação com a equipe da UAA ela fala que o acolhimento na unidade fez com que ela voltasse à sociedade, e destaca a importância que a redução de danos teve nesse processo:

Os profissionais eram muito atenciosos comigo, mas eu me culpava muito pelo uso da droga, eu achava que eu não tinha mais como voltar pra sociedade né. A UAA me ajudou a voltar pra sociedade, porque eu como usuária de droga era uma pessoa que era discriminada o tempo todo, e aí a UAA não trabalha com abstinência, e aí eles falaram que eu podia continuar fazendo o meu uso, mas que tinha que ter certos cuidados, foi aí que eu fiquei sabendo os cuidados que tinha que tomar quando eu fizesse o uso.

No trecho a seguir fica claro que a UAA possibilitou importantes relações de trocas afetivas, tendo para Sandra a significação de um lugar que permite que ela saia da “beira da morte”, um lugar onde se produz vida.

Vários dos profissionais são muito bons, me ajudaram muito. Eu tava... também eu tinha perdido meus filhos, eu perdi meus filhos pro conselho tutelar, então eu tava numa dor muito forte, então eu achava que um refugio

pra mim não sentir falta dos meus filhos era usar droga. E ai eu fui conversando com os profissionais, vivendo o dia-a-dia, aprendi um artesanato, comecei a fazer artesanato, e foi isso.

Foi doloroso a questão da tuberculose porque as injeções doíam muito, eu tinha que tomar injeção todo dia. Eu cheguei [na UAA] quase a beira da morte e hoje não, hoje eu to saudável, eu to bem.

Já a apropriação é um processo psicológico de ação e intervenção sobre um espaço a fim de transformar e personalizar. Este sistema de influência sobre os lugares envolve as formas e tipos de intervenção sobre o espaço que se traduzem em relações de posse e apego. A apropriação exprime uma forma de ocupação do espaço, e

consiste em produzir diversidade ao investir o espaço de intenções e atos que permitem ao indivíduo sobreviver à banalidade do cotidiano e dar-se a si mesmo uma identidade, ou seja, criar situações em que o espaço constitui para ele um refúgio. (FISCHER, 1994 pg 83)

Pensando em autonomia e responsabilidades, o autor aponta que quanto mais personalizado o espaço, maior a autonomia.

A UAA demonstra um tipo de organização flexível que possibilita a expressão de mecanismos de apropriação por parte dos acolhidos, porém não totalmente. Apresenta-se como um espaço para habitação que será temporário, e cada usuário tem um PTS para nortear o período de acolhimento, o que limita possibilidades de apropriação, mas que de forma alguma as inviabiliza. Existem algumas regras de convivência na unidade, assim como em todo espaço social, contudo é possível aos acolhidos algum grau de intervenção para estruturar o espaço de acordo com próprios critérios.

Na direção de preservar a singularidade de cada usuário, os quartos têm poucas camas, e os acolhidos dispõem de armários individuais para guardar seus pertences. Nos quartos é possível observar a influência no espaço, alguns acolhidos mantêm as camas arrumadas e as roupas no armário, enquanto outros não arrumam a cama ou só arrumam quando alguém da equipe pede. Tem acolhidos que mesmo com armário deixam suas roupas espalhadas pelo quarto, e se no momento o quarto não estiver com todas as camas ocupadas, usam mais de uma cama, seja pra dormir ou pra colocar roupas em cima.

Outra característica da UAA que permite apropriação do espaço refere-se ao que os acolhidos podem realizar no espaço. É livre o acesso aos espaços coletivos da unidade assim

como o acesso ao quarto que está ocupando, sem horários estabelecidos para estarem nesses espaços. Também não há horário restrito para que os acolhidos recebam visitas.

A apropriação como um conjunto de possibilidades de transformação, de mudar a estrutura pré-existente, a possibilidade de adaptar o espaço. Por exemplo, a noite alguns acolhidos mudam a cama de lugar dentro dos quartos, ou juntam duas camas quando estão sozinhos no quarto, ou até mesmo colocam o colchão no chão para dormir. Outra possibilidade de apropriação refere-se a gestão dos espaços coletivos da casa, nestes os acolhidos podem definir como os utilizarão. Se vão ouvir rádio, ver televisão, qual o canal, o volume, se a luz fica acesa ou apagada. Algumas vezes a equipe acaba mediando a organização dos espaços coletivos, geralmente quando os acolhidos discordam sobre o que fazer.

A partir de um sentimento de pertencimento e de sua apropriação do espaço, o convívio entre Carlos e os funcionários da UAA foi baseado em uma relação de cuidado, possibilitando as trocas afetivas. Carlos repetiu algumas vezes que foi abandonado por sua família, e que a partir da oportunidade de estar na UAA começou a focar em seu tratamento no CAPS AD.

Então eu não tive cooperação, eu não tive amor da minha família, foi onde eu parei pra analisar, junto com a equipe, que eu tinha que sair disso sozinho, foi onde eu comecei a dar mais valor ao meu tratamento. Comecei a focar nas oficinas, tudo que tinha eu participava, comecei a interagir com o funcionamento da unidade de acolhimento. Então eu comecei a ver que os profissionais lá eram minha família. Eu comecei a me apegar a eles como se fossem minha família, entendeu?

Ainda nessa relação entre equipe e acolhido, Carlos, ao se sentir correspondendo ao que acreditava que esperavam dele, se sentia bem e isso o estimulava a participar mais das atividades tanto da UAA assim como do CAPS.

As pessoas que trabalham em uma unidade de acolhimento, elas querem ver frutos. Os profissionais estão lá pra que? Pra nos ajudar, mas também pra ver o paciente crescer, evoluir por que faz parte. Se a pessoa estuda pra hoje em dia estar trabalhando dentro de uma unidade de acolhimento é porque ela quer ver os frutos do trabalho dela. E qual é o fruto do trabalho dela? É o paciente voltar pra sociedade, é ganhar espaço na sociedade e eles verem o cara ficar feliz. Então quando eles começaram a ficar feliz comigo, eu comecei a me sentir importante. O pessoal falava pra mim ‘pô você tá de parabéns!’, Porque

eu participava de tudo, tudo eu queria participar, mesmo dopado de remédio, eu levantava e ia participar. Brincava, jogava um ping-pong, participava das sessões de cinema.

Saraceno (2001) fala de recursos não só pela quantidade, mas pelo que eles podem mobilizar no trabalho, assim se referindo a recursos humanos e recursos materiais. O autor chama atenção para o que nomeou de recursos escondidos, que são aqueles que não estão ligados nitidamente ao sistema de saúde, mas que podem ser potencialmente associados e ao mesmo tempo geradores de transformações na atuação dos serviços. Dessa forma compreende-se a comunidade como recurso, capaz de gerar infinitas articulações entre serviço, usuário e comunidade, favorecendo a ampliação das possibilidades de troca e abertura de espaços de negociação.

Um exemplo de como a criação de espaços de trocas acontece na UAA, é o que Carlos contou sobre a época que estava acolhido:

O que eu fazia pra mim poder fumar meu cigarro? Porque eu parei de usar droga, mas eu fumava meu cigarro. Eu fazia uns abajur, eu fazia uns desenhos, e aí quando tinha visita de outras pessoas que estavam acolhidas, eu me aproximava e oferecia meu artesanato. Muitas vezes eu conseguia vender um abajur, um desenho, fazia uma poesia, lia uma poesia e através desse contato de carinho, de aproximação, eu ganhava um maço de cigarros, eu ganhava a doação de uma camisa.

Outro exemplo em que podemos ver diferentes recursos articulados para ampliar as trocas afetivas e materiais é o caso de Sandra. Ela chegou na UAA com uma caixa de miçangas, levava para todos os lados, fazia cordões e pulseiras. Era uma maneira que tinha para se ocupar e conseguir ficar na unidade. Até nos atendimentos com a equipe ela fazia suas bijuterias, como algo que mediava a interação, permitindo a conversa, que era difícil para ela naquele momento. Sandra não tinha dinheiro para comprar material para as bijuterias, então ela fazia e depois desmanchava os cordões. Foi então que aprendeu a fazer miçangas com material reciclado, usando folhas de revista. Começou a pedir doação de revistas em alguns locais do bairro, aos poucos passou a presentear alguns acolhidos com cordões, depois passou a vender para funcionários da UAA e visitantes dos demais acolhidos. Pouco tempo depois era possível observar que as pessoas circulavam pela unidade usando as peças produzidas por ela.

