

MESTRADO

POLÍTICAS SOCIAIS E DINÂMICAS REGIONAIS

FRANSINÊS TERESINHA SWIB VAZ GROKOSKI

A UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO DE CHAPECÓ NA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: um estudo cartográfico

CHAPECÓ/SC, 2018.

FRANSINÊS TERESINHA SWIB VAZ GROKOSKI

**A UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO DE CHAPECÓ NA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: um estudo cartográfico**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais.

Professora Orientadora: Dra. Irme Salete Bonamigo

G894u Grokoski, Fransinês Teresinha Swib Vaz.
A Unidade de Acolhimento Adulto de Chapecó na rede de atenção psicossocial: um estudo cartográfico. / Fransinês Teresinha Swib Vaz Grokoski; orientadora Dra. Irme Salete Bonamigo. – Chapecó, 2018.
142 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Atenção psicossocial. 2. Política de saúde mental. 3. Substâncias psicoativas. I. Bonamigo, Irme Salete. II. Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Programa de Pós Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. III. Título.

CDD362.82 – 22.ed.



UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ
Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Políticas Sociais e
Dinâmicas Regionais

A UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO DE CHAPECÓ NA REDE
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: um estudo cartográfico

Fransinês Teresinha Swib Vaz Grokoski

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do grau de
Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais
sendo aprovada em sua forma final.

Prof^ª. Irme Salete Bonamigo, Dr^ª. em Psicologia Social
Orientadora

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Marcela Martins Furlan de Léo, Dr^ª. em Enfermagem Psiquiátrica

Prof^ª. Marcia Luiza Pit Dal Magro, Dr^ª. em Psicologia

Prof^ª. Deborah Amorim, Dr^ª. em Serviço Social

Chapecó, 10 de maio de 2018

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Marcos pela paciência, incentivo, colo e abrigo de uma vida. Essa conquista só foi possível com você, meu amor. Obrigada. Te amo!

Aos meus pais aos quais faltam palavras para agradecer pois me ensinaram o valor do estudo e do esforço desde o berço. Obrigada por batalharem por mim e comigo seja com relação às minhas escolhas, no estudo quanto a minha saúde e em tudo mais. Se sou quem sou, é pelo aprendizado e educação de vocês. Amo vocês infinitamente!

À minha cunhada-irmã Karolina, responsável em dar leveza à caminhada do Mestrado e pela arte dos banners ao longo do curso. Obrigada, irmã. Amo você!

À minha sogra Rosaura pelo zelo e afeto – de perto e de longe – em todos os momentos.

Aos professores e professoras do Programa de Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Obrigada pela paciência e por serem verdadeiros mestres compartilhando conosco o conhecimento, experiências e vivências além de suas histórias! Gratidão.

À Unochapecó pela oportunidade de acesso ao curso de pós-graduação *stricto sensu* em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais através da bolsa egresso integral.

À minha orientadora Dra. Irme Bonamigo que foi fundamental em todo o Mestrado. Gratidão pelo nosso encontro, pela tua serenidade, amizade, paciência, incentivo, compreensão e por ter compartilhado teu saber comigo. Te levarei para a vida! Muito obrigada!

Aos meus grandes amigos de vida, que tiveram a paciência de entender minha ausência em muitos momentos mas também tiveram a sabedoria de me “roubar” da dissertação em alguns momentos, especialmente Tatiane Modesti, Karine Pereira, Anete Fante, Francine Garghetti, Susane Veber, Licéia Tenedini, Fernanda Streppel, Micheli Agostini Danielli, Luciana Gheller, Geneci Miranda, Rozani Dellalibera, Verenice Spolti, Luziana Clamer, Tatiane Borges, Mariane Waldameri, Fernanda Nickelle e Laura Sander.

À banca que acompanhou todo o processo de qualificação da dissertação. Vocês foram fundamentais para o processo de pesquisa e construção deste estudo com suas sugestões e afeto. Muito obrigada professoras Dra. Márcia Pit Dal Magro, Dra. Deborah Amorim e Dra. Marcela Martins Furlan de Léo, pela socialização do conhecimento de vocês e pela amizade de cada uma.

À toda a equipe da Unidade de Acolhimento por todo o aprendizado diário e por se desafiarem comigo a tornar este trabalho uma realidade. Obrigada pela paciência, envolvimento, acolhimento e amizade! Vocês são fundamentais nessa jornada!

À equipe do CAPS AD III de Chapecó, onde atuei como assistente social por três anos e que traz comprometimento em seu sobrenome. Vocês são admiráveis. Imensamente grata por vocês fazerem parte da minha vida.

À coordenadora de saúde mental do município de Chapecó, Luciana Azevedo que, com sua técnica e eficiência, busca tornar essa rede cada vez mais ampla e envolvida. Obrigada pela amizade e pelo convívio de todos os dias!

Aos profissionais das equipes da Abordagem de Rua, CREAS I, CREAS II e CAPS II que estão comprometidos em acolher e buscar atender de forma qualificada seu usuário da melhor forma possível. Vocês são parte dessa história.

A toda nossa turma do Mestrado, que riu junto, sofreu junto mas acima de tudo se respeitou em todas suas particularidades de formação e diferenças, mostrando união do início ao fim. Vocês fazem parte da minha história para sempre! Gratidão por esse encontro e amizade!

Aos amigos que o Mestrado me trouxe, com carinho especial para Carolina, Bruna, Everton, Neusa, João, Geferson e Givanildo. Saudades do chimarrão, cafés e esfihas nossas de cada dia (ou noite).

Ao Programa de Bolsas Uniedu/FUMDES, pelo incentivo através de bolsa de estudos que me auxiliou diretamente na pesquisa realizada.

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas faz parte da história da humanidade desde os tempos mais longínquos. Em algumas culturas como a indígena, fazia parte de rituais; em outras, foi duramente criticado, considerado algo pejorativo. No Brasil, havia uma distinção entre os tipos de drogas utilizadas por ricos (cocaína) e por pobres (maconha). A partir da lógica manicomial instaurada na Europa e que tomou conta do nosso país no século XX, os usuários de substâncias psicoativas que destoavam do contexto social onde estavam, eram trancafiados em instituições, seguindo uma lógica higienista. Esse apontamento é fundamental para compreendermos alguns ranços que permeiam a nossa sociedade nos dias de hoje. Essa pesquisa teve este como problema de pesquisa: como foi o processo de constituição e implementação e qual é a efetividade da Unidade de Acolhimento na rede de atenção psicossocial de Chapecó? A partir desse problema de pesquisa elencamos como objetivo geral analisar o processo de constituição, implementação e efetividade da Unidade de Acolhimento em saúde mental na rede de atenção psicossocial no município de Chapecó. Para que pudessemos alcançar o objetivo geral proposto, utilizamos o método cartográfico associado à Teoria Ator-Rede para compreender as conexões da rede, identificar atores humanos e não humanos, nós e desencontros. O cenário da pesquisa foi o município de Chapecó, – Santa Catarina, onde está localizada a única Unidade de Acolhimento credenciada pelo Ministério da Saúde no estado. A cartografia foi realizada por meio de várias técnicas e instrumentos de pesquisa, tais como entrevistas, diário de campo, pesquisa documental e observação. Foram realizadas 39 entrevistas com profissionais da política de saúde e política de assistência social, além de usuários e egressos da Unidade de Acolhimento possibilitando compreender o rizoma da RAPS a partir do olhar de seus atores. Esse estudo caracteriza a constituição e implementação da Unidade de Acolhimento no município, identifica como os usuários e os profissionais avaliam o serviço e analisa a intersetorialidade, caracterizando a rede de atendimento. Apesar dos retrocessos em todas as políticas públicas na atual conjuntura brasileira, o município de Chapecó tem grande investimento na política de saúde mental. Analisamos que a Unidade de Acolhimento cumpre seu papel de auxiliar no processo de reorganização dos usuários a partir de seu Projeto Terapêutico Singular, inclusive partindo da perspectiva de redução de danos e agravos à saúde. Os profissionais entrevistados se reconhecem como Rede de Atenção Psicossocial e compreendem que fazem parte da construção da história da Unidade de Acolhimento. Contudo, conforme seus relatos, a implementação de residencial terapêutico no município possibilitará um trabalho adequado de acordo com as especificidades da Unidade de Acolhimento. Conclui-se também que o trabalho em rede vem se constituindo como importante ferramenta entre as políticas de saúde e assistência social, apesar da necessidade de ampliação do rizoma da saúde mental no município.

Palavras-chave: Unidade de Acolhimento Adulto. Rede de Atenção Psicossocial. Uso nocivo de substâncias psicoativas. Saúde mental.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances has been part of the history of mankind since the ancient times. In some cultures like the indigenous one, it was part of rituals; in others, it was harshly criticized, considered something pejorative. In Brazil, there was a distinction between the types of drugs used by wealth people (cocaine) and poor people (marijuana). From the insane manicomial logic established in Europe that took over our country in the 20th century, the consumers of psychoactive substances that were unfamiliar with the social context in which they were living, were locked in institutions, following a hygienist logic. This remark is fundamental to understand some of the aversions that permeate in our society today. The research problem of this paper is: How was the process of constitution and implementation and what is the effectiveness of the Care Unit in the psychosocial care network of Chapecó? Based on this research problem, we have as a general objective to analyze the process of constitution, implementation and effectiveness of the mental health care unit in the psychosocial care network in the municipality of Chapecó. In order to achieve the proposed general objective, we used the mapping method associated with the Actor-Network Theory to understand network connections, identify human and non-human actors, nodes and mismatches. The research took place in the municipality of Chapecó, - Santa Catarina, where the only Care Unit accredited by the Ministry of Health in the state is located. The cartography was conducted by means of several techniques and research instruments, such as interviews, field diary, documentary research and observation. The total of 39 interviews were conducted with health policy professionals and social assistance policy, as well as users and graduates from the Care Unit, making it possible to understand RAPS rhizome from the perspective of its actors. This study characterizes the constitution and implementation of the Care Unit in the municipality, identifies how users and professionals evaluate the service and analyze the intersectoriality, characterizing the service network. Despite the setbacks in all public policies in the current Brazilian context, the municipality of Chapecó has a large investment in mental health policy. We analyze that the Care Unit fulfils its role of assisting in the process of reorganization of the users from its Unique Therapeutic Project, even starting from the perspective of harm reduction and health problems. The professionals interviewed recognize themselves as a Network of Psychosocial Care and understand that they are part of the construction of the history of the Care Unit. However, according to their reports, the implementation of therapeutic residential in the municipality will allow adequate work according to the specific characteristics of the Care Unit. It is also concluded that networking is becoming an important tool among health policies and social assistance, despite the need to expand the rhizome of mental health in the municipality.

Keywords: Adult Care Unit. Psychosocial Attention Network. Harmful use of psychoactive substances. Mental health.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ASUCAPS	Associação dos Usuários dos CAPS's
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial 24 horas
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas 24 horas
CAPSi II	Centro de Atenção Psicossocial crianças e adolescentes
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Unochapecó
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializada e Assistência Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
BGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIUAD	Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAIA	Rede de Atendimento à Infância e Adolescência
RAPS	Rede de atenção psicossocial
SEASC	Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUPERA	Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria Ator-Rede
UA	Unidade de Acolhimento
UAA	Unidade de Acolhimento Adulta

UAI Unidade de Acolhimento Infantojuvenil

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO.....	12
II CAPÍTULO.....	19
2 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS, PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E PERCURSO DA PESQUISA.....	19
2.1 ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES E PERCURSO DA PESQUISA	19
2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: A CARTOGRAFIA E A TEORIA ATOR-REDE (TAR).....	22
2.2.1 Contribuição da Teoria Ator-Rede (TAR) para a cartografia.....	22
2.2.1.1 A noção de “rede”.....	22
2.2.2 A cartografia	26
2.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
2.3.1 Instrumentos e técnicas de pesquisa	29
2.3.1.1 As entrevistas.....	29
2.3.1.2 Diário de campo.....	33
2.3.1.3 Pesquisa documental	33
2.3.1.4 Observação participante	35
2.4 A ANÁLISE DE PROCESSOS NA CARTOGRAFIA	35
2.5 A ÉTICA NA PESQUISA.....	36
III CAPÍTULO	38
3 SAÚDE MENTAL ONTEM E HOJE: REFLEXÕES HISTÓRICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS CONTEMPORÂNEAS.....	38
3.1 A SEGREGAÇÃO DA LOUCURA E DOS INDESEJADOS	38
3.2 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: BREVE REVISÃO TEÓRICA	45
3.3 O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A RELAÇÃO HISTÓRICA COM AS ATUAIS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	48
3.3.1 O surgimento das políticas públicas relacionadas ao uso nocivo de substâncias psicoativas	51
3.4 O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS HOJE: NOVAS E VELHAS QUESTÕES.....	58
3.5 O PROGRAMA CRACK, É POSSÍVEL VENCER.....	60
3.6 A HISTÓRIA DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO DE CHAPECÓ	63
CAPÍTULO IV.....	69

4 TECENDO A REDE DA SAÚDE MENTAL: ENCONTROS, DESENCONTROS, VÍNCULOS E NÓS	69
4.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CHAPECÓ	69
4.1.1 Conectando os nós da rede: a relação entre as políticas de saúde e assistência social	72
4.1.2 A intersetorialidade na saúde mental	75
4.1.3 As traduções na rede: consensos e controvérsias.....	78
4.2 A UNIDADE DE ACOLHIMENTO NA RAPS DE CHAPECÓ.....	85
4.2.1 Caracterizando a Unidade de Acolhimento na RAPS de Chapecó.....	85
4.2.2 Efetividade e Redução de Danos	87
4.3 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E OS MUROS INVISÍVEIS: REFLEXÕES SOBRE A REDE DE SAÚDE MENTAL	92
V CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
VII ANEXOS	110
VIII APÊNDICES	141

I INTRODUÇÃO

Os “loucos” por muito tempo estiveram à margem da sociedade de forma explícita. Foram excluídos, segregados, marginalizados e institucionalizados; os manicômios e asilos cumpriram, por longos anos, esse papel de excluí-los. Na categoria de pessoas que precisavam de internações de longa permanência, até o advento da Reforma Psiquiátrica, estavam também pessoas que confrontavam, de algum modo, as regras sociais. Nesse grupo, se situavam os usuários de álcool e outras substâncias, pessoas com paralisia, sífilis e doenças degenerativas como arterioesclerose, conforme dados que constam nas Estatísticas do século XX do portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). Pertenciam a esse grupo, também, aqueles que não tinham qualquer diagnóstico de saúde mas perturbavam, de alguma forma, alguém do seu círculo social ou a “ordem pública”(ARBEX, 2013).