Inicialmente uma estratégia individual e depois também ganha características de atividade de geração de renda, as bijuterias proporcionaram a Sandra trocas afetivas e materiais, além de fazer visível sua marca no espaço da UAA. Sandra fala de como se organizou, assumindo responsabilidades e exercendo autonomia:

eu consegui me organizar mais com questão de dinheiro dentro da UAA. Porque não é só um preparo assim, não é só pra ter a casa e dormir, eles [profissionais da UAA] me falavam muito sobre a questão do meu dinheiro, as responsabilidades que eu a ter quando eu alugasse a minha casa. Então eu tenho que separar o dinheiro do meu aluguel, tenho que separar. Eu gosto das minhas coisas, gosto de andar cheirosa, arrumada, ninguém vai ficar te comprando nada. Eles ajudam mas só que não é, o governo não dá o benefício pra gente comprar coisas pessoais minhas, então eu tinha que guardar meu dinheiro. Com as bijuterias eu comecei a guardar dinheiro pra poder comprar minhas coisas e organizar mais minha vida.

Foi observado que alguns acolhidos fazem acordos entre si, no dia-a-dia da unidade como um lavar roupas de outro em troca de cigarros, ou trocar a sobremesa por cigarros, ou sair para comprar lanche pra outro acolhido e poder comer junto, etc. Dentro desses acordos, também foi observado que em alguns casos um acolhido vai comprar drogas para outro e leva para unidade. A partir desta observação surge a questão sobre o que leva o acolhido a fazer uso de SPA dentro da UAA. Uma das respostas pode estar relacionada a busca de um espaço protegido para fazer o uso.

Como já descrito anteriormente, não é permitido levar e nem fazer uso de drogas dentro da UAA, contudo já aconteceram algumas situações desse tipo. Quando ocorrem, a equipe maneja cada caso a partir da conversa e acordos, como por exemplo, o acolhido descartar a droga, ou sair e retornar sem a droga, ou até mesmo o acolhido passar a noite fora e retornar no dia seguinte. Há uma série de acordos possíveis tendo como orientadores a norma de que não é permitido estar com drogas na unidade e a direção de se preservar o cuidado ao usuário, baseado na redução de danos. O importante aqui é manter uma postura contrária à imposição de abstinência e à maneira repressiva como são tratados os usuários de drogas segundo a lógica proibicionista.

Sandra, quanto à questão do uso de drogas no período em que ficou acolhida, fala que não sentia vontade, mesmo vendo que outros acolhidos chegavam a levar drogas para a UAA.

Não pode usar droga dentro da UAA, mas tem usuário que leva escondido, mesmo assim não me dava vontade. Nesses oito meses não me dava vontade de usar droga. Fiz só minhas bijuterias mesmo, eu queria ficar forte, fiquei muito bonita, eu voltei ao meu corpo normal e eu não queria estragar meu corpo, não queria ficar magrela de novo, eu fiquei muito magra quando eu fiquei doente.

(...)

Foi o único lugar que eu consegui parar de usar droga. Eu uso droga desde os 13, eu tenho 31 e a única vez que eu parei de usar droga foram nos 8 meses que eu fiquei na UAA. Quando eu tive alta da tuberculose eu voltei a usar droga. Porque eu acho que eu tava muito, muito debilitada, eu sentia muitas dores e aí parecia que eu ia morrer entendeu, e eu não queria acabar com a minha vida. Então eu fui fazer meu tratamento direito, me alimentando direito, ouvindo os profissionais, e fiquei 8 meses sem usar, foi o único espaço assim que eu lembre da minha vida que eu não usei droga. E quando eu era criança, só.

Esses oito meses referem-se ao período do tratamento de TB, seu acolhimento na UAA durou 13 meses. Uma experiência de cuidado, de saúde, de ‘voltar ao seu corpo normal’, lugar onde ficou forte, bonita e saudável. A partir desse novo lugar que ocupa, relacionar-se de maneira diferente com o mundo, com as drogas, com o artesanato, com a perda dos filhos.

Frare (2012) destaca que o encontro com os outros, com as regras de convivência, com os contratos sociais, são os disparadores de uma necessidade de organização subjetiva. Entendemos assim, que o acolhimento na UAA, seu modo de lidar com os acolhidos nas situações cotidianas na casa e na cidade, abre possibilidades de outras formas de relação com a SPA, com o tratamento, com os familiares, com o bairro, dentre outros.

4.5 – A RELAÇÃO COM A COMUNIDADE

Parte importante do trabalho realizado durante o acolhimento na UAA é a articulação com a rede intersetorial, especialmente saúde, assistência social, cultura, justiça e educação. Assim como articulação com rede do território, incluindo os moradores da região, os comerciantes, associação de moradores e outros componentes.

Saraceno (2001) tem o entendimento da comunidade na qual se encontra o serviço, como fonte de recursos para a reinserção social do usuário. A rede de lugares, recursos e oportunidades é ilimitada, assim como as articulações capazes de produzir sentido, contratualidade e bem-estar.

Margarete fala que de modo geral os acolhidos têm bom relacionamento com a comunidade, circulam pelo bairro, fazem compras nos mercadinhos e bazares da região, conversam com as pessoas, etc. Ela conta que não observa dificuldades na relação entre UAA e o território, e que os acolhidos são bem aceitos. Mas pontua que vem se preocupando com uma questão:

Porque agora tem esses problemas de milícias, não existia isso, agora é novo né. Nós é que ficamos preocupados deles no território, deles ficarem saindo e alguém ver eles de outros olhos e a gente fica preocupado, então a gente tenta protegê-los, mas não consegue muita coisa.

Porque dizem aí que dá tiro, que faz e acontece, aí a pessoa fica com medo de deixar o paciente livre. Eu nunca presenciei isso, mas dizem que uns [acolhidos] já foram ameaçados.

Não tinha violência, eu nasci e me criei aqui, há setenta anos. Aqui não tinha ninguém que batia neles. Eles andavam livremente na rua sempre, os pacientes psiquiátricos.

A questão de a milícia ser recente vai ao encontro dos relatos de mudança na liderança das milícias da região, o que acarretou em mudanças na forma de inserção desses grupos no território.

Outro ponto que chama a atenção na fala da profissional é a ligação afetiva com a região e com as instituições de saúde, presentes em sua experiência com o território e com o trabalho.

Eu tenho isso aqui como uma segunda família, por isso que eu ainda trabalho com essa idade.

Margarete fala que pessoas da comunidade que a conhecem, de vez em quando a abordam para falar de algum usuário do CAPS AD. Também diz ter boa relação com os comerciantes, a ponto de pedir para que não vendam bebida alcoólica para os usuários que estão em acolhimento.

A profissional afirma que uma boa relação da UAA com a comunidade favorece as articulações com o território, por isso identifica a importância de estar nas ruas, nas praças, sempre se comunicando com as pessoas do entorno. O trabalho da unidade de acolhimento não se limita ao espaço interno, uma de suas maiores potências está justamente na construção de possibilidades com o território. Sobre esse ponto Margarete comenta: “Cobra que não anda não engole sapo.”

Sobre a forma como a comunidade enxergava a UAA, João conta que

A comunidade antes, antes de instalar a unidade aqui, havia um certo preconceito, havia. Mas com o tempo as pessoas não encaram mais como um bicho de sete cabeças.

(...)

Porque, na cabeça da sociedade em si, na cabeça deles é assim: o cara é usuário o cara é ladrão, o cara vai roubar. E na verdade, a gente que está aqui dentro vê que não é bem assim. Acontecem alguns casos e casos. Mas a sociedade em si encara dessa forma, acha que isso aqui [a UAA] seria um problema. Como agora de uns tempos pra cá eles estão vendo que não é por aí, que a situação não é bem por aí. Então quer dizer, eles sofriam por antecedência, por antecipação.