Em sua coleção, quando estudou o Hospital de Barbacena, Minas Gerais, Arbex (2013) conseguiu descrever um fragmento do que foi a realidade vivida pelas pessoas institucionalizadas no Brasil. Infelizmente, a realidade de muitas pessoas até meados da década de 1980 foi àquela narrada pela autora: exclusão, humilhação, degradação e falta de dignidade humana e inexistência de acesso aos mínimos para a subsistência.

A Reforma Psiquiátrica desencadeada naquela década, a partir de movimentos mundiais, passou a propor novas formas de atender a população que precisava de algum cuidado na área da saúde mental. Infelizmente, para muitas pessoas que passaram toda a vida em instituições como os manicômios, essa chama surgiu muito tarde, não sendo possível seu retorno à sociedade, ora por ruptura dos vínculos familiares, ora pela deterioração do estado físico e emocional causado pelo longo período de internação. Contudo, a Reforma Psiquiátrica alterou a vida de muitas pessoas que não precisaram passar por essa segregação.

Desde a Reforma Psiquiátrica, a ideia desenvolvida com todos os atores envolvidos é do tratamento do usuário em seu território, inserido em sua comunidade e em serviços abertos comunitários, em contraponto aos manicômios ou hospitalizações. Apesar disso, o ranço desenvolvido e fomentado pela história da saúde pública no Brasil e no mundo faz com que as pessoas ainda procurem soluções mágicas, pontuais, rápidas e tratem o público da saúde mental com preconceito e exclusão.

Com estas breves informações sobre nossa história recente no campo da saúde mental e dos novos fazeres na área, desencadeados pela Reforma Psiquiátrica e pelos princípios que hoje norteiam a saúde mental no Brasil, realizamos esta pesquisa cartográfica sobre a atual

rede de atenção psicossocial de Chapecó, especificamente abordando a Unidade de Acolhimento Adulto, como forma de propiciar conhecimento científico na área.

A saúde mental sempre foi área do meu interesse desde antes da intervenção e atuação profissional direta na área e na Unidade. Ainda na graduação em Serviço Social trabalhava na área da saúde, e as falas a respeito dos usuários da saúde mental e os serviços que realizavam seu atendimento despertavam curiosidade. Em alguns momentos, as falas eram repletas de preconceito e estigma; em outros, de carinho e afeto – como dos colegas da prefeitura, os quais diziam que aqueles que se apaixonavam pela saúde mental nunca mais conseguiam sair dela.

Os caminhos após a graduação me levaram a atuar por longo período na educação, mas com a curiosidade sempre presente e com buscas constantes de conhecimentos sobre a saúde mental em suas diferentes modalidades e aspectos. Eis que em 2014 surgiu a oportunidade de trabalhar diretamente na área. Naquele ano iniciei as atividades no CAPS AD III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24 horas) e na Unidade de Acolhimento Adulto em Chapecó. Apesar das leituras constantes, deparei-me com uma demanda densa, intensa, repleta de singularidades, especificidades e complexidades. Aos poucos, foram sendo construídos vínculos com colegas e usuários dos serviços e o conhecimento empírico complementou o conhecimento teórico. Mesmo assim, a complexidade dos atendimentos denota estudo e reflexão constante sobre a práxis profissional.

Ao ingressar no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais sabia que o tema que queria pesquisar estaria relacionado à saúde mental. Mas, o que pesquisar? Dentre tantas ideias, surgiu o interesse em pesquisar a Unidade de Acolhimento. O serviço, implementado em 2013 no município, é um novo dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, em minha intervenção profissional, percebia dificuldades tanto com os usuários e suas possibilidades e/ou estratégias de socialização, como com a própria rede de atendimento, pela dificuldade de compreensão da real função da Unidade de Acolhimento de Chapecó.

Assim, foi definida como tema desta pesquisa a constituição da Unidade de Acolhimento Adulto na Rede de Atenção Psicossocial de Chapecó (SC). Apesar da amplitude da RAPS de Chapecó, envolvendo vários serviços e possibilidades de pesquisa, o recorte escolhido para pesquisa foi a Unidade de Acolhimento neste momento. A RAPS vem sendo fortalecida desde a implementação dos Centros de Atenção Psicossociais, com a Portaria do Ministério da Saúde 336/2002. Com o passar dos anos, a política de saúde mental vem sendo

contemplada com novos dispositivos de atenção especializada voltados “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” (BRASIL, 2011a, não paginado).

As Unidades de Acolhimento foram implantadas a partir do programa do governo federal “Crack, Vencer é possível” e, regulamentadas com a Portaria do Ministério da Saúde 121/2012. Esse serviço foi idealizado como um espaço de residência para usuários que “apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses” (BRASIL, 2011a, não paginado). Até o presente momento, conforme o último relatório da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, estão habilitadas 34 Unidades de Acolhimento em todo o país.

As UAs existem nas modalidades adulto (população acima de 18 anos) e infanto-juvenil (voltada a crianças e adolescentes acima de 10 anos). O público atendido é constituído por pessoas em situação de uso nocivo de substâncias psicoativas, de ambos os sexos, em condição de vulnerabilidade e risco social que necessitem de um período para sua reorganização social e familiar. O encaminhamento desses usuários é realizado pelo CAPS AD III que é responsável por elaborar, conjuntamente com a UA e o usuário, o Plano Terapêutico Singular.

Contudo, pela recente implantação das Unidades de Acolhimento no país¹, em pesquisa realizada no Banco de Teses e Dissertações, Google Acadêmico e Scielo foram localizados apenas trabalhos referentes às Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil e em baixa quantidade (2). Não foram encontrados trabalhos ou produções científicas específicas sobre as Unidades de Acolhimento Adulto no Brasil. Com isso, entendemos que esta pesquisa colaborará com a produção do conhecimento científico, contribuirá positivamente para debater essa demanda com profissionais e, especialmente, com as pessoas que utilizam os serviços de saúde mental. Apesar de não serem localizados muitos estudos sobre as Unidades de Acolhimento, percebeu-se que outros serviços da RAPS vêm sendo estudados com afincos por diferentes áreas. Um exemplo são os CAPS's que são pesquisados das mais diferentes maneiras desde sua implementação.

Para que possamos abordar o tema proposto, trazemos o seguinte problema de pesquisa: como foi o processo de constituição e implementação e qual é a efetividade da Unidade de Acolhimento Adulto na rede de atenção psicossocial de Chapecó? Ainda, algumas

¹A portaria 121 que autoriza a implementação das Unidades de Acolhimento é de 2012, lançada pelo Ministério da Saúde.

questões de pesquisa foram levantadas: A Unidade de Acolhimento consegue efetividade em suas atividades no município de Chapecó? De que forma os profissionais da Unidade de Acolhimento a percebem? A intersetorialidade influencia nas ações da Unidade de Acolhimento? Ocorre integração entre as diferentes políticas públicas que envolvem a saúde mental?

Durante a elaboração do projeto de pesquisa, foi elencado como objetivo geral analisar o processo de constituição, implementação e efetividade da Unidade de Acolhimento Adulto em saúde mental na rede de atenção psicossocial no município de Chapecó. Para que pudessemos alcançar esse objetivo geral, delimitamos três objetivos específicos complementares e que nortearam a realização deste estudo: 1) Caracterizar o processo de instalação e constituição da Unidade de Acolhimento em Chapecó; 2) Identificar de que forma os usuários e os profissionais avaliam a Unidade de Acolhimento de Chapecó; 3) Explorar a intersetorialidade como categoria fundamental no debate da saúde mental.

Este estudo está vinculado à Linha de Pesquisa em Dinâmicas Regionais e Transformação Social do Programa de Mestrado Profissional em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais, da Unochapecó. Essa linha está voltada para estudo e intervenção na diversidade de dinâmicas regionais e locais, produzidas por um amplo espectro de atores envolvidos nas transformações econômicas, socioambientais, culturais e subjetivas na região. São focados processos de mobilização, movimentos e participação social, formas de organizações comunitárias e de grupos tradicionalmente excluídos, questões rurais concernentes à vida no campo e à sucessão familiar na agricultura, questões urbanas ligadas à segurança e uso de tecnologias com suas consequências para a vida, bem como a luta pelos direitos sociais e o direito à cidade, conforme informações contidas na página do Programa de Pós-Graduação.

Para realização desta pesquisa, o método escolhido foi a cartografia, compreendendo que toda pesquisa também é intervenção, e baseada na concepção de rizoma que envolve relações entrelaçadas entre sujeitos pesquisados e pesquisador. Complementando a pesquisa cartográfica, a Teoria Ator-Rede foi utilizada como forma de valorizar e identificar todos os atores/actantes da RAPS de Chapecó, sejam eles humanos ou não humanos, os vínculos estabelecidos entre eles e os movimentos produzidos na rede.

O estudo busca contemplar uma especificidade da área da saúde mental ainda não explorada, conforme relatamos anteriormente, mesmo sem a pretensão de ter a resposta para todas as perguntas.

Situada na política de saúde, a saúde mental é campo rico de atuação profissional e aprendizados pessoais. Ainda que muitos profissionais despertem interesse nessa área, apresentando grande identificação com a população atendida, a saúde mental é percebida, muitas vezes, com preconceito e estigmas relacionados à população atendida.

Apesar de ser uma política específica dentro do Ministério da Saúde, a saúde mental permeia todos os campos de atendimento dessa mesma política, incluindo a atenção básica, na qual ainda alguns profissionais apresentam receio em atender e acompanhar usuários da saúde mental como podemos perceber em nossa prática profissional. O Ministério da Saúde, em uma de suas publicações, intitulada “Cadernos da Atenção Básica – Saúde Mental” (BRASIL, 2013a, p. 11), esclarece que “a saúde mental não está dissociada da saúde geral”. Ou seja, cada usuário precisa ser atendido em sua totalidade e integralidade, vindo ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Isso significa que a pessoa que faz uso nocivo de uma determinada substância também pode ter doenças associadas que devem ser avaliadas na atenção básica: o usuário não deve ser desvinculado dos demais territórios apenas por ter sido encaminhado ou iniciado seu acompanhamento no CAPS.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica e da reforma sanitária, são constantes as reformulações no modo de trabalhar o cuidado dos usuários da saúde mental, sejam eles pessoas com transtornos mentais ou usuários nocivos de substâncias psicoativas. Atualmente, as políticas públicas da área da saúde mental buscam a humanização, tratamento em seu território e a redução de riscos e danos.

Mesmo com avanços, percebe-se que as dificuldades também estão implícitas nesse processo; os próprios profissionais precisam se adaptar e reaprender sobre a terapêutica, o cuidado e os vínculos, trabalhando de forma interdisciplinar, trazendo uma nova forma de fazer saúde mental longe da institucionalização e hospitais psiquiátricos/manicômios, ressaltando o necessário cuidado de não reproduzir antigas práticas dentro dos serviços que foram implementados para serem abertos e comunitários. E é a partir desses novos aprendizados que se faz necessário aprofundar estudos sobre essa temática tão relevante na atualidade.

A atuação do assistente social na área da saúde mental preconiza o respeito e a garantia dos direitos dos usuários, possibilitando o acesso a políticas públicas. Este profissional parte da premissa da saúde em seu conceito mais amplo, considerado pela Organização Mundial de Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, o que implica pensar o sujeito em sua totalidade e integralidade.

Este estudo parte de pesquisa sobre a primeira Unidade de Acolhimento para população adulta e única habilitada pelo Ministério da Saúde no estado de Santa Catarina até o momento. No país, existem 34 Unidades de Acolhimento habilitadas pelo Ministério da Saúde. Chapecó foi o primeiro município catarinense a incorporar a Unidade de Acolhimento Adulto à sua RAPS no ano de 2013, com subsídio financeiro do Ministério da Saúde e contrapartida da Secretaria Municipal de Saúde. O município, atualmente, é referência nacional no que se refere à saúde mental, sendo constantemente consultado e visitado por outros municípios com intenção de implantar ou ampliar algum serviço de saúde mental.

O desenvolvimento da cartografia contribuiu diretamente para alcançarmos os objetivos propostos por esta pesquisa, além de fomentar uma rica experiência pelo fato de nossa realidade profissional já estar em consonância com o campo de pesquisa, pois atuamos profissionalmente no espaço pesquisado. Esta possibilidade de cartografar práticas no território onde estamos inseridos, além de facilitar o acesso a dizeres e fazeres do campo, permitindo realizar a análise das implicações como profissional e pesquisador, o que enriqueceu o estudo.

Este estudo está dividido em cinco capítulos, sendo o primeiro a introdução. No segundo capítulo, trazemos fundamentos teórico-metodológicos, os procedimentos metodológicos e o percurso da pesquisa, incluindo a análise de implicações da autora, a cartografia como método utilizado, a Teoria Ator-Rede como elemento fundamental para a compreensão da Rede de Atenção Psicossocial do município e a inclusão da Unidade de Acolhimento como ator dessa rede.

Já no terceiro capítulo, resgatamos brevemente a história da loucura, sua institucionalização, o uso de substâncias psicoativas ao longo da história e sua relação com as atuais políticas públicas. Nesse capítulo optamos pela realização desse resgate histórico antes de adentrarmos especificamente na história da Unidade de Acolhimento pois entendemos que, para cartografar a história desse serviço, era necessário cartografar também os caminhos que levaram até ela.

O quarto capítulo apresenta a rede na saúde mental estabelecida no município, com seus encontros e percalços, a partir da fala dos atores entrevistados e das percepções durante o processo cartográfico. Abordamos também a efetividade da Unidade de Acolhimento e a política de redução de danos, buscando mesclar a perspectiva dos profissionais entrevistados. Finalmente, trazemos à baila o debate sobre os muros invisíveis e posturas profissionais equivocadas que podem fazer com que os serviços de saúde mental, tão sonhados como espaços democráticos e de autonomia tornem-se verdadeiros calabouços sem celas.