João acredita que essa mudança no olhar da comunidade pôde acontecer justamente devido as unidades de tratamento para usuários de álcool e drogas estarem nesse território.

Eu como morador, as pessoas me encontravam na rua. ‘Pô, você tá trabalhando num tal lugar assim e assim, os caras lá são isso e aquilo, só tem ladrão’. E eu falei ‘não, espera aí amigão, vocês estão meio equivocados, não é bem por aí não.’ Diante das situações, algumas falavam isso no início, e eu: ‘Opa! Auto lá, essa situação tem em todo lugar, não é só os caras não meu irmão.’ Não é porque o cara é usuário, é viciado disso, viciado daquilo, que é ladrão, não. Quer dizer, os caras estão aqui porque os caras precisam, é cuidado. Bateram na porta onde tem cuidados pra eles. Lá fora, hoje não me abordam mais, não perguntam mais sobre essa situação.

Algumas pessoas me perguntam assim ‘o que eu faço pra me internar lá?’ Mas são pessoas que eu mando direto pro CAPS, eu falo ‘procura o profissional do CAPS, porque ali tu não pode ir direto, ali é só acolhimento, o CAPS que cuida disso.’ (...) Até sei quando o cara tem vício de álcool ou outras coisas,

mas também não me envolvo. Agora se perguntarem do CAPS, ‘como é que é?’, eu falo ‘tu entra lá, explica sua situação que vão te atender.’ Agora o mínimo que posso fazer é isso, eu não faço muita coisa, só informo.

Por essa fala podemos considerar que a comunidade entende a UAA enquanto um serviço de saúde, e não enquanto uma casa. No entanto essa pode inclusive ser uma estratégia para preservar os acolhidos, reforçar junto a comunidade um vínculo a uma unidade de saúde.

Antes a gente via essa dificuldade, hoje não tem mais, então quer dizer as pessoas já não olham mais como o bicho de sete cabeças. Hoje a pessoa olha como um local normal, de tratamento normal, comum. Como se fosse uma unidade de saúde comum. Então hoje é assim, antes tinha dificuldade hoje já não tem mais. Hoje as pessoas já ficam sentadas ali, já param ali no portão, antigamente passavam ali no portão e olhavam com maus olhos, olhava de cara feia, hoje não tem mais isso. Eu acredito que onde havia um preconceito com os usuários e hoje já não tem tanto.

Para o conhecimento da dinâmica social são de fundamental importância a identificação e localização dos objetos do espaço, os usos que a população faz e sua relevância para os fluxos das pessoas e de matérias. Os aspectos subjetivos do processo de construção do território incluem, enquanto dimensões essenciais e complementares, a vivência e a percepção. Afetividade e referências de identidade socioculturais marcam a percepção do espaço. (MONKEN et al, 2008)

Dito isso, vale questionar se essa mudança na forma como a comunidade vê a UAA foi influenciada pela configuração de como o próprio território foi se estruturando. Lembrando que essa é uma região com muitos serviços de saúde mental, então o que seria uma “unidade de saúde comum” para esses moradores?

Também vale questionar se o olhar da comunidade sobre a UAA tem influência na relação dos acolhidos com o território. Assim como é importante pensarmos como a existência de serviços voltados para usuários de drogas afetam a percepção da comunidade onde estão inseridos.

Para a reflexão sobre essas questões é preciso ter em mente que a forma de se relacionar com esses usuários é socialmente construída. Assim a dimensão sociocultural do processo de reforma psiquiátrica pode contribuir para o entendimento de como a sociedade se relaciona com

as pessoas em sofrimento mental, e também das possibilidades da construção de outras formas dessa relação.

Pensar em como a UAA interfere na dimensão sociocultural a partir de sua inserção nesse território se constitui em uma importante questão, mas por ainda ser um serviço recente e com poucos estudos a seu respeito, não temos elementos suficientes para abordá-la.

É comum pessoas irem pedir informações, algumas chegam a confundir a UAA com o CAPS AD. Outra forma pela qual a comunidade acessa a UAA é para falar de situações que envolvam os acolhidos, para comunicar ou avisar sobre algum acontecimento que acreditam que seja importante ser transmitido para os profissionais.

Esse convívio com a comunidade do entorno é necessário para estabelecer e manter uma relação que visa potencializar a rede de parcerias da UAA, ampliar as formas de cuidado aos usuários, assim como se colocar como um ponto de apoio para a comunidade no que diz respeito ao uso de drogas.

Uma breve ilustração da importância dessa relação pode ser observada em um caso no qual a vizinha da UAA foi avisar a equipe que um acolhido estava numa rua, a duas quadras da unidade, alcoolizado e se jogando na frente dos carros. Em vista disso a equipe se organizou para que dois profissionais fossem até o local indicado pela vizinha. Quando chegaram ao local havia uma ambulância que ajudou na avaliação inicial e na condução do usuário até o CAPS AD, onde foram realizados procedimentos para desintoxicação, dando seguimento aos cuidados.

Essa característica territorial da UAA aumenta as possibilidades de trocas assim como articulações com diferentes atores da comunidade, o que também gera questionamentos e conflitos de diversas ordens. Saraceno (2001) diz que o conflito em si também é recurso para o serviço de saúde, por isso faz-se importante pensar na criação de condições para a expressão de conflitos e para sua superação, não o seu silenciamento.

4.6 – A ATUAL CONJUNTURA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E SEUS IMPACTOS SOBRE A UAA

Desenvolvemos um item específico sobre o impacto da conjuntura atual sobre a estrutura e dinâmica da UAA.

Já houve a possibilidade de agendamento de carro institucional para saídas com acolhidos três vezes na semana, esse recurso era dividido com os CAPS do bairro, porém, deixou de estar

disponível após mudanças no convenio entre a prefeitura e a empresa que prestava o serviço. A unidade também utilizava cartões de passagens de ônibus, dividindo esse recurso apenas com o CAPS AD.

Sem carro institucional e com os cartões de ônibus com recargas irregulares, a unidade passa por períodos sem ter transporte para saídas com acolhidos, nem para os profissionais irem a reuniões e fóruns; o que afeta o trabalho no território, e por consequência, a articulação de rede. Essa conjuntura expõe a instabilidade sobre a continuidade desses recursos. Em alguns momentos, os profissionais optam por pagar com o próprio dinheiro, as passagens de ônibus para saírem com os acolhidos.

Com dificuldades para o transporte, o trabalho de articulação segue intensificado via contatos telefônicos, quando é possível. Há registros de inúmeros contatos telefônicos para esse fim, porém o telefone é outro recurso que sofre instabilidade. Novamente alguns dos profissionais usam seu próprio telefone para dar continuidade ao trabalho.

Diante desse contexto, a equipe se organiza e mobiliza os usuários para participação em atos, audiências públicas e eventos sobre mudanças nas políticas de saúde mental, e precariedade dos serviços de saúde. A partir de 2017 observamos o aumento desse tipo de relato, onde a limitação de recursos está relacionada a diminuição dos investimentos na área, atraso nos repasses para pagamentos de convênios, que incluem salários, manutenção dos serviços, alimentação do usuários, assim como contratos de vigilância patrimonial, limpeza,...

Vasconcelos (2016) destaca algumas características do processo e das condições de trabalho nas políticas sociais e particularmente no setor saúde e saúde mental, nas conjunturas de crise e recessão:

- as diferentes formas mais objetivadoras de conhecimento científico e técnico que incidem sobre o trabalho em saúde e saúde mental, limitando abordagens mais críticas, ou compreensivas, contínuas no tempo e multidimensionais;
- a privatização, terceirização, precarização e descontinuidade das relações de trabalho, com lógica lucrativa, gerencial e alienada das relações e dos direitos do trabalho, gerando quebra frequente dos vínculos clínicos e do cuidado com os usuários;
- a perda salarial, a intensificação do trabalho e o produtivismo no setor público de saúde;
- a gestão mais autoritária do processo de trabalho, com demissões a qualquer momento, assédio moral, impossibilidade de atividades sindicais nas

empresas terceirizadas, inexistência de planos de cargos e salários, gerando mais estresse e episódios de *burn out* entre os trabalhadores;

- a crescente predominância dos interesses das empresas de serviços de saúde, da indústria de equipamentos médicos, de exames laboratoriais e de imagem e dos laboratórios farmacêuticos no diagnóstico e tratamento das doenças;
- o estímulo a crescente corporativismo que incide sobre o trabalho dos profissionais; etc. (VASCONCELOS, 2016 p100)

Nesse período encontramos muitos relatos de “equipe reduzida”, que é quando um ou mais funcionários não vão trabalhar naquele dia, o que impossibilita alguns acompanhamentos de acolhidos em ações no território e interfere na dinâmica do trabalho como um todo. Seja falta sem justificativa ou atestado médico, é essencial atentarmos para a saúde e saúde mental dos próprios funcionários da UAA.