Este estudo é finalizado com as considerações finais, que estão longe de esgotar ou ser um ponto final a essa temática que tanto exige de quem a procura.

II CAPÍTULO

2 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS, PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E PERCURSO DA PESQUISA

2.1 ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES E PERCURSO DA PESQUISA

O processo da graduação em Serviço Social me proporcionou conhecer diferentes áreas e enfoques de atuação. Concomitantemente a isso, eu atuava como auxiliar administrativa na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, estado de Santa Catarina, em 2005, período de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, e a área da saúde mental começava a chamar minha atenção. Naquele momento, existiam no município de Chapecó o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) implementado em 2002 e o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi II), então recém-inaugurado.

Naquele período, a Reforma Psiquiátrica pulsava vivamente nos diálogos da rede de atenção à saúde do município e os números de atendimento – com os quais eu atuava diretamente – passaram a chamar minha atenção, assim como as histórias por trás daqueles dados. Foi dessa forma que defini que o tema do meu trabalho de conclusão de curso estaria relacionado à saúde mental². Ao realizar a primeira pesquisa sobre o tema, deparei-me com um universo de particularidades sobre o retorno das internações psiquiátricas daquelas pessoas às quais o CAPS II atendia, além das dificuldades que suas famílias tinham em compreender toda a complexidade do cuidado no território – ainda em formação e implementação – e seu papel naquele contexto.

Iniciei minha trajetória profissional com uma curta inserção na área da saúde, contudo longe da saúde mental, que tanto me cativava. Depois, passei a atuar na área da educação e fiquei afastada por anos de uma atuação mais direta na área da saúde. Quando fui realocada na área da saúde, passei a atuar em dois locais totalmente novos para mim: Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas 24 horas (CAPS AD III) e Unidade de Acolhimento (UA). Sobre o CAPS AD III eu tinha uma vaga noção, mas sobre a Unidade de Acolhimento meu desconhecimento era total. Muitas incertezas e dúvidas permearam esse momento de minha

² O trabalho de conclusão de curso intitulado “A relação familiar dos pacientes com alta hospitalar atendidos pelo CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II – de Chapecó – SC” foi apresentado em novembro de 2005 e está disponível no endereço eletrônico: <<http://konrad.unochapeco.edu.br:8080/pergamumweb/vinculos/00006D/00006D9A.PDF>>.

vida profissional. A necessidade de novas leituras, com atualização do estudo de portarias e legislações da área de saúde mental, surgiu com muita força. Tal foi minha surpresa ao perceber a escassez de estudos sobre o serviço de Unidade de Acolhimento, em especial referente à vida adulta.

Em meio a um desafio profissional enorme, pude reinventar-me como assistente social e auxiliar na construção de dois serviços que estavam em fase inicial. Meu interesse pela pós-graduação *stricto sensu* surgiu e o tema definido para a dissertação não poderia ser outro: a Unidade de Acolhimento como ponto da rede de atenção psicossocial.

Assim, meu envolvimento como pesquisadora e profissional desses serviços é inquestionável desde o princípio. Desta forma, o método escolhido possibilita abranger minha implicação em todo o processo de pesquisa e de atuação nesses serviços: a cartografia. Como esclarecem Passos e Barros (2009, p. 20), “não há neutralidade do conhecimento, pois toda pesquisa intervém sobre a realidade mais do que apenas a representa ou constata em um discurso cioso das evidências”. Portanto, a pesquisa cartográfica “constitui-se em pesquisa-intervenção e tem como principal característica o acompanhamento de processos, e não a simples representação de objetos” (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 53).

Durante a construção da dissertação, mais um fator reiterou a importância da escolha de um método de pesquisa que pudesse abranger todo o processo em curso: após a coordenadora anterior se aposentar, fui convidada a assumir a coordenação da Unidade de Acolhimento. Com esse novo elemento, pude observar e participar dos processos sob um novo prisma, o que significa dizer que pude envolver na pesquisa, primeiramente, a função de pesquisadora nos momentos dedicados para tal e, em um segundo momento, após assumir a coordenação, manter presente o papel de pesquisadora-observadora que analisa as suas implicações em todos os momentos para considerar as nuances da coordenação assumida, que implica envolvimento e demandas diferenciadas. No entanto, saliento que o levantamento de elementos e informações, por meio das entrevistas e observação participante, foi realizado antes de assumir a coordenação, pois tinha claro que este papel poderia modificar o curso da produção das informações. Durante as análises, farei diferenciação entre as fontes e os momentos da produção das informações de modo a potencializá-las e gerar clareza quanto ao grau de envolvimento nesta pesquisa que ora é apresentada.

Apesar do processo de pesquisa ter sido, em alguns momentos, bastante extenso e cansativo, tendo em vista as transcrições e categorização das entrevistas, percebo a importância da escolha acertada do método para esta pesquisa já que estive envolvida em todo o processo de forma muito intensa.

Ao ponderar sobre a profundidade e a intensidade do meu envolvimento em toda a pesquisa, utilizo o conceito de “análise de implicações”, que “traz para o campo da análise sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa/intervenção de ser bem sucedida” (NASCIMENTO; COIMBRA, 2008, p. 3). No caso desta pesquisa, minha implicação não gerou prejuízos: ao contrário, percebo que o vínculo com profissionais e usuários dos serviços apenas colaborou para a sinceridade das falas e contribuições.

Nascimento e Coimbra (2008) prosseguem a análise sobre esse conceito pontuando que a implicação sempre existe quando conhecemos uma instituição e nos relacionamos com ela, o que está implícito nesta pesquisa já que atuo nela e a minha relação não é pura e somente de pesquisadora o que descaracterizaria qualquer tipo de relação neutra. Isso significa a desconstrução do conceito de uma ciência neutra e imparcial.

Dessa maneira, ao tomar a análise de implicações como um dispositivo para problematizar as práticas de qualquer profissional, estamos querendo afirmar o caráter político de toda e qualquer intervenção. Ao colocarmos em xeque os lugares instituídos de saber/poder que ocupamos em muitos momentos de forma natural e ahistórica estamos afirmando nossa implicação política, dentre tantas outras implicações que nos atravessam. (NASCIMENTO; COIMBRA, 2008, p. 4).

Se, como pesquisadores, nos mantivermos em pedestais e isolados do objeto de pesquisa, buscando uma suposta neutralidade da ciência, geraremos uma divisão entre os que, supostamente, detêm o conhecimento e aqueles que não o têm. Assim, para Nascimento e Coimbra (2008, p. 6) essa divisão é fortalecida “[...] quando naturalizamos que há aqueles que sabem, que detêm a verdade científica, neutra e objetiva – os especialistas e acadêmicos – e de outro os que simplesmente devem executar o que foi pensado/planejado por esses iluminados, detentores do saber/poder”.

Ao contrário, quando trabalhamos analisando as implicações que realmente já existem, entendendo-se como parte dele e compreendendo que o conhecimento é uma via de mão dupla, o pesquisador sai de sua “redoma” de poder e conhecimento e percebe-se dentro do rizoma formado pelo processo de pesquisa.

Desta forma,

[...] um dos efeitos políticos presentes na ferramenta análise de implicações é, portanto, a problematização das relações de saber/poder, visto que ela aponta para o lugar instituído de onde falamos quando, com nossas práticas especialistas, legitimamos a divisão social do trabalho no capitalismo. (NASCIMENTO; COIMBRA, 2008, p. 6).

O artigo de Paulon (2005), a partir de estudos teóricos sobre a neutralidade do pesquisador, acrescenta que são flexibilizadas exigências em torno do pesquisador e isso tem reflexos em termos de procedimentos metodológicos. A autora esclarece que, com isso, “os levantamentos dedados passam a incluir observações participantes, os questionários ampliam a abrangência de suas questões, cresce o interesse pela análise do discurso e a restituição de resultados aos entrevistados é integrada aos procedimentos de investigação” (PAULON, 2005, p. 19).

A autora avalia, ainda: “que não se trata tão somente de incluir o pesquisador no campo de suas observações [...], se não se aprofundar, também, as concepções de subjetividade e ciência com que se orienta a investigação” (PAULON, 2005, p. 21). Ora, é necessário

[...] pensar a intervenção como um caminhar mútuo por processos mutantes que, justo por não poder ser resumida ao encontro de unidades distintas (sujeitos da investigação X objetos a serem investigados), não pode ser pensada como uma mudança antecipável. Ao operar no plano dos acontecimentos, a intervenção deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela. (PAULON, 2005, p. 21).

A autora conclui que a análise de implicação tem como princípio norteador que a aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto “que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído” (PAULON, 2005, p. 23).

Desta forma, compreendemos que estamos implicados em todo momento da pesquisa e que a pesquisa em si, muito mais que um mero objeto de estudo, é espaço de aprendizado e subjetivação a todo segundo.

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: A CARTOGRAFIA E A TEORIA ATOR-REDE (TAR)

2.2.1 Contribuição da Teoria Ator-Rede (TAR) para a cartografia

2.2.1.1 A noção de “rede”

Na saúde mental, o conceito de “rede” foi difundido com a Reforma Psiquiátrica e consolidado com a Portaria 3.088 de 2011. Esta, norteadora da atual Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), esclarece em seu primeiro artigo que a finalidade dessa rede é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011a, não paginado). Salienta-se que quando essa Portaria foi publicada, o Programa Crack, Vencer é Possível também havia sido lançado e deixava clara a necessidade da articulação entre saúde, assistência social, sistema de justiça e segurança pública.

No entanto, para este estudo, há a necessidade de discutirmos a própria definição de “rede”. Musso (2013) analisa o conceito ao longo dos tempos e caracteriza que ocorre uma grande ruptura do final do século XVIII para o início do século XIX: a rede deixa de ser compreendida como apenas humana ou relacionada ao corpo e torna-se passível de construção constante, já que “se torna objeto pensado em sua relação com o espaço” e, assim, “de natural, a rede vira artificial” (MUSSO, 2013, p. 20). Essa compreensão é importante, pois os elementos materiais passam a também ter sua função desse momento em diante, especialmente pelas tecnologias implementadas.

A partir do estudo de várias concepções e contribuições sobre o conceito de “rede”, Musso (2013, p. 31) afirma que ela é “uma estrutura de interconexão instável, composta de elementos em interação, e cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento”; e define-a como uma estrutura composta de elementos em interação, em que cada um desses elementos são os picos ou nós podendo ser ligados de maneiras diversas.

Bonamigo (2008, p. 351) esclarece ainda:

[...] rede é uma das noções centrais da Teoria do Ator-Rede e o seu uso permite evidenciar o hibridismo presente nas associações que se configuram: mistura entre humanos e não-humanos, sujeitos e objetos, natureza e cultura. A rede é uma estrutura composta de elementos em interação, marcada por uma forte heterogeneidade, e se caracteriza tanto pelo conjunto de relações entre pontos ou nós, quanto por conexões e agenciamentos internos, não possuindo limites externos. Sua abertura possibilita crescer para todos os lados e direções. (BONAMIGO, 2008, p. 351)

Bonamigo (2010), ao citar Musso, ressalta características apontadas por ele tais como a formação de subconjuntos que são marcados por fortes relações de interferência entre eles. Nesta dissertação, tal conceito de rede é utilizado para analisar todas as interfaces da cartografia realizada sobre a Unidade de Acolhimento, pois concebe a sua construção desta em forma de rede permite abranger as suas malhas com conexões desde a política de saúde mental até o cotidiano do estabelecimento.

Esta concepção de “rede” está vinculada ao referencial teórico-metodológico da Teoria Ator-Rede (TAR), cuja denominação remete ao “método de estudo dessas associações heterogêneas, seus mecanismos de consolidação ou transformação, de forma a não reduzi-las nem a um ator, nem a uma rede” (BONAMIGO, 2010, p. 165).

Contribuindo com este debate, Musso (2004) esclarece que a rede pode ser considerada uma estrutura instável e com elementos em constante interação. O autor aprofunda esse conceito, apontando três níveis:

[...] em seu ser, ela é uma estrutura composta de elementos em interação; em sua dinâmica, ela é uma estrutura de interconexão instável e transitória; e em sua relação com um sistema complexo, ela é uma estrutura escondida cuja dinâmica supõe-se explicar o funcionamento do sistema visível. (MUSSO, 2013, p. 32-33).

Musso (2013, p. 33) prossegue em sua análise sobre a compreensão de rede, afirmando que “graças à rede, tudo é vínculo, transição e passagem, a ponto de confundirem-se os níveis que ela conecta: que se trate da interação entre elementos, da engendração de uma estrutura por uma outra ou ainda do funcionamento de um sistema complexo”.

Esse constante movimento que ocorre quando uma rede é constituída, também é debatida por Kastrup (2013, p.80). A autora aponta que a rede é “composta de linhas e não de formas espaciais”. Isso significa que, nesta concepção, a rede “evoca o conceito de rizoma, criado por G. Deleuze e F. Guattari” o que torna necessário o aprofundamento do assunto,

Em sua obra, Deleuze e Guattari (1995, p. 22-33) trazem características aproximativas sobre o conceito de rizoma denominadas, pelos autores, como princípios. Citaremos esses princípios já que essa noção está implícita nesse trabalho. 1º e 2º - princípios de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode estar conectado a outro ponto qualquer e isso deve acontecer; 3º - princípio da multiplicidade; 4º - princípio de ruptura assignificante: o rizoma pode ser rompido em qualquer uma de suas partes e a qualquer momento assim como também pode ser retomado em outra de suas linhas; 5º e 6º - princípio da cartografia e da decalcomania: o rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. O rizoma se constitui em construir um mapa e não apenas realizar um decalque ou cópia.

Mas como utilizar a TAR para a análise de uma política pública? Para Bonamigo (2014, p. 69), a concepção de “rede” na TAR possibilita não fazer distinção “entre a “ponta” e o “centro” da formulação de uma política pública”, pois não há “nenhuma estabilidade *a priori*, garantida por um centro normatizador que esteja fora do campo imanente dos processos de agenciamentos que a configuram”.