Como já foi dito, essas condições de funcionamento impactam objetiva e subjetivamente esses profissionais que precisam manejar cotidianamente situações limites na unidade.

Ainda como um esforço da dessa equipe, na busca por ampliar as discussões e compreender melhor as mudanças no cenário das políticas de saúde mental, parte dos profissionais se dedicaram a um grupo de estudos na UAA. O grupo acontecia semanalmente duas horas antes da reunião de equipe.

4.7 – LIMITES E POTENCIALIDADES

Nessa seção iremos trazer uma síntese com os principais limites e potencialidades da UAA estudada, tendo como referências os princípios da Reforma Psiquiátrica, assim como os documentos que norteiam e regulam o funcionamento das UAAs.

No Brasil, a partir do movimento de desinstitucionalização ganham força as estratégias de superação do modelo asilar e assim surgem diversas experiências de serviços de saúde substitutivos a internação psiquiátrica. Na década de 1990 surgem experiências concretas de dispositivos extra-hospitalares visando à reinserção social dos egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Após promulgação da lei 10.216, em 2001, o redirecionamento do modelo assistencial contou com diferentes serviços substitutivos, como os CAPS, os Centros

de Convivência e de Lazer Assistidos, as Cooperativas de Trabalho Protegido e os SRT. (FONSECA, 2005)

No entanto, essas experiências estavam direcionadas para pessoas com transtorno mental. Já referimos que a saúde pública brasileira demorou muito em se ocupar da maneira devida com os graves problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, deixando uma lacuna na qual as CTs cresceram.

Para Rameh-de-Albuquerque (2008) apesar de todo o avanço na recente história da construção da política de AD no Brasil, as ofertas terapêuticas destinadas aos usuários de drogas ainda se baseiam nas sanções penais ou em diagnóstico de doença mental, resultando em muitos encarceramentos e regimes fechados de tratamento.

Com a proposta de um serviço diferenciado na atenção aos usuários de AD, são criadas as UAs, que trazem um novo diálogo possível na atenção para esses usuários. A UAA surge em 2012, enquanto um modelo residencial transitório na área da saúde mental. Por ser um serviço de base territorial, um de seus objetivos é manter o usuário em sua rede de relações sociais e referências subjetivas. Observamos que as UAs funcionam como um espaço intermediário entre um serviço de saúde mais fechado (como internação hospitalar) e um serviço mais aberto (como o CAPS AD), ampliando sua função para, além do espaço de tratamento, sendo também um espaço de proteção.

Rameh-de-Albuquerque (2008) afirma que uma grande parte da população usuária de drogas, que busca algum tipo de tratamento, encontra-se muitas vezes com dificuldade de lidar com a possibilidade do consumo, ou, precisa de um tempo de readaptação para fortalecer sua escolha, seja de manter-se em abstinência ou de reduzir o uso. Penso que seja mais que isso, é o processo de construção de outra relação com a droga e com as questões envolvidas no seu uso. A UAA fornece tempo e espaço para esse processo para aqueles que vêm encontrando dificuldades de diversas ordens.

A maior parte dos entrevistados considera as UAAs como um espaço intermediário entre o CAPS AD e a comunidade propriamente dita, no sentido de serem um espaço especializado e protegido.

Contudo, as UAAs são recentes e ainda existem poucas unidades, isso implica em que haja pouco conhecimento da rede de saúde sobre esse serviço, o que podemos entender como um limite. O acesso a unidade é afetado por essa questão, assim como por entendimentos equivocados do que vem a ser a unidade. Também é importante pensarmos que a comunidade conhece pouco sobre a UAA. Carlos em sua fala aponta que:

Muitas pessoas não conhecem esse serviço, não chegou a muitas famílias esse conhecimento, que existem os CAPS e que existem as Unidades de Acolhimento. Então muitas pessoas estão morrendo na rua por falta de conhecimento. Por falta dos órgãos competentes de divulgarem o serviço.

Carlos ainda fala que as UPAs, as Clínicas da Família e os hospitais nem sempre orientam os usuários de drogas que chegam nesses serviços a procurar o CAPS AD, e continua:

A UAA e o CAPS fazem parte da minha vida. Eu falo pra minha esposa que o CAPS e a UAA são a extensão da minha casa. Porque se eu não lutar por isso, se eu parar meu tratamento, eu vou voltar a usar droga, e isso vai me acabar. Eu queria que ficasse frisado esse comentário que eu estou te falando, eu queria que tivesse mais visibilidade, que as pessoas pudessem descobrir, que as famílias pudessem saber, porque tem muitas famílias que estão sofrendo e não conhecem esse tipo de serviço.

Sobre as indicações de entrada no acolhimento, é primeiro colocado que o usuário não deve estar em crise, entende-se que ele deva estar em uma condição mais estável. O CAPS AD é o local para o acolhimento da crise. Na UAA o PTS exigirá um pouco mais do usuário, pela estrutura da unidade, pela circulação no território, pelos acordos e pactuações que podem ser construídos. Estar acolhido na UAA envolve uma maior responsabilização sobre seus atos, é ter que se haver aos poucos com suas próprias questões sem estar num lugar de acolhimento a crise, é se deparar com limites que não são impostos, e são flexíveis.

A Portaria nº121/2012 e a Nota Técnica N°41/2013 são os documentos que norteiam o trabalho da UAA, permitem certa flexibilidade à unidade. A UAA estudada apresenta autonomia maior do que está descrito nos referidos documentos, no que tange sua participação no processo de discussão para o acolhimento. Nessa UAA é possível propor novas discussões para se avaliar melhor o caso, assim como propor avaliação conjunta para os casos que demandem algum tipo de cuidado diferenciado, ou até mesmo negar indicação de acolhimento, se porventura, a equipe avaliar alguma característica que impossibilite seu acolhimento. A maior participação da equipe da UAA na definição de um acolhimento e na montagem do PTS traz potencialidades para o trabalho, como a construção mais qualificada do PTS durante o período de acolhimento, e maior aproximação entre os profissionais dos dois serviços a partir das demandas de cada caso.

Nas experiências similares a UAA, citadas no começo dessa dissertação, constatamos um rigor maior nos critérios de admissão dos usuários, como: não apresentar transtornos psíquicos e/ou clínicos que interferissem no projeto terapêutico, e a obrigatoriedade de residir na mesma região da unidade. Também foi observada uma série de dificuldades para a aplicação das estratégias de redução de danos. (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE 2008; MEDEIROS, MEDEIROS, VENTURA, 2017)

A partir das entrevistas podemos observar que os usuários não nomeiam a experiência do acolhimento na UAA como ‘estando em casa’, mas diferenciam facilmente a UAA dos espaços de abrigos vinculados a assistência social e CTs, principalmente pela forma de organização da circulação no território, e pela adoção da redução de danos.

Carlos fala sobre a idéia da UAA como um espaço transitório, e de seu processo de encerramento do acolhimento, a insegurança ao pensar em sair e voltar a usar drogas chegando novamente a morar na rua:

Minha idéia era ficar no acolhimento, passar um período, mas não morar, não levar a Unidade de Acolhimento como se fosse a minha casa. Minha intenção era reconstituir a minha vida. Voltar à sociedade, tentar ter uma família, a ter contato com minha família, isso é o que eu mais queria. Mas eu tinha um grande receio porque eu usava uma droga que é muito forte.