Desse modo,

As políticas públicas podem então ser concebidas como constituição processual e histórica, a partir das posições dos atores que as constroem num jogo de poder cotidiano. Poder concebido como efeito e não causa, pois não se trata da vontade imposta aos demais, mas em vontades parcialmente estabilizadas na rede. Estabilização que acontece por meio do processo de tradução, quando alguns atores conseguem tornar comuns os diferentes interesses dos diversos atores. (BONAMIGO, 2014, p. 70)

A TAR foi escolhida por potencializar a cartografia ao considerar cada integrante da rede seja ele material ou humano, como parte de um processo contínuo e marcado por momentos de inclusões, exclusões, aproximações e distanciamentos.

Assim, este referencial permite abarcar a composição das políticas públicas “tanto no momento de sua formulação, enquanto ainda conceitos, diretrizes e definição de ações estão em disputa pelos atores, como no momento de sua implementação, que se dá com a entrada de novos atores na rede” (BONAMIGO, 2014, p. 71). As associações consideram as vinculações entre diferentes atores em escalas diversas: local, regional, nacional e internacional.

A TAR trabalha alguns conceitos que serão fundamentais ao longo deste estudo, como o de “actante”, que “pode ser definido como qualquer pessoa, instituição ou coisa que tenha agência, que produza efeito no mundo” (BONAMIGO, 2010, p.166). Este termo é utilizado por Latour (2000) para que possa abranger e não-humanos. Neste estudo, os termos “ator”, “actante” e “agente” serão utilizados como sinônimos e “ações” como referente a resultados de entidades híbridas (humanos e não-humanos), pois os não-humanos, os objetos técnicos presentes em nosso cotidiano,

[...] não são aqui concebidos como meros instrumentos a serviço da sociedade ou como suporte de algo que lhes é externo. São agentes/*actantes* capazes de engendrar transformações que ultrapassam o âmbito técnico-instrumental, participando da configuração de processos que não mais podemos definir como estritamente socioculturais [...]. (PEDRO, 2010, p. 80)

Desta forma, compreender as relações entre os pontos da rede é imprescindível para o pesquisador que se baseia nessa teoria, o que implica, segundo Latour (2000), em “seguir os atores”, ou seja, acompanhar suas ações e suas práticas para conhecer o que circula na rede, o que faz com que os pontos se liguem e o que é transportado entre eles.

Outro conceito utilizado quando falamos de redes, é o de “nó”. O nó, comumente compreendido por outras teorias como dificuldade ou impedimento, é concebido na TAR com o que vincula elementos em interação (MUSSO, 2013). Trata-se de compreender os nós como pontos de união entre um ponto e outro da rede.

Sobre a noção de “tradução”, Law (1992, p. 8) esclarece que o termo “é um verbo que implica transformação e a possibilidade de equivalência, a possibilidade que uma coisa (por

exemplo, um ator) possa representar outra (por exemplo, uma rede)”. Para Latour (2000, p. 178), tradução é "a interpretação dada pelos construtores de fatos aos seus interesses e aos das pessoas que eles alistam”. Isso constitui imprimir um significado a partir dos fatos, oferecendo novas interpretações desses interesses.

Finalmente, “[...] a relação estabelecida produzirá ensinamentos, reflexividade e possíveis mudanças no contexto social. Portanto não se trata de o pesquisador produzir respostas, o movimento é contrário: os atores que o ensinam e aprendem no processo” (DAMEDA, 2017, p. 27).

A TAR está diretamente relacionada ao método cartográfico, em que todos são atores de relações constantes, permeadas de conexões e desconexões. Para que possamos ter uma melhor compreensão sobre esse aspecto, abordamos a cartografia no próximo item.

2.2.2 A cartografia

Barros e Kastrup (2009) situam que o método da cartografia surgiu com o desafio de exigir práticas originais de investigação, desenvolver práticas de acompanhamento de processos inventivos e produção de subjetividades.

Além do profundo processo de implicação preconizado pelo método, a cartografia traz a concepção de “rizoma” em sua gênese. Deleuze e Guattari (1995) concebem a cartografia a partir do princípio de relações constantes, incessantes e que se comunicam entre si. Rizoma, nesse contexto, é compreendido como algo que pode ser conectado, desconectado, quebrado, dividido, mas que, mesmo assim, continua interligado.

Todo rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc; mas compreende também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. Estas linhas não param de remeter-se umas às outras. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 25-26).

Para Deleuze e Guattari (1995), os rizomas conectam um ponto qualquer a outro ponto qualquer, sem haver uma obrigatória homogeneidade nessas conexões ou uma ligação a traços da mesma natureza, o que vem ao encontro da noção de “rede” anteriormente discutida, com base na TAR. Os autores salientam que o rizoma não tem início e nem fim, mas um meio pelo qual cresce e transborda, torna-se múltiplo em seu crescimento, fugas e rupturas. A cartografia, então, está sujeita a essas relações e processualidades que ocorrem e compõem a pesquisa.

Barros e Kastrup (2009, p. 73) ressaltam que a processualidade está presente em cada momento da pesquisa, nos avanços e paradas, em campo, em letras e linhas, na escrita, em nós. Salientam, ainda, que a cartografia parte do reconhecimento de que estamos em processos o tempo todo e de que é necessário aprendizado e atenção permanente para não nos isolarmos do objeto de estudo na busca de soluções, regras, invariantes.

Diferentemente de outros métodos que optam por ser de linha ora mais quantitativa ora mais qualitativa, a cartografia compreende que a pesquisa deve ser realizada a partir de um direcionamento ético-político. Isso implica dizer que,

[...] na pesquisa cartográfica, do mesmo modo como se afirma o método em sua dimensão processual ou a construção de objetos que surgem agenciados aos modos como se pesquisa, também as dimensões quantitativa e qualitativa fazem sentido em sua inseparabilidade constituinte, operando ainda um plano de invenção de estratégias que permitam acesso à multiplicidade da experiência. (CÉSAR; SILVA; BICALHO, 2013, p. 368).

Reiteram-se, assim, a importância e a indissociabilidade entre qualitativo e quantitativo. A cartografia compreende que todo processo de pesquisa também é uma intervenção e que acontece, dessa forma, um envolvimento – tanto do pesquisador como dos sujeitos pesquisados – em todo o processo de elaboração, execução e análise da pesquisa. O acompanhamento dos processos exige também a produção coletiva do conhecimento. (BARROS; KASTRUP, 2009).

Passos e Barros (2009, p. 30) sustentam que “[...] defender que toda pesquisa é intervenção exige do cartógrafo um mergulho no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo suposição de um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação de produção de conhecimento”.

Desta forma, o objeto pesquisado está envolvido todo o tempo em uma rede de conexões; e este é um diferencial da cartografia, já que observa as implicações destas relações e desta rede no objeto pesquisado. Assim,

Diferente do método da ciência moderna, a cartografia não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo. Ao contrário, o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente. Para isso é preciso, num certo nível, se deixar levar por esse campo coletivo de forças. (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 57).

Assim, a pesquisa de campo “requer a habitação de um território que, em princípio, ele não habita. O pesquisador mantém-se no campo em contato direto com as pessoas e seu

território existencial” (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 56). Como profissional, eu já habitava o local pesquisado. Contudo, como citado anteriormente, ao assumir a posição de pesquisadora, pude envolver entrelinhas antes não alcançadas. A cartografia possibilita e exige o envolvimento e a implicação do pesquisador, o que converge com a realidade vivenciada em meu cotidiano profissional.

O método utilizado salienta a necessidade de movimentos de aproximação do pesquisador ao campo e aos sujeitos pesquisados, passando por um processo de estranhamento, simpatia e envolvimento. Para que isso seja possível, é necessário que o pesquisador esteja aberto a todas essas sensações e sentimentos, disponível aos encontros que poderão acontecer (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 56-57). Assim,

A pesquisa cartográfica coloca-se entre aquelas que afirmam a importância do interesse da ciência pelo que investiga, aceitando em contrapartida, o interesse próprio do objeto. A dimensão interativa ou participativa característico da experiência de “inter-esse” é revalorizada, o que confere ao trabalho da pesquisa um sentido de cuidado. O pesquisador sai da posição de quem – em um ponto de vista de terceira pessoa – julga a realidade do fenômeno estudado, para aquela posição – ou atitude (o *ethos* da pesquisa) – de quem se interessa e cuida. (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 272).

Tal aproximação e, ao mesmo tempo, estranhamento também são ressaltados por Barros e Kastrup (2009, p. 57-58) ao afirmarem que, para ser atingido o objetivo da cartografia – desenhara rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado – é necessário, em dado momento, se deixar levar por esse coletivo de forças, pois precisa começar pelo meio, entre pulsações.

Nesse conjunto de reflexões, foi possível reconhecer o espaço em que eu já estava a partir de um estranhamento e distanciamento inicial necessários, perpassando a realização de observações dos usuários e do local pesquisado, o registro das atividades realizadas e a necessidade de analisar criticamente cada uma delas. Além disso, ouvindo e percebendo, com apontamentos e análises dos profissionais, aquilo que não foi dito verbalmente nas entrevistas, que até então era desconhecido e, quiçá, sem a pesquisa, nunca seria explorado. Todo esse envolvimento propiciou um processo de amadurecimento profissional, pessoal e como pesquisadora.

Em meio ao meu envolvimento absoluto com o objeto de pesquisa não poderia utilizar outro método que não a cartografia, totalmente adequada aos objetivos e anseios aqui propostos.

2.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.3.1 Instrumentos e técnicas de pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Chapecó, primeiro município de Santa Catarina a implementar uma Unidade de Acolhimento Adulto. Trata-se de cartografia iniciada na Unidade de Acolhimento e que percorreu o CAPS AD III e CAPS II (serviços de saúde mental do município), vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), perpassando serviços da Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SEASC), que mantém contato e acompanhamento de situações atendidas também pela Unidade de Acolhimento.

A escolha de técnicas adequadas é um passo fundamental no processo da pesquisa. As técnicas possibilitam que toda a pesquisa adquira contornos e alcance os objetivos iniciais. No entanto, é necessária a escolha acertada a partir do método proposto. Nesta pesquisa serão utilizadas as seguintes técnicas, detalhadas na sequência deste item: as entrevistas, diário de campo, pesquisa documental e observação participante.

2.3.1.1 As entrevistas

Tedesco et al. (2013, p. 300) caracterizam a entrevista como uma “ferramenta eficaz na construção e acesso ao plano compartilhado da experiência”. Os autores ainda reiteram que a entrevista, na pesquisa cartográfica, acompanha todos os processos envolvidos, vindo ao encontro do método utilizado. Na cartografia, “a entrevista acompanha o movimento e, mais especificamente, os instantes de ruptura, os momentos de mudança presentes nas falas” (TEDESCO et al., 2013, p. 300).

As entrevistas foram realizadas no período de agosto a setembro de 2017 com os profissionais dos serviços de saúde mental e dos serviços de assistência social da esfera de gestão municipal supracitados. Foram realizadas 39 entrevistas: sete com usuários da Unidade de Acolhimento e 32 com profissionais das políticas de saúde e assistência social.

O critério utilizado para a seleção do número de profissionais que seriam entrevistados foi da conveniência para a pesquisa: toda a equipe da Unidade de Acolhimento daquele momento foi entrevistada (8 profissionais); a equipe diurna do CAPS AD III foi entrevistada, por ser a que mais tem contato com o serviço pesquisado (15 profissionais); e uma amostra de 4 profissionais do CAPS II também. Nos serviços da política de assistência social, foram

entrevistados cinco profissionais que atuavam diretamente com a demanda que embasa este trabalho.

Salientamos que houve três exonerações de profissionais no período da pesquisa, dois profissionais não aceitaram participar da pesquisa por motivos pessoais e dois estavam em férias, o que diminuiu a amostra inicial, mas sem comprometer a pesquisa como um todo.

Na Unidade de Acolhimento, todos os usuários que estavam no serviço no momento da pesquisa de campo foram entrevistados individualmente totalizando três. Além deles, buscamos contato com outros usuários que já estiveram no serviço, utilizando como critérios 1) a possibilidade de localização, 2) estarem residindo em Chapecó e 3) estarem sem o uso de substâncias psicoativas no momento da entrevista. Com esses critérios, a intenção foi de entrevistar a quantidade mínima de três pessoas que já utilizaram aquele serviço. Dos usuários entrevistados, quatro são egressos da Unidade de Acolhimento e os demais são usuários que estavam na Unidade de Acolhimento no período da pesquisa, totalizando sete entrevistados. O roteiro utilizado para realização dessas entrevistas está no apêndice C deste projeto.

No CAPS AD III, como critério de inclusão foi utilizado o fato de os profissionais serem do período diurno e da equipe fixa desse serviço. O total de entrevistas realizadas nesse serviço foi de 15. O CAPS II, por sua vez, realizou encaminhamentos para a Unidade de Acolhimento durante o período de três anos. A partir disso, no CAPS II, a ideia era uma amostra aleatória de 5 de um total de 20 profissionais, elencada através de sorteio entre todos os profissionais do serviço. Contudo, um dos profissionais não aceitou participar da pesquisa o que totalizou quatro profissionais entrevistados. Os roteiros das entrevistas são pautados no apêndice A.

Para que a pesquisa fosse efetiva e pudesse trazer um impacto para o município, foi estendida para os serviços socioassistenciais e que fazem parte do rizoma do serviço e da rede de saúde mental do município. Os profissionais entrevistados na política de assistência social são do Centro de Referência Especializado e Assistência Social I (CREAS I), Centro de Referência Especializado e Assistência Social II (CREAS II) e Resgate Social, atrelados à Secretaria de Assistência Social (SEASC). Estes últimos serviços são espaços socioassistenciais da rede de atenção de Chapecó, mantêm interlocução com a Unidade de Acolhimento e trabalham com a demanda pesquisada – usuários de substâncias psicoativas adultos. Diferentemente do planejamento inicial, as entrevistas nesses espaços aconteceram de forma individual tendo em vista a dificuldade de os profissionais estarem reunidos, em um mesmo horário, pela sua demanda de trabalho.