Há um equívoco em imaginar que a Redução de Danos exclui a abstinência. A Redução de Danos não tem como objetivo a abstinência, mas ela pode ter a abstinência como uma de suas estratégias. O objetivo da RD é a melhoria da qualidade de vida. Para alguns será abstinência, para outros não. A lógica da RD se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo, ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas.

Com isso podemos refletir que o tratamento de usuários de AD envolve questões vinculadas a fatores econômicos e socioculturais, fazendo-nos apontar a necessidade de articular uma rede mais ampla de atenção e cuidado. O que representa outra potencialidade do modelo de cuidado proposto pela UAA, uma vez que direciona para a criação de novos espaços de referência para o usuário assim com novos espaços de trocas.

Ser um serviço inserido no território é entendido como potencialidade por permitir maior integração com a comunidade, pela construção de novas formas de relação da sociedade com a

problemática do uso de drogas, e também pela ampliação das possibilidades de troca, relacionado ao poder de contratualidade do usuário e sua reinserção social. A relação com o território possibilita uma infinidade de articulações entre a UAA, o usuário e a comunidade.

O serviço é, portanto, o conjunto dos lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis que se encontram à disposição de uma população de usuários em um lugar geográfico. Bachrach cita entre as características de um bom serviço, a 'flexibilidade' e a 'diversificação' (Bachrach, 1991), a partir, na verdade, de uma crítica ao serviço como produtor de uma oferta fechada à qual o paciente deve se adaptar, sob pena de expulsão. (SARACENO, 2001 p.96)

Para Saraceno (2001), a integração interna de um serviço, ou seu estilo de trabalho, é o conjunto de suas estratégias organizativas e afetivas. Um serviço pode sistematizar seus recursos afetivos e materiais de forma a adaptar continuamente as demandas recebidas a uma organização pré-formada; é o caso de serviços em que o profissional realiza tarefas definidas e estereotipadas, envolvendo o mínimo de afetividade e conhecimento. Para o autor, o bom serviço é aquele com o estilo de trabalho que expressa alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, com seus recursos sempre disponíveis, as atribuições flexíveis e a organização orientada às necessidades do usuário e não às do serviço.

Na dinâmica da unidade de acolhimento, o fato de não existir uma grade de atividades pré determinadas permite que as demandas de cada acolhido se apresentem a partir do cotidiano na UAA. Também no sentido de valorizar a singularidade do cuidado, é importante destacar o fato de a unidade ter 15 vagas para acolhimento, o que garante mais atenção para cada acolhido e evitando fatores de amontoamento. De acordo com Fischer (1994) o amontoamento implica em sentimento de falta de controle, sensação de insegurança, pode apresentar sentimento negativo ligado a sensação de intromissão de espaço pessoal, e também pode estar relacionado ao amontoamento o sentimento de perda de liberdade.

Existem dificuldades de ordem prática que afetam a dinâmica das UAAs, como por exemplo, o desconhecimento da natureza do serviço, sua fragilidade enquanto um serviço novo, com uma proposta pouco discutida junto aos trabalhadores da saúde mental e ainda questões de ordem mais estrutural como a cozinha. A forma como a cozinha está estruturada, sem que as refeições sejam preparadas na UAA, representa uma limitação das possibilidades de trabalhar a autonomia em um espaço que se pretende residencial, assim como traz limitações quanto as formas de apropriação do espaço, gerenciamento sobre ele. Para que essa situação mude serão

necessárias mudanças no convênio da prefeitura com a empresa que presta o serviço de alimentação, assim como precisaria de adaptações na cozinha da UAA. A maneira atual de funcionamento foi uma organização possível em um contexto onde outros serviços de saúde da região já funcionavam desta forma no que diz respeito às refeições.

Uma vez que não é permitido o uso de álcool nem de drogas ilícitas na UAA e que alguns acolhidos não interrompem o uso, sabe-se que eles vão a algum outro lugar do território para fazê-lo. Às vezes fazem uso na unidade, o que é manejado por meio de conversas e novos acordos. Não existem advertências nem nenhum outro tipo de sanção administrativa como punição. Caso o uso esteja afetando o seguimento do PTS, o caso deve ser rediscutido com o CAPS para pensar em reformulações no projeto, podendo inclusive haver indicação de acolhimento no leito do CAPS AD.

Outro ponto que merece destaque sobre os acolhidos, é que muitos apresentam comorbidades, geralmente algum tipo de transtorno mental, além do uso de drogas. O que pode ser entendido como sendo os casos com dificuldade no acompanhamento para o CAPS AD que lança mão do recurso da UAA. Mas também observamos que em vários desses casos as questões que levaram ao acolhimento não são em decorrência do uso de drogas.

Somado a esses fatos, também são solicitados acolhimentos para usuários que não tem qualquer relação como uso prejudicial de álcool e drogas, solicitações feitas não só pelo CAPS AD vinculado a UAA, mas por diferentes serviços da RAPS. Como mostramos, 20% dos acolhimentos nesses cinco anos de funcionamento foram solicitados por CAPS de outras regiões, incluindo indicações para acolhimento feitas em parceria com clínicas da família, consultório na rua, e alguns hospitais. Isso nos mostra o entendimento que a rede de saúde tem sobre a UAA, a partir das demandas que fazem.

A UAA é um componente da RAPS, e enquanto serviço dessa rede é importante acolher as demandas mesmo de diferentes territórios, visando ampliar o acesso a UAA, dar mais visibilidade a unidade, proporcionar suporte para a rede de saúde na direção de sustentar o cuidado no território. Esses são pontos vistos como potencialidades na prática de acolher casos de territórios distintos e com demandas não necessariamente ligadas ao uso de drogas. Porém esses mesmos pontos podem representar limitações no que se propõe a UAA, pois a distância física do território de referência do acolhido pode apresentar dificuldades no processo de reinserção social e enfraquecer alguns vínculos. Além disso, por mais que se reconheçam benefícios em acolhimentos de pessoas com transtorno mental que não tenham necessidades decorrentes do uso de drogas, isso descaracteriza a UAA enquanto um serviço voltado para a questão AD.

Esses são pontos que precisam de maior atenção e discussão junto a rede de saúde mental, principalmente num cenário de disputas onde discursos manicomiais e proibicionistas vem ganhando espaço.

Ao longo dos anos de funcionamento, a equipe da UAA foi discutindo desde a compreensão teórica sobre Redução de Danos, atenção psicossocial, reforma psiquiátrica, até as questões de cunho mais prático, normas e regras internas, o que dificultava ou ajudava aos usuários acolhidos, o que facilitava ou não a melhoria de sua qualidade de vida. E nesse processo foi desenvolvendo sua forma de atuação junto aos usuários, a comunidade e a rede intersetorial. É um processo contínuo, que segue em andamento, com reconhecimento de avanços e clareza de que tem muito ainda a ser feito.

Este é um momento de extrema importância para uma avaliação do serviço, da experiência da UAA e dos caminhos que foram traçados, pois se faz necessário pensar em estratégias que garantam o cuidado em liberdade no território e a Redução de Danos como direção desse cuidado. O contexto geral de crise econômica e política, os retrocessos nos direitos e nas políticas sociais, nos convoca a pensar em táticas de resistência.

A UAA implica na criação das mais diferentes estratégias para o tratamento das questões relacionadas ao uso de álcool e drogas, uma vez que enfrenta problemáticas do ‘estar em’ e do ‘habitar’ não somente em uma casa, mas também na cidade, daqueles afetados mais diretamente pela desigualdade e a marginalização. Sua característica territorial busca o enriquecimento da rede social do usuário e o aumento de possibilidades de trocas, assim como articulações com diferentes atores da comunidade, gerando debates e questionamentos de todas as ordens.