A Casa de Passagem, espaço onde os usuários também transitam e peça importante da rede, não participou da pesquisa por estar passando por um processo de reformulação do serviço, com modificações na gestão no momento da pesquisa de campo. Entendemos que, por estarem em um período de transição, esses profissionais – recém-admitidos naquele local – não seriam incluídos na pesquisa.

Todos os sujeitos pesquisados foram orientados adequadamente, especialmente a população vulnerável usuária dos serviços de saúde mental, e todos os entrevistados receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e dos Termos de Consentimento para uso de imagem (Anexo C) e voz (Anexo E), já que todas as entrevistas foram gravadas para melhor tratamento dos dados e informações coletadas.

A realização das entrevistas, tanto com os profissionais como com os usuários, transcorreu de forma tranquila e intensa. Todas as entrevistas foram agendadas anteriormente com os sujeitos da pesquisa e, nos serviços de maior demanda de atendimento, houve pequenos atrasos ou imprevistos durante o processo devido à própria dinâmica dos espaços.

Sobre a função da entrevista, “como procedimento cartográfico, comentaremos como ela pode ser capaz não só de acompanhar processos como também, por meio de seu caráter performativo, neles intervir, provocando mudanças, catalisando instantes de passagem, esses acontecimentos disruptivos que nos interessam conhecer” (TEDESCO et al., 2013, p. 300).

Apesar de ser salientada a importância da entrevista, na cartografia todas as técnicas e movimentos da pesquisa têm relevância e importância. Assim, os autores supracitados esclarecem que não há entrevista cartográfica, mas sim manejo da entrevista no método da cartografia. (TEDESCO et al., 2013, p. 301).

Quando Tedesco et al.(2013, p. 317) se referem ao “manejo cartográfico”, salientam que, na entrevista, ele visa,

[...] por meio do redirecionamento ininterrupto das falas, de relances, perguntas e comentários, alimentar e privilegiar a vivacidade da linguagem. A entrevista deve intervir na abertura ao caráter intensivo da experiência do processo do dizer em curso, resistindo aos discursos unificadores e totalizantes. Ao fazer uso de entrevistas, interessa à cartografia promover o acesso ao plano coletivo de forças e sua indeterminação, a pluralidade de vozes na experiência compartilhada do dizer.

A entrevista, no modo de pesquisar cartográfico, tem a intenção de perceber também aquilo que não é dito, os significados das outras linguagens quando são realizados os questionamentos. O manejo busca dar voz também ao que não é dito, entrelaçando essa técnica ao processo da pesquisa.

A utilização dessa técnica nesta pesquisa foi de fundamental importância por agregar os elementos da observação, em que puderam ser percebidos momentos de tensão, emoção, relações de poder, relações profissionais e de amizade, bem como o afeto com relação aos espaços pesquisados. Todos esses sentimentos e relações serão melhor detalhados na análise das entrevistas realizadas.

Na cartografia, o pesquisador tem claro que a cada momento que faz uma pesquisa e entra em campo, existem processos em andamento. Ou seja,

[...] a pesquisa de campo requer a habitação de um território que, em princípio, ele não habita. Nesta medida, a cartografia se aproxima da pesquisa etnográfica e lança mão da observação participante. O pesquisador mantém-se no campo em contato direto com as pessoas e seu território existencial. (BARROS; KASTRUP, 2009, p. 56).

A observação das nuances do que não é dito ou documentado faz com que a pesquisa torne-se muito dinâmica e repleta de singularidades a cada nova incursão no campo de pesquisa.

A Unidade de Acolhimento e o CAPS AD III constituíram-se nos locais em que, como pesquisadora, eu também estava envolvida profissionalmente. Os vínculos afetivos e profissionais fizeram parte de todo o processo da pesquisa, sendo incentivo e fortalecimento para a elaboração desta dissertação.

Os demais serviços pesquisados também não se constituíram em obstáculos já que haviam conexões entre esta pesquisadora e os sujeitos pesquisados estabelecidas antes da execução da pesquisa, facilitando profundamente todo o processo e deixando clara a necessidade do contato entre os serviços que fazem parte do rizoma ao qual está vinculada a Unidade de Acolhimento.

A dificuldade na amostra de usuários entrevistados foi ocasionada devido ao grande número de recaídas (retorno ao uso de substâncias psicoativas), óbitos e mudanças de domicílio. Todos os sujeitos que foram ou são usuários da Unidade de Acolhimento ficaram muito contentes com o fato de serem convidados para a participação na pesquisa, sentindo-se pertencentes a esse universo, além de perceberem que suas histórias e vivências tinham um significado especial. O diário de campo deixa clara essa minha relação como pesquisadora com os sujeitos pesquisados e suas percepções com relação à pesquisa:

Ao ser convidada para fazer parte da pesquisa, a residente da Unidade de Acolhimento abre um sorriso e questiona: “mas o que eu tenho pra falar? Será que vou saber responder de forma certa?” Respondo que não há certo ou errado e que tudo o que ela me trouxer terá um valor especial para a pesquisa. Ela volta a sorrir e diz: tenho muito a contar então. Lógico que participo sim. [...] E passa a contar suas

vivências, o significado da Unidade de Acolhimento para ela assim como do CAPS AD III em seu tratamento. Se preocupa em utilizar a norma culta apesar de estar serena ao responder as questões, fazendo questão de se aproximar do gravador para sua voz ficar mais clara e, de fato, ela tinha muito para ensinar e compartilhar. (Diário de Campo, ago. 2017).

2.3.1.2 Diário de campo

A importância da história vivida durante todo o processo da pesquisa pôde ser contada através do diário de campo, técnica muito utilizada na cartografia. É no diário de campo que estão todas as impressões, sensações e observações do pesquisador em seu processo de pesquisa. Barros e Kastrup (2009) ressaltam que, na pesquisa cartográfica, são feitos relatos regulares após as atividades e visitas que contêm as impressões do campo. Ainda, que esses relatos têm registrada a atividade, sua data, quem estava presente, além de esmiuçar sensações, impressões e informações menos nítidas que também têm relevância para a pesquisa.

Esses relatos “[...] buscam, sobretudo, captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos. Podem conter associações que ocorrem ao pesquisador durante a observação ou no momento em que o relato está sendo elaborado” (BARROS; KASTRUP, 2009, p.70).

O exercício da escrita é apontado como fundamental na pesquisa e, em especial, na cartografia, possibilitando e dando visibilidade ao processo de construção coletiva do conhecimento. Ainda, reconhece-se uma processualidade na própria escrita, o que significa que, no momento da elaboração do diário de campo, o pesquisador retorna ao campo de pesquisa podendo esclarecer e apontar elementos importantes para a análise das informações. (BARROS; KASTRUP, 2009, p.71).

Desta forma, esse instrumento de pesquisa foi fundamental na realização da cartografia, gerando atenção a cada nuance e prisma dos momentos em campo. Leva-se em conta que essa técnica foi realizada dentro dos limites éticos e com a ciência dos sujeitos pesquisados.

2.3.1.3 Pesquisa documental

Outra técnica de pesquisa utilizada foi a documental, como forma de caracterizar a história da Unidade de Acolhimento, seu processo de constituição e consolidação.

Assim, ocorreu o estudo aprofundado sobre toda a legislação pertinente ao tema: Lei n. 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; Portaria do Ministério da Saúde 3.088/republicada em 2013, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Portaria 121/2012, que institui as Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2012a); Portaria 336/2002, que define e estabelece critérios e normas para o funcionamento dos CAPS; Política Nacional sobre Drogas (2005a), que estabelece as orientações em âmbito federal para atendimento e acompanhamento das pessoas em situação de uso nocivo de substâncias psicoativas; Decreto n. 6.117 de 22 de maio de 2007, o qual aprova a Política Nacional sobre o Álcool, que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com violência e criminalidade; Decreto 7.179 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; Portaria 130 de 2012, que reorganiza a estrutura do CAPS AD III (BRASIL, 2012b); Portaria 855/2012, que organiza o funcionamento das Unidades de Acolhimento no país, incluindo o estabelecimento de códigos para os procedimentos e atendimentos realizados pelos serviços (BRASIL, 2012c).

A gama de documentos utilizados para esta dissertação é extensa, porém entendemos que é fundamental trazer sua identificação. Além das legislações relatadas, utilizamos relatórios do Ministério da Saúde, como o intitulado “Saúde Mental em Dados n. 12” (2015a) e o Relatório de Gestão 2011-2015 intitulado Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Esses dados foram utilizados, pois são os últimos oficiais disponíveis. Outro material utilizado e elaborado pelo Ministério da Saúde é a Cartilha referente ao Programa Crack, é Possível Vencer, publicada em 2013 e disponível na internet.

Na esfera estadual, consultamos os documentos disponíveis sobre a Rede de Atenção Psicossocial do estado de Santa Catarina assim como o planejamento de investimento na saúde mental para o estado de Santa Catarina.

Além das legislações nacionais, o atual Plano Municipal de Saúde de Chapecó, em vigência até 2021, forneceu elementos da rede de atenção à saúde do município. Foram pesquisados documentos de registros na Unidade de Acolhimento, tais como a relação de usuários atendidos por ano, os prontuários dos usuários e livros de ata das reuniões de equipe, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó e respeitando os preceitos éticos da pesquisa.

O levantamento de dados nacionais oficiais iniciou ainda em 2016, e as dificuldades na coleta surgiram naquele mesmo ano, quando as informações do Ministério da Saúde sobre

os serviços de saúde mental no Brasil passaram a não constar mais no site daquele órgão e deixaram de ser atualizadas. Apesar das tentativas de contato por e-mail para dados mais atualizados, não obtivemos retorno. O Observatório do Crack, site que disponibilizava todos os locais em que se encontravam serviços da RAPS também deixou de ser atualizado e isso dificultou o trabalho de acompanhamento sobre a ampliação ou não dessa rede.

2.3.1.4 Observação participante

A observação participante, por sua vez, perpassou grande parte do percurso da pesquisa, estando presente durante a realização das entrevistas, momentos em campo, momentos de atuação profissional e pesquisa documental.

2.4 A ANÁLISE DE PROCESSOS NA CARTOGRAFIA

A cartografia compreende o processo de análise de informações em sua complexidade. Isso significa dizer que o método “se compromete de maneira significativa com a análise do processo de pesquisa a ser empreendido, ainda que tal análise não se exerça sobre dados, isto é, sobre uma objetividade tida como independente da própria pesquisa” (BARROS; BARROS, 2013, p. 374).

Com a compreensão de que todos são envolvidos em todos os momentos da pesquisa, quando falamos da análise das informações coletadas, o método entende que,

Em relação à experiência, não há como manter a atitude típica que mantemos em frente de objetos, baseada na crença de que eles existem independentemente de nossa relação com eles. O acesso à experiência modula todo o procedimento de pesquisa, porque faz aparecer uma dimensão participativa na constituição dos objetos. Sendo assim, também a análise deve caminhar na direção da participação. (BARROS; BARROS, 2013, p. 375).

Entendendo que a análise não se constitui pura e simplesmente como sendo aquela das informações coletadas pelas diferentes técnicas de pesquisa, o método cartográfico percebe como informação as nuances que surgem durante o processo, levando em consideração a objetividade e a subjetividade e compreendendo a análise também como integrante da pesquisa, não um momento isolado.

A cartografia, diferente de outras perspectivas que pressupõem a análise como um momento específico da pesquisa, “é, também ela, processual, e inerente a todos os

procedimentos de pesquisa” (BARROS; BARROS, 2013, p. 388). E esta análise não está necessariamente vinculada ao término do cronograma de pesquisa.

A análise no método cartográfico também não se restringe puramente aos dados, ocorre durante todos os movimentos da pesquisa, independentemente de qual técnica se está aplicando. Assim, para a cartografia, “[...] a abertura à multiplicidade de sentidos não pode ser temporalmente localizada na pesquisa. Ela se dá ao longo de todo o processo; sustentar a atitude de abertura é, inclusive, uma das tarefas principais da análise na pesquisa”. (BARROS; BARROS, 2013, p. 388). Dessa forma, cabe ao pesquisador estar atento a todas as nuances do processo de pesquisa para realização de uma análise qualificada e adequada. Assim, na cartografia,

Analisar é, de fato, sustentar um *ethos* analítico específico, permitindo que a pesquisa se volte para si mesma e se interrogue acerca da implicação e da participação, levando à problematização e ao reposicionamento do lugar dos participantes. Daí o paradoxo da análise, o de constituir-se ao mesmo tempo como um acesso à objetividade e como um procedimento de proliferação de sentidos e de singularização. (BARROS; BARROS, 2013, p. 388).

Consonante com o método cartográfico, a análise constitui-se em elemento intrínseco do processo de pesquisa, não sendo utilizada apenas em um momento específico, mas durante toda a realização desta pesquisa, buscando perceber as entrelinhas em todos os momentos, tendo em vista também o referencial teórico e as noções que fundamentam a pesquisa.

2.5 A ÉTICA NA PESQUISA

A ética no processo da pesquisa é preceito de fundamental importância a ser respeitado. Assim, esta pesquisa compreende e concorda com os pressupostos apontados na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466 de 12 de dezembro de 2012, considerando e respeitando os direitos dos sujeitos pesquisados.

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Unochapecó (CEP), através da Plataforma Brasil, recebendo a autorização para que a pesquisa fosse realizada. A autorização do Comitê foi fornecida em 01º de agosto de 2017, sob o parecer de número 2.195.587. A apresentação do projeto é ponto necessário e obrigatório da pesquisa, conforme aponta a Resolução do CNS:

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos

de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução. (CNS, 2012, p. 1-2).

Ao realizar-se uma pesquisa na área da saúde, é fundamental que as regras estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde façam parte do processo. Os termos de consentimento livre e esclarecido (anexo A), de Uso de Voz (anexo E) e de Imagem (anexo C) foram lidos e explicados minuciosamente a todos os sujeitos pesquisados, sendo fornecidas cópias das quais constavam os contatos das pesquisadoras para que pudessem tirar dúvidas a qualquer momento.