Como um componente residencial transitório da RAPS, o destaque no ‘residencial’ da UAA marca seu afastamento de uma lógica hospitalar que pressupõe atitudes prescritivas e o controle da subjetividade, e apesar disso, a unidade dá suporte a várias questões que demandam uma organização institucional. Assim, vai se construindo a dinâmica da UAA, entre o residencial e o institucional. Já o ‘transitório’ faz menção a passagem de tempo, marcando que a permanência nessa unidade não deverá ser indefinida. O intervalo de tempo que se passa em acolhimento na UAA não é mais importante do que a indicação para se estar no acolhimento, que é o que se deve privilegiar.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa se propôs a desenvolver um estudo de caso exploratório sobre uma Unidade de Acolhimento Adulto, localizada no estado do Rio de Janeiro, a partir de sua estrutura, dinâmica, da sua relação com o território e de seus limites e potencialidades. Buscou-se para tal, descrever o espaço físico, sua organização interna, possíveis mudanças ao longo do tempo de funcionamento, as relações que se constroem durante o acolhimento, a configuração da equipe, a forma como o espaço da UAA é ocupado pelo usuário e o que esse serviço possibilita ou restringe, a relação com a comunidade onde está inserida. É importante localizar a UAA enquanto um serviço de saúde de caráter residencial transitório destinado aos usuários de álcool e/ou outras drogas, pautado pela atenção psicossocial e pela redução de danos.

O uso prejudicial de drogas é um campo permeado de muitas disputas, sejam políticas, acadêmicas ou técnicas, que vêm se intensificando em meio a movimentos de desmonte da política pública de saúde mental. Importantes discussões têm sido levantadas a respeito do apoio e o financiamento que instituições como as “Comunidades Terapêuticas” têm recebido. Essas instituições em geral se baseiam no isolamento e na imposição da abstinência para o usuário de drogas. Uma crítica feita a essas instituições é a utilização da problemática do uso de drogas para legitimar a internação prolongada, típica da cultura manicomial.

O objetivo maior dessa pesquisa foi dar visibilidade a um tipo de serviço saúde, bastante desconhecido pela população em geral, e mesmo por profissionais de saúde. O que se torna ainda mais importante considerando o contexto atual, já apresentado, entendendo a UAA como um serviço que pode fazer frente ao crescimento das CTs.

Com a proposta de um serviço diferenciado na atenção aos usuários de álcool e/ou outras drogas, a UAA traz um novo espaço possível para o cuidado desses usuários. Por ser um serviço de base territorial, um de seus objetivos é manter o usuário em sua rede de relações sociais e referências subjetivas. Os resultados da pesquisa apontam que a UAA funciona como um espaço intermediário entre o CAPS AD e a comunidade propriamente dita, no sentido de ser um espaço especializado e protegido.

A partir das entrevistas, podemos observar que os usuários não nomeiam a experiência do acolhimento na UAA como ‘estando em casa’, mas diferenciam a UAA dos espaços de abrigos vinculados a assistência social e CTs facilmente, principalmente pela forma de organização da circulação no território, e pela adoção da redução de danos.

Ser um serviço inserido no território permite maior integração com a comunidade, pela construção de novas formas de relação da sociedade com a problemática do uso de drogas, e

também pela ampliação das possibilidades de troca, relacionado ao poder de contratualidade do usuário e sua reinserção social. A relação com o território possibilita uma infinidade de articulações entre a UAA, o usuário e a comunidade.

A prática de acolher casos de territórios distintos e com demandas não necessariamente ligadas ao uso de drogas aparece enquanto uma estratégia para ampliar o acesso a UAA, dar mais visibilidade à unidade e proporcionar suporte para a rede de saúde na direção de sustentar o cuidado no território. Porém, pode representar limitações no que se propõe a UAA, pois a distância física do território de referência do acolhido pode apresentar dificuldades no processo de reinserção social e enfraquecer alguns vínculos. Além disso, por mais que se reconheçam benefícios em acolhimentos de pessoas com transtorno mental que não tenham necessidades decorrentes do uso de drogas, isso descaracteriza a UAA enquanto um serviço voltado para a questão AD. Esses são pontos que precisam de maior atenção e discussão junto a rede de saúde mental, principalmente num cenário de disputas, no qual discursos manicomiais e proibicionistas vem ganhando espaço.

O contexto geral de crise econômica e política, os retrocessos nos direitos e nas políticas sociais, nos convoca a pensar em táticas de resistência. Este é um momento de extrema importância para uma avaliação do serviço, da experiência da UAA e dos caminhos que foram traçados, pois se faz necessário pensar em estratégias que garantam o cuidado em liberdade no território e a Redução de Danos como direção desse cuidado.

A UAA implica na criação das mais diferentes estratégias para o tratamento das questões relacionadas ao uso de álcool e drogas, uma vez que enfrenta problemáticas do ‘estar em’ e do ‘habitar’ não somente em uma casa, mas também na cidade, daqueles afetados mais diretamente pela desigualdade e a marginalização. Sua característica territorial busca o enriquecimento da rede social do usuário e o aumento de possibilidades de trocas assim como articulações com diferentes atores da comunidade, gerando debates e questionamentos de todas as ordens.

Como um componente residencial transitório da RAPS, o destaque no ‘residencial’ da UAA marca seu afastamento de uma lógica hospitalar que pressupõe atitudes prescritivas e o controle da subjetividade, apesar disso, a unidade dá suporte a várias questões que demandam uma organização institucional. Assim, vai se construindo a dinâmica da UAA, entre o residencial e o institucional. Já o ‘transitório’ faz menção a passagem de tempo, marcando que a permanência nessa unidade não deverá ser indefinida. O intervalo de tempo que se passa em acolhimento na UAA não é mais importante do que a indicação para se estar no acolhimento.

Essa pesquisa propôs a desenvolver um estudo de caso exploratório sobre uma Unidade de Acolhimento Adulto, com intuito de fornecer maior qualidade e contextualização à produção

de conhecimento sobre a mesma. Dessa forma acreditamos ter cumprido o objetivo maior desta dissertação, contribuindo para dar visibilidade a esse tipo de serviço de saúde.

Dada a complexidade do objeto e a carência de tempo em uma dissertação, diversos pontos levantados nesse estudo não puderam ser aprofundados. O que aponta para a necessidade de continuidade de estudos relativos à temática.

REFERÊNCIAS

ALAMI, S. **Os Métodos Qualitativos** / Sophie Alami, Dominique Desjeux, Isabelle Garabuau-Moussaoui; tradução de Luis Alberto S. Peretti. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010

AMARANTE, P. (org.), **Loucos pela vida: Trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995

AMARANTE, P. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

ASSIS, J. T.; BARREIROS, C. A.; JACINTO, A. B. M.; KINOSHITA, R. T.; MACDOWELL, P. L.; MOTA, T. D.; NICÁCIO, F.; SCHORN, M. C.; SOUZA, I. S.; TRINO, A. T, **Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes**. Divulgação em Saúde para Debate. RIO DEJANEIRO, N. 52, P. 88-113, Out 2014

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **OF. 068/17/ABP/SEC.** (Considerações e recomendações). Brasília, 2017.

BARROSO S.M., BANDEIRA M, NASCIMENTO E. **Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública**. Rev Psiquiatr Clín. 2007;34(6):270-7. 2007

BOURDIEU, P. (Coord.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 121, de 25 de Janeiro de 2012**. Brasília (DF), 2012.

_____. Ministério da Justiça. **Resolução CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018**. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD - Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília, DF, 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466/12**. Brasília, DF, 2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 510/16**. Brasília, DF, 2016.

_____. **Lei n° 10.216 de 21 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. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 21 maio 2013

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 816, de 30 de abril de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017**. Institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília – DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília–DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 41, de 2013**. Esclarecimentos e Orientações a respeito da republicação da Portaria n.º 121, de 25 de janeiro de 2012, republicada no Diário Oficial da União, dia 21 de maio de 2013, n.º 96, seção 01, página 41. Brasília, DF, 2013.

_____. **Resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 14 dez. 2017. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx> . Acesso em: 18 jan. 2018.

CELLARD, A. **Análise documental**. In A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CLEMENTE A, LAVRADOR, M.C.C, ROMANHOLI, A.C. **Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES**. Polis Psique. 2013; 3(1):80-99.

COLVERO, L.A., Ide, C.A.C., Rolim, M. A. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Rev Esc Enferm USP; 38(2):197-205. 2004

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

COSTA, f. **Milícias no Rio de Janeiro: o que são e como agem essas facções criminosas**. Do UOL, no Rio - 16/04/2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/04/16/milicias-no-rio-de-janeiro-o-que-sao-e-como-agem.htm>> Acesso em 03 de janeiro 2019.

DIAS, A. I. S. **Políticas de saúde mental e os efeitos da emergência da Agenda de Álcool e Outras Drogas: o caso do estado do Rio de Janeiro**. 2014. 121 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

FISCHER, Gustave-N. **Psicologia Social do Ambiente**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

FONSECA, M.L. **O debate sobre o destino dos egressos de longas internações psiquiátricas: o caso do Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS)**. Dissertação: Fiocruz, 2005.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1991 [1972]

FRARE, A P. **No litoral da Casa e do Serviço A Psicanálise no Serviço Residencial Terapêutico** - Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012

FURTADO, J. P., ODA, W. Y., BORYSOW, I. C., KAPP, S. **A concepção de território na Saúde Mental**. Cad. Saúde Pública [online]. 2016, vol. 32, n.9, e00059116. Epub Oct 10, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00059116>>. Acesso em: 21 de jan. de 2018.

GIL, A C. **Estudo de Caso**. – São Paulo: Atlas, 2009

GONÇALVES, A.M, SENA, R.R. **A Reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.9 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200007>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota Técnica - Número 21**. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília: Ipea, 2017.

LIMA, EMFA, YASUI, S. **Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial**. Saúde Debate 2014; 38:593-606.

LORDELLO & SILVA. **Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde: Um panorama Geral**. Revista da SPAGESP, 18(2), 6-15. São Paulo, 2017

MACEDO, J. P. et al . **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Saúde soc., São Paulo , v. 26, n. 1, p. 155-170, Mar. 2017 .

MARIANO, Cynara Monteiro. **Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre**. Revista de Investigações Constitucionais, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MARTINEZ, M. M. **Redes do cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas** - Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2016

MEDEIROS, C. R. A. **A reinserção social de usuários de crack e outras drogas sob o olhar dos profissionais da rede de atenção da Paraíba**. 2015. 167 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015

MEDEIROS, P. F. P. de; MEDEIROS, F. F. P. de; VENTURA, C. A. A. **Avaliação da adequação do Serviço Residencial Transitório para o cuidado dos usuários de álcool e outras drogas no município de Recife**. In: Experiencias de formación en investigación con el tema sustancias psicoactivas[S.l: s.n.], v. 3. , 2017.

MENEZES, L. F. **Entre a saúde e a repressão - políticas públicas na região da 'Cracolândia' SP** – Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública USP, São Paulo, 2016

MONKEN, M. et.al. **O território em saúde: construindo referenciais para análise em saúde e ambiente**. In: MIRANDA, A.C., et,al. (org.). Territórios, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pag. 23-41, 2008

NEVES, A G S. **As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015**. Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018

OLIVEIRA, A. **Os recusados: uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da saúde mental**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

PASSOS, E. H. & SOUZA, T. P. **Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra as drogas”**. In *Psicologia & Sociedade*; 23 (1): 154-162, 2011

PEREIRA, R.C. **Lugar de louco é no Hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica**. In Venâncio, A.T., (org.), Leal, E.M., (org.), Delgado, P.G., (org.). *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Cora Editora, 1997

POUPART et al. **A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas** . In *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. **Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RODRIGUES, C. C. O.; BELLO, P. A.; SILVA, M. J. S. **O início, os meios e fins da Unidade de Acolhimento Adulto da RAPS de Campinas/SP: Um relato de experiência**. In: 6º Congresso Internacional da ABRAMD: Drogas e Autonomia - Ciência, Diversidade, Política e Cuidados, 2017, Belo Horizonte. Anais do 6º Congresso Internacional da ABRAMD: Drogas e Autonomia - Ciência, Diversidade, Política e Cuidados, 2017.

RODRIGUES, T. **Tráfico, Guerra, Proibição**. In: LABATE, B.C. et.al. (org.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008.

ROTELLI, F.; LEONARDI, O. & MAURI, D. **Desinstitucionalização uma outra via**. In NICÁCIO, F. (org) *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 2001

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez; 2003.

SANTOS, M. **O retorno do território**. In: SANTOS. M.; SOUZA, M.A.A.; SILVEIRA, M.L.; org. *Território, Globalização e Fragmentação*, São Paulo, Hucitec, p. 15-20, 1998.

SARACENO, B. **Libertando Identidades. Da reabilitação social à cidadania possível**. Tradução de Lucia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora/ Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte / Rio de Janeiro, 2ª edição, 2001

SCHENKER, M. **Valores Familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Rio de Janeiro. 2008.

SCHRANK, G. **O Centro de Atenção Psicossocial e a Inserção da Família**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2006.

SOARES, C.B. **Família e desinstitucionalização: O impacto da representação social e da sobrecarga familiar**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2003

SOUZA, N.P. **O Apoio institucional na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): o caso do estado do Rio de Janeiro**. 2016. 119 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: historia e conceitos**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 25-59, jan. - abr. 2002

VAISSMAN, M; RAMÔA, M; SERRA, A.S.V. **Panorama do Tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro**. In *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32 n. 78-79-80 p.121-132, jan/dez 2008

VASCONCELOS, E M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa** - Petrópolis, RJ: Vozes, 2002

_____. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social. 2016.

VELHO, G. **Observando o familiar**, in _____, *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar. 1981.

ANEXOS

Anexo A

Roteiro para entrevista aberta com usuário que já foi acolhido na UAA:

1. Identificação do usuário
 - a. Idade
 - b. Escolaridade
 - c. Profissão
 - d. Local de residência

2. Sobre a UAA
 - a. O primeiro contato com a UAA.
 - b. Motivos que levaram ao acolhimento.
 - c. Tempo em que ficou no acolhimento.
 - d. Rotina na UAA.
 - e. Relação com profissionais de equipe.
 - f. Relação com os outros acolhidos.
 - g. Conclusão do acolhimento.
 - h. Expectativas e avaliação quanto ao acolhimento na UAA.

3. Relação com o território
 - a. Tempo de moradia em Jacarepaguá.
 - b. Acesso a outros serviços de saúde, enquanto estava acolhido.
 - c. Acesso a serviços da assistência social, educação, cultura, lazer, durante o período em que estava acolhido.
 - d. Circulação no território durante o acolhimento.

Anexo B

Roteiro para entrevista aberta com profissional da RAPS

1. Identificação do profissional
 - a. Idade
 - b. Escolaridade
 - c. Tempo de trabalho em serviço da RAPS
 - d. Local de moradia

- 2 Sobre a UAA
 - a. Indicação e entrada para acolhimento na UAA.
 - b. Motivos que levam ao acolhimento.
 - c. Rotina da UAA.
 - d. Manejo quanto ao uso de drogas.
 - e. Conclusão do acolhimento.

- 3 Relação com o território
 - a. Articulação com outros serviços de saúde.
 - b. Articulação com serviços da assistência social, educação, cultura, lazer.
 - c. Circulação no território durante o acolhimento.
 - d. Ações para promoção de reinserção e reabilitação do acolhido
 - e. Dificuldades na relação com o território.

Anexo C

Roteiro para análise documental sobre funcionamento e dinâmica da UAA

- Documento: livro de ocorrências da unidade

Período de coleta: de agosto de 2013 a agosto de 2018.

1) Identificação do documento:

Data:

Local

Autor/ Instituição

Assunto:

2) Variáveis:

- Organização da rotina da unidade e normas de convivência;
- Organização da equipe;
- Atividades internas;
- Atividades no território;

- Documento: atas de reuniões de equipe

Período de coleta: de agosto de 2013 a agosto de 2018.

1) Identificação do documento:

Data:

Local

Autor/ Instituição

Assunto:

2) Variáveis:

- Estrutura de reuniões de equipe;
- Indicações para acolhimento na unidade;
- Recursos materiais da unidade;
- Relação com os caps;
- Relação com outras instituições;

- Documento: “censo diário”

Período de coleta: de agosto de 2013 a agosto de 2018.