A metodologia contempla o comprometimento ético dos pesquisadores: os sujeitos pesquisados são mantidos no anonimato, podendo expor suas informações de forma tranquila. Todos os dados serão tratados e apresentados a partir da identificação da categoria (profissional ou usuário), seguida de uma letra. Não serão diferenciados os profissionais das políticas de saúde ou assistência social nesta dissertação para não incorrerem no erro de quebrar o sigilo da pesquisa.

Ao término do processo de formação, será dada devolutiva desta pesquisa para todos os sujeitos pesquisados através de apresentação dos resultados.

Assim, ressalta-se o compromisso das pesquisadoras com relação às informações recebidas dos sujeitos pesquisados, mantendo um padrão ético durante toda a realização desta pesquisa.

III CAPÍTULO

3 SAÚDE MENTAL ONTEM E HOJE: REFLEXÕES HISTÓRICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS CONTEMPORÂNEAS

Este capítulo faz um breve resgate da história da loucura ao longo dos tempos assim como do uso de substâncias psicoativas. A partir de revisão teórica, apontamos alguns aspectos que entendemos como relevantes para a compreensão do papel do Estado ou de sua omissão em determinados períodos para que, com isso, sejam analisadas as atuais políticas públicas existentes no país.

A partir desse embasamento, abordamos os actantes/atores que teceram a rede que envolve a Unidade de Acolhimento de Chapecó, além do seu planejamento e sua implementação, buscando traduzir sua história a partir das entrevistas realizadas com os próprios envolvidos nesse processo de construção.

3.1 A SEGREGAÇÃO DA LOUCURA E DOS INDESEJADOS

A loucura tem registros desde a antiguidade, sendo algo considerado anormal e passível de exclusão. Podemos resgatar resquícios de como a loucura era compreendida, por exemplo, na Idade Média, quando as pessoas consideradas “loucas” eram queimadas pela Inquisição. Durante longo período da história, aqueles que se opunham, de alguma forma, ao que era social e moralmente aceito eram excluídos, passando a vida isolados pela família – em casa ou em locais destinados a eles exclusivamente.

Foucault (2014) traz um retrospecto, em sua obra, de como as internações para afastar ou isolar determinados segmentos sociais tornaram-se comuns. O autor aponta que “a partir da Idade Média, e até o final das Cruzadas, os leprosários tinham multiplicado por toda a superfície da Europa suas cidades malditas” (FOUCAULT, 2014, p. 3). Os leprosos foram excluídos socialmente a partir do momento em que a doença se alastrou rapidamente e sua convivência social foi restrita tendo como consequência a diminuição da expansão da doença em toda a Europa.

Contudo, no final do século XV, as doenças sexualmente transmissíveis ocuparam o lugar da lepra (FOUCAULT, 2014). As pessoas que tinham essas doenças também passaram a ser isoladas do convívio social, sendo utilizados antigos leprosários para este fim. Apesar de o leprosário ser dedicado às pessoas que tinham lepra, o número de leprosos havia diminuído

e os que ali estavam precisavam conviver com os novos residentes, mesmo com medo dessa realidade.

Mas, qual a relação do isolamento destes segmentos com os loucos? Historicamente, as pessoas tidas como “loucas” foram segregados em seus lares, sendo isolados de qualquer convívio social. Ao final da Idade Média, a loucura deixou de ser secundária e de cunho estritamente privado, sendo considerado “louco” aquele que falava publicamente o que pensa, atraindo e assustando a sociedade. Contudo, em plena Renascença, a Nau dos Loucos apareceu de forma privilegiada na Europa. O navio tinha como finalidade levar pessoas com transtornos mentais de um local para outro, especialmente quando sua origem era de outra cidade ou país (FOUCAULT, 2014). O autor ressalta que, “confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida” (FOUCAULT, 2014, p. 11-12). Então,

[...] esta circulação de loucos, o gesto que os escorraça, sua partida e seu desembarque não encontram todo seu sentido apenas ao nível de utilidade social ou da segurança dos cidadãos. Outras significações mais próximas do rito sem dúvida aí estão presentes; e ainda é possível decifrar alguns de seus vestígios. Assim é que o acesso às igrejas é proibido aos loucos [...]. Acontecia de alguns loucos serem chicoteados publicamente, e que no decorrer de uma espécie de jogo eles fossem perseguidos numa corrida simulada e escorraçados a bastonadas. [...]. (FOUCAULT, 2014, p. 11)

Já no século XVII, ocorreu a ampliação dos espaços de internamento. Segundo Foucault (2014), nesse período, um a cada cem habitantes de Paris encontrava-se confinado em uma instituição de internamento. Além disso, muitos dos locais para internação eram os antigos leprosários, que herdaram, inclusive, seus bens para o atendimento de pessoas com transtornos mentais. Tratava-se de uma rede que se espalhou por toda a Europa, estabelecendo-se na Inglaterra, Holanda, Alemanha, França, Itália e Espanha (Foucault, 2014). Sobre essa ação, Foucault (2014) avalia:

O internamento, esse fato maciço cujos indícios são encontrados em toda a Europa do século XVII, é assunto de “polícia”. Polícia, no sentido preciso que a era clássica atribui a esse termo, isto é, conjunto de medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele. (FOUCAULT, 2014, p. 63).

O que Foucault (2014) chama de “a grande internação” perpassou as doenças mentais. Na Europa como um todo, o objetivo do internamento era o mesmo, quando analisado em suas origens: “[...] constitui uma resposta dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, devendo-se

este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise na economia espanhola” (FOUCAULT, 2014, p. 66). Tratava-se, desta forma, de uma cultura higienista e de repressão à pobreza. Porém, em períodos fora da crise, o internamento tinha como função a mão de obra barata daqueles que estavam presos pelos motivos anteriormente mencionados.

Amarante (2007, p.22), a partir da análise de Foucault (2014), ressalta que a criação dos hospitais, na Idade Média, teve como objetivo ser “abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes”. Esses espaços de internação eram voltados a essa população e mantidos, fundamentalmente, por ordens religiosas (FOUCAULT, 2014). O Hospital Geral de Paris, por exemplo, tinha como objetivos:

[...] recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar. (FOUCAULT, 2014, p. 49).

Amarante (2007, p. 23) considera que, o surgimento do Hospital Geral da França foi um marco de suma importância para “a definição de um novo ‘lugar social’ para o louco e a loucura na sociedade ocidental” mesmo porque, nesse período, o hospital tratava-se de espaço desvinculado de saber médico ou científico. Apenas no século XVIII os hospitais passaram a ser um espaço predominantemente ocupado por médicos e pelo saber científico, com foco na atenção à saúde.

Phillippe Pinel, em 1793, passou a dirigir o Hospital de Bicêtre em Paris, sendo conhecido, desde então, como o pai da psiquiatria e do alienismo. A concepção do médico era a de que os loucos deveriam realizar seu tratamento de forma asilar, ou seja, de forma isolada da sociedade. A doença mental deveria ser tratada de maneira totalmente isolada da sociedade, já que suas causas estavam atreladas ao meio social, além da sua terapêutica introduzir o tratamento moral (AMARANTE, 2007). A liberdade do doente mental, para Pinel, estava diretamente vinculada a um espaço fechado e “deixada nas mãos do legislador e do médico, que a deviam dosar e tutelar” (BASAGLIA, 2010, p. 23), o que implicava seu asilamento.

Pinel entendia que o isolamento do louco em relação ao mundo externo era necessário para que fosse tratado adequadamente. Desta forma, poderia conhecer o alienismo em seu “estado puro” e sem interferências. O médico também realizava o tratamento moral que exigia ordem e consistia em disciplinar, como instituição, os internos a partir de várias regras,

condutas, horários e regimentos (AMARANTE, 2007). No entanto, esse processo sempre ocorreu com críticas, inclusive dos contemporâneos de Pinel. Seguir a lógica do asilamento fez com que

[...] os primeiros asilos ficassem rapidamente superlotados de internos. A enorme dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade; as evidentes funções sociais (ainda) cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população; as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados fizeram com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, logo chegasse aos mais baixos níveis. (AMARANTE, 2007, p. 38)

Mesmo com as críticas, a concepção pineliana que relaciona a doença mental com o isolamento e internação passou a ser adotada em vários países, incluindo o Brasil, com baixíssima intervenção estatal com relação ao assunto, além da legitimação desse modelo (VAZ, 2005).

Com o passar dos anos e conforme essas pessoas foram consideradas um “problema”, ou seja, quando ficaram mais visíveis para o restante da população, ao utilizar como estratégias de sobrevivência atos infracionais ou pedidos de doações, o Estado passou a adotar uma lógica higienista e excludente mais intensa. Contudo, a preocupação era maior com a loucura do que com o louco. As mudanças sociais intensas daquele período transformavam qualquer pessoa em um potencial paciente (LUZ, 1994).

Com efeito, na segunda metade do século, sobretudo depois de 1870, os loucos também, como os criminosos, os aleijados, doentes, mendigos, negros, escravos ou não, infestam as ruas, tornando-se sombrias, inseguras, incertas pelos comportamentos e atitudes inesperadas que essa multidão andrajosa pode tomar. (LUZ, 1994, p. 91).

E nesse contexto é que foram implementados os primeiros hospícios brasileiros: em Salvador (Juliano Moreira), no Recife (Tamarineira) e no Rio de Janeiro (Hospício Pedro II). Esses locais, com cunho asilar, objetivavam tirar da sociedade a população com essas características, sem a preocupação de tratamento ou de cuidado. Essa foi a política adotada por grande parte dos países até o século XX onde ocorria uma grande preocupação com a questão moral e entendia-se que, se não era possível “dobrar a índole” do sujeito, o hospício teria essa função quando as demais instituições não conseguisse realizar isso.

No início do século XX, no Brasil, a psiquiatria torna-se mais poderosa, e o asilamento mais frequente. Os hospitais existentes passaram a ter a ampliação das vagas e o uso do choque insulínico, de eletroconvulsoterapia e as lobotomias faziam parte da rotina desses

espaços. Nos anos 1950, surgiram as primeiras medicações psicotrópicas, utilizadas em larga escala e estando bastante atreladas aos laboratórios farmacêuticos (AMARANTE, 1994).

Também no século XX, são criadas as colônias de alienados a partir do relato de uma experiência de uma aldeia belga³ que se apresentava como uma nova forma de acolher o sofrimento mental e “resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica” (AMARANTE, 2007, p. 38). No início do século XX, segundo o autor, são implementadas as primeiras colônias de alienados sempre buscando o trabalho laboral e o compreendendo como terapêutico.

Os alienistas brasileiros do início do século XX, a exemplo de Waldemar de Almeida, foram adeptos fervorosos das colônias de alienados, pois consideravam que o trabalho seria o ‘meio terapêutico mais precioso’, que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo fazer desaparecer ‘os vestígios do delírio’. (AMARANTE, 2007, p. 39).

Apesar do estímulo para criação das colônias ser positivo, em pouco tempo elas tornaram-se asilares também. Amarante (2007, p. 40), inclusive, afirma que “de uma aldeia de pessoas livres, com sua própria história e cultura, nasceram instituições asilares de recuperação pelo trabalho”. O autor ainda refere a superlotação desses espaços – uma colônia chegou a ter 16 mil internos.

Apenas no século XX o modelo asilar e excludente passou a ser questionado, após as duas grandes guerras mundiais (AMARANTE, 2007). Esse processo iniciou na Europa, em especial na França e Itália, além de nos EUA. Na Itália, o movimento da Reforma Sanitária foi desencadeado por Franco Basaglia, que conseguiu uma importante conquista, em 1973, com o credenciamento do Serviço de Trieste, o qual era dirigido por ele, tornando-se uma referência na área. Em 1978, a Itália promulga a lei Franco Basaglia, instituindo que o tratamento deveria ser realizado de forma digna e com a concordância do paciente. A França iniciou movimentos contrários à institucionalização ainda na década de 1940 do século XX, nas Jornadas Nacionais de Psiquiatria, que questionavam a internação como modalidade de

³Amarante (2007) relata a experiência de uma aldeia belga chamada Geel. Neste local, no século VI, uma princesa foi condenada à morte pelo pai por não aceitar casar-se com ele e ter fugido. No dia de sua morte, enquanto ela foi decapitada, em praça pública, um “alienado” que assistia a tudo, mostrou-se curado (lúcido). A partir de então, o local é palco de peregrinações de pessoas (familiares e pessoas com transtornos mentais) em busca de milagres atribuídos à esta princesa. O dia da morte da princesa passou a ser o dia de maior peregrinação. Como nem sempre a cura vinha no primeiro ano, os “alienados” passaram a morar na aldeia com os outros moradores que eram pagos pelas famílias de origem. As pessoas com transtornos mentais tinham convívio e relações com o grupo social de maneira harmônica e tranquila e o local passou a ser considerada uma Colônia sem qualquer espaço enclausurado. Entendeu-se que isso foi possível a partir do trabalho laboral considerado “terapêutico”.

tratamento, além de não possibilitar efetividade. Após o início da movimentação francesa, a Espanha também passou a questionar o modelo vigente.

No Brasil, contudo, esse debate chegou apenas no final da década de 1970, de forma muito tímida e marginalizada. Amarante (1994) afirma que as primeiras experiências de reformas psiquiátricas aconteceram isoladamente, de forma local, sendo muito difícil o resgate delas. A compra de serviços psiquiátricos a partir da década de 1960 desencadeou um processo que teria efeitos graves e em longo prazo: a mercantilização da doença mental. AMARANTE (1994, p. 78) afirma que “a doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria”. Ressaltamos que esse processo ocorreu em toda a política de saúde o que explica as resistências significativas na aprovação de um sistema de saúde (Sistema Único de Saúde – SUS) voltado a todos e sem exigência de contrapartidas ou contribuições de qualquer forma.

Acerca dos marcos da Reforma Psiquiátrica brasileira, compreende-se que seu início ocorreu entre os anos de 1978 e 1980 (AMARANTE, 1994). O ano de 1987 foi um marco decisivo para os novos rumos na área da saúde mental.

[...] o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores, e lança o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. (AMARANTE, 1994, p. 81)

Amarante (1994) menciona como ator fundamental para esse processo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) além da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a própria indústria farmacêutica e as universidades. Um ator de destaque nesse processo, segundo o autor, foi o MTSM. O movimento se constituiu a partir das denúncias de falta de infraestrutura dos profissionais que atuavam nos hospitais. Esses profissionais, de diferentes categorias (médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, em sua maioria) eram contratados como ‘bolsistas’ e trabalhavam sob constantes ameaças. Foi através de uma denúncia de três médicos bolsistas sobre as condições dos hospitais que o movimento se potencializou já que profissionais de outros locais se solidarizaram e se manifestaram sobre suas próprias condições de atuação junto aos doentes mentais. Assim,

[...] nasce o MTSM, cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 1994, p. 52).

Sobre o movimento antimanicomial, Vasconcelos (2017, p. 30) contribui ao esclarecer: “constitui-se como um movimento social amplo, diversificado e pluralista, com base social principal em um espectro variado de profissionais e trabalhadores que atuam nas redes de saúde mental”. O autor complementa reiterando que as bases teóricas do movimento estão pautadas em Franco Basaglia e Michel Foucault, sendo que nelas “[...] há uma clara ênfase nas dimensões culturais, institucionais, profissionais e epistemológicas necessárias às mudanças propostas para o campo da saúde mental” (VASCONCELOS, 2017, p. 31).

A partir de então, os movimentos sociais relacionados à desinstitucionalização passaram a tomar maiores proporções com a participação de muitos profissionais da saúde, inclusive de diferentes categorias, dos familiares e usuários da saúde mental. As primeiras iniciativas foram registradas em Santos (São Paulo), em 1989, que passou a utilizar a mídia para buscar desconstruir os estigmas relacionados à doença mental, além de fechar um hospital psiquiátrico e implementar um serviço intitulado Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) que, posteriormente, se tornaria os CAPSs, dispositivos da atual RAPS.

Esse processo não ocorreu de forma tranquila e pacífica, encontrando resistência tanto de alguns profissionais, como de familiares. No entanto, o processo de redemocratização do país, a Reforma Sanitária que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde e a criação de diferentes estratégias exitosas com relação à saúde mental, fizeram com que a Lei 10.216 fosse aprovada em 2001. Essa lei é um marco referencial, pois permaneceu 12 anos engavetada antes de sua aprovação, trazendo consigo a garantia de direitos a uma população que foi excluída historicamente em nosso país. As dificuldades na aprovação da Lei 10.216/01 comprovam os empecilhos existentes naquele período com relação a um novo olhar para a saúde mental, aspectos que trouxemos anteriormente tais como a mercantilização da saúde estão diretamente relacionados a essa demora.

Muito se tem buscado entender com relação ao cuidado na área da saúde mental, tanto por parte dos profissionais, como dos familiares e usuários. Diferentes formas de atender essa demanda foram utilizadas no decorrer da história brasileira e da humanidade. No entanto, o que sabemos é que essa é uma área que traz muitas especificidades e cada usuário precisa ser atendido a partir de sua singularidade, história de vida e demandas próprias.

A partir desses elementos, buscamos realizar breve resgate histórico sobre a dependência química e sua articulação com as políticas públicas atuais.

3.2 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL: BREVE REVISÃO TEÓRICA

A saúde mental, que, nos dias atuais, está inserida na Política de Saúde e no âmbito do tripé da seguridade social, passou por muitas transformações históricas advindas de movimentos dos próprios profissionais, usuários e familiares. No entanto, essas mudanças na compreensão da necessidade de uma Política de Saúde Mental aconteceram de forma gradativa e ainda encontram muitos percalços em sua jornada.

Percebe-se que a humanidade, desde os registros iniciais de que se tem conhecimento, teve dificuldade em lidar com pessoas com transtornos mentais ou dependência química. Essas pessoas foram marginalizadas e excluídas do convívio social por décadas, através de uma cultura higienista, manicomial e institucional que se solidificou ao longo do tempo. Apesar de o uso de substâncias psicoativas estar implícito na história da humanidade, o uso abusivo, excessivo e danoso demorou a ser compreendido como uma doença que precisava de tratamento.

Assim, o que percebemos com a revisão teórica realizada com base em Vaz (2005), Faleiros (2002), Arbex (2013), Fonte (2013), Luz (1994), Foucault (2014), Costa et al., (2015), é um processo histórico de segregação das pessoas com transtornos mentais e/ou uso de substâncias psicoativas, no qual não ocorria o tratamento propriamente dito: apenas a institucionalização por meio de internações psiquiátricas, as quais movimentavam a economia do mercado privado, promovendo uma lógica perversa e ineficaz.

Eliane Fonte, em artigo que se refere à Reforma Psiquiátrica, aponta que “a loucura só vem a ser objeto de intervenção por parte do Estado no início do século XIX, com a chegada da Família Real ao Brasil, depois de ter sido socialmente ignorada por quase trezentos anos” (FONTE, 2013, p. 2). A autora afirma que aqueles que não apresentassem comportamento “sociável” e fossem agressivos, deveriam ficar trancafiados nas Santas Casas de Misericórdia e retirados das ruas. Iniciou-se, com isso, um processo excludente que duraria muito tempo e deixaria impregnada a lógica higienista em grande parte da sociedade.

Em 1852, foi inaugurado o primeiro hospício no Brasil, o Hospício São Pedro, no Rio de Janeiro. A partir de então, foram implantados outros, com forte cunho religioso e com falta de critérios médicos para o recebimento de usuários, situação que se manteve até o início do

século XX. Fonte (2013, p. 3) traz mais peculiaridades sobre o tratamento aos “loucos” no Brasil naquele período:

Nesse primeiro momento, o isolamento em relação à família é prioritário e indispensável apenas para um tipo específico de louco: o caso do louco que vaga pela rua, pois a família pobre não tem possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. Para famílias ricas, que quisessem manter junto dela o alienado, o internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior de sua ampla residência. (FONTE, 2013, p. 3).

Ou seja, ocorriam diferenciações de acordo com a classe social do paciente e as condições de seus familiares, o que fortalecia ainda mais o higienismo em que os “loucos pobres” deveriam ser retirados das ruas e dos olhares públicos.

Com base nos dados históricos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na primeira metade do século XX, podemos constatar a dificuldade no estabelecimento de critérios para internações de longa permanência, bem como a existência de uma quantidade significativa de asilos ou manicômios naquele período.

Ao serem analisados os diagnósticos dos pacientes que estavam institucionalizados ao longo dos anos, a partir dos dados do IBGE, percebemos a internação de muitos alcoolistas, enquadrados em diferentes categorias, além de internações por quadros de “imbecilidade” e “idiotia”, ou diagnósticos não conclusivos denominados como “doenças de outra natureza”, como constatado em relatório do ano de 1908, com relação ao Distrito Federal.

Daniela Arbex (2013), em sua obra intitulada “Holocausto Brasileiro”, traz um retrato da realidade vivenciada pelos pacientes usuários dos hospitais psiquiátricos, manicômios e asilos, traduzindo os números apontados pelo IBGE em vidas que foram dilaceradas. ARBEX (2013) relata trechos da história da Colônia de Barbacena, que ficava localizada em cidade com o mesmo nome, em Minas Gerais: os pacientes chegavam até a cidade encaminhados de trem, dos mais diferentes pontos do Brasil, por diversos motivos, não somente diagnósticos médicos.

A autora cita exemplos de adolescentes encaminhadas pelos pais, grandes fazendeiros, por terem perdido a virgindade; mulheres e homens que foram levados até o Colônia para familiares evitarem divisões de heranças e bens; ou ainda aquelas mulheres que os companheiros definiam como melhor forma de “descarte” encaminhar para Barbacena, podendo assim contrair novas núpcias. Muitos fatores além da questão “doença” estavam relacionados aos hospitais psiquiátricos.

A obra anteriormente citada é fundamental para compreendermos que as internações não eram temporárias, mas permanentes, sendo os usuários praticamente abandonados nas instituições, salvo raras exceções. Os asilos ou manicômios, por sua vez, tinham infraestrutura precária, inclusive sem condições de higiene, com alimentação e vestuário inadequados ou insuficientes, falta de qualquer outra opção de tratamento a não ser o medicamentoso, além da realização de experiências como o eletrochoque e as desastrosas lobotomias, nas quais, através de procedimento cirúrgico, os médicos buscavam atingir determinadas áreas do cérebro responsáveis por quadros psiquiátricos avaliados como sendo graves causando a morte de centenas de pessoas.

Frequentemente ocorriam óbitos devido às condições desumanas às quais os pacientes eram submetidos; e, assim iniciava outro comércio dentro dos manicômios. A venda de corpos dos pacientes mortos ocorria livremente para os cursos de medicina de universidades da região, movimentando valores consideráveis aos padrões da época.

Assim, percebemos outras nuances sobre a história da saúde mental brasileira. Interesses ocultos – ou nem tanto – permeavam ações referentes às internações psiquiátricas até a década de 1970, quando iniciaram ações mais efetivas do início do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Faleiros (2002, p. 33) ressalta que:

O paradigma da desinstitucionalização, adotado pela Organização Mundial de Saúde e formalmente pelo Ministério da Saúde do Brasil, implica na ruptura epistemológica com o modelo psiquiátrico, médico-clínico da loucura, cujo objeto de intervenção é a doença mental, enquanto que o objeto da ação terapêutica para a desinstitucionalização é a ‘existência sofrimento’.

No mesmo artigo, a autora segue pontuando que a desinstitucionalização traz uma nova concepção,

[...] baseada em princípios éticos e democráticos, segundo a qual as pessoas acometidas de transtornos mentais não têm apenas a identidade de doentes, incapazes e perigosos, mas a de cidadãos, com múltiplas identidades sociais (pai, filho, trabalhador, consumidor, eleitor e muitas outras), com os direitos individuais, sociais e políticos iguais aos de qualquer brasileiro, além de direitos especiais de cuidado. (FALEIROS, 2002, p. 32).

Os indicadores do IBGE também falam muito a respeito da história da saúde mental brasileira, como discutido anteriormente. Denotam a organização de todo um sistema em prol e em torno das internações psiquiátricas e do modelo medicalocêntrico que serviam a diferentes atores sociais. Diante disso, o movimento da Reforma Psiquiátrica encontrou diferentes entraves, e em todas as esferas, para que um novo modelo assistencial fosse implementado.

A intervenção pública sobre a saúde mental no Estado brasileiro se instituiu na segunda metade do século XIX. Na década de 1980 daquele século, evidenciaram-se duas grandes preocupações: as epidemias e a loucura, já que isso apresentava, também, reflexos e atrapalhava as exportações do país. O Estado, então, intensificou “a criação de um espaço político do desvio; desvio do comportamento, desvio da atitude, do desejo e até da fantasia”. (LUZ, 1994, p. 89).

Até os dias atuais, a Política de Saúde Mental encontra dificuldades em ser compreendida por algumas esferas sociais, e o estigma de que a hospitalização/internação de longa permanência seria o melhor caminho ainda segue como um fantasma difícil de ser combatido. Ainda é necessário o fortalecimento de estratégias como o trabalho com famílias e a comunidade realizado pelos serviços de saúde mental para que novos paradigmas, que respeitem os usuários, sejam formulados. Ressalta-se que os estigmas sociais perpetuados ao longo da história ainda comprometem o novo olhar, que seria necessário, para com as pessoas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas. E, para que possamos compreender isso, trazemos um breve histórico de como a utilização de substâncias psicoativas aconteceu ao longo da história no próximo item.

3.3 O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A RELAÇÃO HISTÓRICA COM AS ATUAIS POLÍTICAS PÚBLICAS

O uso de substâncias psicoativas ou que alteram as percepções senso espaciais ocorre desde os mais remotos relatos históricos da humanidade. O álcool e outras substâncias eram utilizados em rituais, em festas e momentos históricos, sendo aceito pela sociedade que isso ocorresse. No Brasil, por exemplo, os portugueses, ao chegarem ao país, perceberam que os índios utilizavam o tabaco e uma bebida forte chamada cachaça. Por sua vez, aqueles já conheciam o vinho e a cerveja, ocorrendo assim uma troca de informações e divulgando-se essas diferentes bebidas entre os povos (BRASIL, 2014a).

Também existem relatos históricos, como podemos verificar no primeiro módulo do curso SUPERA (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas), promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas: o uso da maconha, por exemplo, tem registros a partir de 2.700 a.C, sendo utilizada largamente na Europa. Porém, passou a ser considerada droga deselegante com o advento da cocaína, heroína e morfina, consideradas drogas das elites. Essa distinção histórica fica clara na publicação citada a seguir:

No Brasil, no final do primeiro quarto do século XX, segundo descrição de Pernambuco-Filho & Botelho, distinguíam-se duas classes de “vícios”: os “vícios elegantes”, que eram o da morfina, da heroína e da cocaína, consumidos pelas elites (brancas, em sua maioria) e os “vícios deselegantes”, destacando-se o alcoolismo e o maconhismo, próprios das camadas pobres, em geral, formadas por negros e seus descendentes. Segundo esses mesmos autores, não tardou para que o produto (a maconha) trazido da África viesse a “escravizar a raça opressora”. Essas afirmações mostram, além da origem da maconha no país, que, já naquela época, ocorria a difusão do seu consumo por todas as classes sociais. (BRASIL, 2014a, p. 18).

Apesar desses relatos tão significativos em relação ao uso de substâncias psicoativas, essa demanda apenas começou a ser abordada pelo Estado no início do século XX conforme Costa et al. (2015). Os autores referem que a intervenção estatal restringia-se ao campo da justiça e segurança pública, considerando o assunto como um ato criminoso e moralmente incorreto. Essa postura estatal foi muito influenciada pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Além disso, um importante aspecto relacionado ao uso de substâncias psicoativas foi a interferência da mídia na construção de estigmas e estereótipos a respeito do tema. Sobre esse assunto, os estudos realizados e indicados pelo Curso Supera discutem:

[...] no livro Rodas de Fumo, os autores chamam a atenção para o papel exercido pela imprensa a partir de meados dos anos 50, enfatizando a característica de “desordeiras” e de “desvio de caráter” atribuída às pessoas que usavam maconha. Nesse particular, o papel exercido pela mídia foi mais intenso do que as revelações das pesquisas científicas da época. Isso foi em grande parte responsável pela maneira como as novas gerações foram instruídas sobre esse assunto. (BRASIL, 2014a, p. 17).