1) Identificação do documento:

Data:

Local

Autor/ Instituição

Assunto:

2) Variáveis:

- Perfil das pessoas que passaram pelo acolhimento (sem a identificação das mesmas):

Gênero,

Idade,

Substância(s) psicoativa de que faz uso,

Tempo de acolhimento na UAA,

Se há comorbidades clínicas ou psiquiátricas,

Território de moradia,

Anexo D

Roteiro para observação participante na Unidade de Acolhimento selecionada

- Organização interna da UAA (organização do processo de trabalho, atuação dos profissionais, relação entre a equipe);
- Processo para realização do acolhimento (discussão de caso com equipe do CAPS, construção do projeto terapêutico, a chegada do usuário na unidade);
- Dinâmica da unidade (atividades diárias, relação entre acolhidos e profissionais, normas de convivência);
- Atividades externas (relação com outras instituições, acompanhamento territorial de usuários, relação com a comunidade);
- Relação com os familiares dos acolhidos;
- Situações de adversidades (por exemplo, quando o acolhido apresenta sinais de intoxicação, abstinência, agitação psicomotora,...)
- Se existe ou não algum tipo de relação entre a unidade e o usuário após o término de seu acolhimento;



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Cuidado no Território aos Usuários de álcool e Outras Drogas: Unidade de Acolhimento Adulto, um Serviço Residencial Transitório”, desenvolvida por Amanda Lima Macedo de Almeida, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dra. Marize Bastos da Cunha.

O objetivo dessa pesquisa é desenvolver um estudo de caso exploratório sobre uma Unidade de Acolhimento Adulto, localizada no estado do Rio de Janeiro, enquanto um serviço de saúde de caráter residencial transitório destinado aos usuários de álcool e/ou outras drogas.

O convite de sua participação se deve a você já ter sido acolhido na Unidade de Acolhimento Adulto estudada. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista a respeito da Unidade de Acolhimento Adulto. Esta entrevista deve ser realizada em local de sua maior conveniência e durará aproximadamente uma hora. Se você permitir, ela será gravada em áudio. E caso você queira, pode nos pedir para interromper a entrevista ou a gravação a qualquer momento. Caso você queira, também poderá solicitar para não ser utilizada qualquer fala sua da gravação.

Esta entrevista será posteriormente transcrita e armazenada, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será armazenado no computador da pesquisadora, protegido por senha, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS 510/2016 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

Os riscos previstos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos. Em função do pequeno número de pessoas que irão compor a pesquisa, e considerando o fato de que sua

participação na localidade pode ser conhecida, não podemos garantir o sigilo quanto a sua participação. Contudo, asseguramos que seu depoimento será trabalhado de forma a não causar danos físicos e morais a você. Por isso não usaremos informações que possam comprometer seu trabalho, sua atuação local e oferecer qualquer risco para você. Em caso de publicações você não será identificado, sendo sempre representado por um nome fictício. Considerando que a estadia na UAA pode envolver sofrimento psíquico e emocional, pode ser que o entrevistado se lembre algum momento de sofrimento. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida imediatamente e só será retomada se for de sua vontade.

As estratégias a serem adotadas pela pesquisadora no caso de ocorrer constrangimentos ou desconfortos de diferentes dimensões na aplicação das estratégias metodológicas serão: interromper a entrevista e somente retomá-la se for da vontade do participante; assegurar que se o entrevistado quiser retirar parte ou toda sua fala, será retirada da pesquisa. E visando assegurar aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, e enquanto necessário, a pesquisadora se disponibilizará para a qualquer momento durante ou após a realização da pesquisa, ouvir/atender o participante no que diz respeito a pesquisa ou a questões que venham a surgir a partir da participação na mesma, auxiliando nas possíveis orientações e articulações necessárias.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Se houver algum dano, decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O benefício, direto ou indireto, relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para que os usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, profissionais da rede de saúde e pesquisadores tenham maior acesso ao conhecimento e as informações sobre as Unidades de Acolhimento, assim como, esperamos contribuir com a discussão a respeito das formas de cuidado aos usuários de drogas.

Este documento é feito em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador. Como ele consta de mais de uma folha, é fundamental que todas elas devem ser rubricadas pelo pesquisador e por você. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do responsável principal e do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, para que possa entrar em contato, em qualquer momento, caso seja necessário, e tenha alguma dúvida.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar consulte também a **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401

Centro – RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Amanda Lima Macedo de Almeida (Coordenadora da Pesquisa)
Telefone (21) 2423-2250/ E-mail: amanda_alma@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos e condições da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

- a gravação da entrevista.
 rizo a gravação da entrevista.

Assinatura: _____ Data: _____
(participante da pesquisa)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Cuidado no Território aos Usuários de álcool e Outras Drogas: Unidade de Acolhimento Adulto, um Serviço Residencial Transitório”, desenvolvida por Amanda Lima Macedo de Almeida, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dra. Marize Bastos da Cunha.

O objetivo dessa pesquisa é desenvolver um estudo de caso exploratório sobre uma Unidade de Acolhimento Adulto, localizada no estado do Rio de Janeiro, enquanto um serviço de saúde de caráter residencial transitório destinado aos usuários de álcool e/ou outras drogas.

O convite de sua participação se deve a você ser profissional da Unidade de Acolhimento Adulto estudada. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão utilizadas as estratégias metodológicas de observação participante com registro em diário de campo e entrevistas abertas.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista a respeito da Unidade de Acolhimento Adulto. Esta entrevista deve ser realizada em local de sua maior conveniência e durará aproximadamente uma hora. Se você permitir, ela será gravada em áudio. E caso você queira, pode nos pedir para interromper a entrevista ou a gravação a qualquer momento. Caso você queira, também poderá solicitar para não ser utilizada qualquer fala sua da gravação.

Esta entrevista será posteriormente transcrita e armazenada, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será armazenado no computador da pesquisadora, protegido por senha, por pelo menos

5 anos, conforme Resolução CNS 510/2016 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

Os riscos previstos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos. Em função do pequeno número de pessoas que irão compor a pesquisa, e considerando o fato de que sua participação na localidade pode ser conhecida, não podemos garantir o sigilo quanto a sua participação. Contudo, asseguramos que seu depoimento será trabalhado de forma a não causar danos físicos e morais a você. Por isso não usaremos informações que possam comprometer seu trabalho, sua atuação local e oferecer qualquer risco para você. Em caso de publicações você não será identificado, sendo sempre representado por um nome fictício.

As estratégias a serem adotadas pela pesquisadora no caso de ocorrer constrangimentos ou desconfortos de diferentes dimensões na aplicação das estratégias metodológicas serão: interromper a entrevista e somente retoma-la se for da vontade do participante; assegurar que se o entrevistado quiser retirar parte ou toda sua fala, será retida da pesquisa. E visando assegurar aos participantes da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, e enquanto necessário, a pesquisadora se disponibilizará para a qualquer momento durante ou após a realização da pesquisa, ouvir/atender o participante no que diz respeito a pesquisa ou a questões que venham a surgir a partir da participação na mesma, auxiliando nas possíveis orientações e articulações necessárias.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Se houver algum dano, decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O benefício, direto ou indireto, relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir para que os usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, profissionais da rede de saúde e pesquisadores tenham maior acesso ao conhecimento e as informações sobre as Unidades de Acolhimento, assim como, esperamos contribuir com a discussão a respeito das formas de cuidado aos usuários de drogas.

Este documento é feito em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador. Como ele consta de mais de uma folha, é fundamental que todas elas devem ser rubricadas pelo pesquisador e por você. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço do responsável principal e do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública,

para que possa entrar em contato, em qualquer momento, caso seja necessário, e tenha alguma dúvida.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar consulte também a **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401

Centro – RJ CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Amanda Lima Macedo de Almeida (Coordenadora da Pesquisa)
Telefone (21) 2423-2250/ E-mail: amanda_alma@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos e condições da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

- gravação da entrevista.
 não a gravação da entrevista.

Assinatura: _____ Data: _____
(participante da pesquisa)