Com influência do debate em torno da mudança na assistência aos pacientes com transtorno mental, as pessoas em situação de uso nocivo de substâncias psicoativas, na década de 1970, saíram do patamar da criminalização para a punição e “salvação” através das internações em hospitais psiquiátricos (COSTA et al., 2015).

As dificuldades históricas relacionadas com o estabelecimento de políticas públicas a respeito ficam expostas na própria Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Nesse documento, são trazidas informações históricas de como a questão do uso de substâncias psicoativas era abordada de maneira isolada e, ao mesmo tempo, intrinsecamente relacionada à criminalidade:

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Constatamos assim que, neste vácuo de propostas e de

estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela multiplicidade de propostas e abordagens preventivas / terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência. (BRASIL, 2003a, p. 7)

Percebe-se, assim, que a institucionalização das pessoas usuárias de substâncias psicoativas foi propagada, por longo tempo, como a solução para essa temática. Contudo, a criação de espaços específicos para o atendimento aos usuários nocivos de substâncias psicoativas não era uma prioridade naquele momento. Costa et al. (2015) afirmam que, mesmo com a promulgação da Lei n. 6.368 de 1976⁴, os estados e municípios não se envolveram efetivamente no tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, já que a própria legislação afirma que esses entes podem “contar somente quando ‘necessário e possível’ com serviços específicos” voltados a essa população (COSTA et al., 2015, p. 44). O que ocorre com isso é a ampliação dos espaços não governamentais tais como comunidades terapêuticas além do estabelecimento de grupos de ajuda mútua como Narcóticos Anônimos e Alcoólatras Anônimos.

No entanto, a partir dos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileira, quando as internações de longa permanência começaram a ser questionadas e problematizadas, o uso nocivo de substâncias psicoativas passou a ser considerado problema de saúde pública (COSTA et al., 2015). Os movimentos sociais têm papel fundamental nesse processo de compreensão da saúde mental como um todo. O Ministério da Saúde, na publicação intitulada “Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil” (BRASIL, 2005b), assinala que a Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu em meio à efervescência do Movimento da Reforma Sanitária e a partir das influências internacionais sobre a revisão do modelo asilar das pessoas com transtornos mentais.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (BRASIL, 2005b, p. 6).

⁴ A Lei n. 6.378 de 1976 é a primeira legislação específica voltada aos usuários de álcool e outras drogas e que aborda o tratamento desta população, mas que não compromete o Estado com relação a este tratamento.

Desde o movimento da Reforma Psiquiátrica, do advento da Constituição Federal de 1988 e da aprovação da Lei 10.216/2001, tem ocorrido uma total reformulação nas políticas públicas da área da saúde mental. Foram implantados serviços intitulados como substitutivos aos hospitais e asilos de internação de longa permanência, e o tratamento tem sido preconizado no território dos pacientes, próximo à sua família e comunidade. Além disso, a família e a sociedade passam a ter importante papel no processo de tratamento dos usuários. O Ministério da Saúde reforça que, atualmente, a

Política Nacional de Saúde Mental brasileira tem como eixo organizador a desinstitucionalização, compreendida como um processo complexo que envolve não apenas a desospitalização de moradores de hospitais psiquiátricos, mas fundamentalmente a construção de condições efetivas para um cuidado comunitário contínuo e qualificado para todos os que necessitem de atenção, tratamento, reabilitação e reinserção social. (BRASIL, 2016, p. 2)

Isso aponta para a ressignificação da saúde mental como política de Estado, sendo necessária uma reorganização governamental e não governamental desde os primeiros movimentos. Salientamos que esse processo não ocorreu sem grandes embates políticos e sociais para que pudesse ocorrer o necessário rompimento com a institucionalização como política de Estado.

A partir desse movimento, o uso nocivo de substâncias psicoativas também passou a ser considerado um problema de saúde pública, surgiram ações de redução de danos – que serão mais bem abordadas no próximo capítulo – e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi criado para fortalecer as práticas de atenção (Costa et al., 2015).

É necessária a compreensão de todo esse contexto ao longo da história para poder entender melhor a atualidade e todo o tabu que ainda é relacionado a essa temática. Esse tabu é facilmente explicado por toda a lógica de segregação, exclusão, punição e culpabilização dos usuários que permeou a saúde mental ao longo de vários séculos e que ainda permanece no inconsciente social.

3.3.1 O surgimento das políticas públicas relacionadas ao uso nocivo de substâncias psicoativas

Mesmo com todos os debates ocorridos e as ações diferenciadas que passaram a ocorrer, as políticas públicas específicas voltadas aos usuários de drogas começaram a ser pensadas apenas no final da década de 1990 e início dos anos 2000 (COSTA et al., 2015). Para Bello (2015), as políticas públicas são o resultado de um posicionamento do Estado com

relação a um problema público. O autor esclarece que, com relação ao uso das substâncias psicoativas, “[...] uma política com enfoque de saúde pública implica na tomada de posição do Estado, e para a identificação deste tema como um tema de saúde, requer uma resposta efetiva com responsabilidade e competência governamental” (BELLO, 2015, p. 19).

Os marcos legais desse período são referentes à criação e implementação de políticas públicas nacionais específicas para essa demanda:

1) a criação, em 2002, e reformulação, em 2005, da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2) o desenvolvimento, pelo Ministério da Saúde, em 2004, da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. (PAIUAD); e 3) a promulgação da Lei n. 11.343/2006. (COSTA et al., 2015, p. 45-46).

A atual Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) deixa clara a nova proposta de atendimento aos usuários de substâncias psicoativas do Sistema Único de Saúde: respeito à singularidade de cada usuário; acolhimento e respeito ao seu direito de escolha ao tratamento; estímulo à lógica de redução de danos (BRASIL, 2003a). O boletim do IPEA do ano de 2015 (p. 134) aponta que,

Na atenção à saúde mental, prioridade tem sido dada ao enfrentamento da dependência de drogas, com particular ênfase no combate à epidemia de crack. A política organiza-se principalmente por meio dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e, em dezembro de 2013, estavam habilitados 2.062 Centros (IPEA, 2015, p.134).

Diferentemente de toda a história de exclusão apontada na bibliografia especializada sobre saúde mental no mundo, os caminhos atuais da legislação em saúde mental buscam estimular a liberdade, a socialização na comunidade, o tratamento no território e, em caso de necessidade de internações, que essas sejam pontuais e ocorram por períodos curtos e suficientes para tirar o usuário da crise aguda em leitos de hospital geral.

Com a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria n. 3.088/2011, são aliados diferentes dispositivos públicos com várias modalidades de acompanhamento, ocorrendo uma materialização das ideias propostas pela Reforma Psiquiátrica. O Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2013b), que orienta os municípios na construção destes dispositivos, ratifica que a finalidade da RAPS é definida como “a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Nesse documento, são destacadas as principais diretrizes da RAPS:

- respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- combate a estigmas e aos preconceitos;
- garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- 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;
- desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2013b, p. 6-7).

A partir de seus princípios, percebemos que a legislação atual preconiza o respeito ao usuário, a sua singularidade e seu tratamento próximo à rede afetiva respectiva. Ainda, o direito de escolha do usuário é garantido em lei, exceto em situações que envolvam riscos graves ao usuário ou a terceiros, diferentemente das internações que ocorriam de forma aleatória e compulsória nos manicômios. A RAPS é composta, atualmente pelos seguintes dispositivos:

Quadro 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	
Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades,
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Hospitalares de Referência em saúde mental e álcool e outras drogas, em Hospitais Gerais, Maternidades e Pediatria
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos; • Programa de Volta para Casa; • Programa de Desinstitucionalização.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares.

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS (BRASIL, 2011a).

A rede de atendimento aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas foi redimensionada a partir da Portaria n.

336/2002 que implementa os serviços substitutivos tratados na Lei n. 10.216 de 2001. Esse processo ocorreu de forma gradativa, a partir do envolvimento de todas as esferas de governo, em todo o País, e de movimentos sociais de usuários e profissionais.

A configuração atual dos CAPS ocorre com a diferenciação por modalidade de acordo com a população do município ou a população atendida. Em seu artigo 7º, a Portaria n. 3.088/2011 aponta as diferentes modalidades de atendimento dos CAPS:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011a, p. 3-4).

Sobre a importância dos CAPS AD para o atendimento à população em uso nocivo de substâncias psicoativas, a PAIUAD (BRASIL, 2003a) reitera a necessidade da ampliação desses espaços em todo o país.

[...] mediante a consideração da multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País, e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propõe a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS AD, dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde. (BRASIL, 2003a, p. 25).

A Unidade de Acolhimento (UA), por sua vez, foi incluída na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria do Ministério da Saúde 3.088/2011. Sua implementação na RAPS foi regulamentada pelo Ministério da Saúde com a Portaria n. 121/2012. O Relatório de Gestão da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) aponta as UAs foram pensadas e “concebidas a partir da necessidade de ampliação de recursos territoriais e comunitários para o cuidado de necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2016, p. 60).

A Unidade de Acolhimento “tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo” (BRASIL, 2012a). O funcionamento desses serviços é de 24 horas ao dia, sete dias por semana, caracterizando-se como residência (BRASIL, 2012a; 2016).

A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) é um dispositivo relativamente novo na atenção à saúde mental das pessoas acometidas por transtornos mentais decorrentes do uso do crack e outras substâncias psicoativas não sendo localizadas pesquisas a seu respeito. Sobre Unidades de Acolhimento Infantojuvenil foram encontradas 2 produções.

O serviço é categorizado em duas modalidades: adulto e infantojuvenil. A Portaria do Ministério da Saúde n. 121/2012, que regulamenta o serviço, esclarece:

Art. 5º As Unidades de Acolhimento funcionarão em duas modalidades:
 I - Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e
 II - Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.
 § 1º A Unidade de Acolhimento Adulto terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas.
 § 2º Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil terá disponibilidade de 10 (dez) vagas.
 (BRASIL, 2012a, não paginado)

Ressalta-se que o presente estudo aborda a implementação de uma Unidade de Acolhimento Adulto na cidade de Chapecó. Quando se toma como referência a TAR, pode-se compreender a UA como um *actante* da rede que está sendo descrita, por isso a importância da sua descrição. Ao mesmo tempo, a aproximação e análise da UA (como será descrita posteriormente) mostra que ela também se constitui uma rede. Portanto, trata-se de uma rede de redes.

O município conta também com a Rede de Atendimento à Infância e Adolescência (RAIA), desde o ano de 2006 e que atualmente é constituída por instituições da educação,

assistência social, saúde, habitação e Ministério Público. É organizada em núcleos regionais a partir da localização dos CRAS de Chapecó. Essa rede está diretamente ligada às demandas de saúde mental infanto-juvenis, porém não é discutida nesta dissertação já que o estudo é focado na população adulta. Contudo, é importante ressaltar que existe uma interlocução constante, pois em muitos momentos as redes se entrelaçam diante da complexidade das situações.

A legislação existente vincula diretamente a UA aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPSs), espaços que fazem o encaminhamento dos usuários para as Unidades de Acolhimento. O acolhimento do usuário é sempre voluntário e, por isso, o encaminhamento de um usuário para a UA deve acontecer com a organização de um Projeto Terapêutico Singular em conjunto entre CAPS, UA, e usuário a ser encaminhado (BRASIL, 2012a). Nesse sentido, o Ministério da Saúde aponta que “as Unidades de Acolhimento não se constituem como serviços de saúde autônomos, dada sua característica de dispositivo residencial. Dessa forma está diretamente relacionada aos CAPS e figura como recurso importante para os Projetos Terapêuticos Singulares” (BRASIL, 2016, p. 59).

A implementação das Unidades de Acolhimento vem ao encontro das ações do Programa “Crack, é Possível Vencer” do governo federal que pensa esse serviço como uma estratégia de acolhimento, reorganização social, pessoal e familiar dos usuários de substâncias psicoativas que se encontram à margem da sociedade, em situação de risco e vulnerabilidade social.

A Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, na publicação “Saúde Mental em Dados” (BRASIL, 2015a), aponta que acontece uma nova forma de fazer saúde mental no país. Os elementos trazidos são com base no ano de 2014. Apesar de as informações não serem recentes, podem nos trazer uma ideia dos avanços na Política de Saúde Mental.

A Rede de Atenção Psicossocial, ao final de 2014, era composta por 1.069 CAPS I, 476 CAPS II, 85 CAPS III, 201 CAPS i e 309 CAPS AD. Os números apontados nesse relatório demonstram que a meta do Ministério da Saúde quando da elaboração da Política Nacional de Álcool e outras Drogas (2003) foi alcançada. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) com funcionamento 24 horas eram 69 em todo o país. Essa última modalidade de CAPS implica uma Rede de Atenção de suporte, como leitos em Hospitais Gerais para os casos mais graves e Unidades de Acolhimento para moradia transitória.

A expansão de 2013 para 2014 de CAPS AD e CAPS AD III foi significativa tendo em vista o aumento do acesso ao crack em todo o país, trazendo um público maior que necessitava de atendimento nesses serviços.

Até o final de 2014 foram habilitadas, pelo Ministério da Saúde, 34 Unidades de Acolhimento Adulto. Desse quantitativo, seis estão localizadas na Região Sul do Brasil. O único CAPS AD III do Estado de Santa Catarina que consta no documento Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2015a) estava localizado no município de Chapecó assim como a única Unidade de Acolhimento Adulto. Estas informações constam no último relatório de dados referentes à saúde mental organizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, lançado em 2015.

O Relatório de Gestão apresentado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, publicado em 2016 traz outros indicadores com relação ao número de Unidades de Acolhimento no país. Segundo esse relatório, o número de UAs é de 47 habilitadas, que estão distribuídas da seguinte forma:

Tabela 1 – Distribuição de Unidades de Acolhimento no Brasil

Unidades de Acolhimento no Brasil				
REGIÃO	UF	UAA	UAI	TOTAL
Norte	AC	1	-	1
	AL	-	1	1
Nordeste	CE	4	4	8
	PB	2	1	3
	PI	-	1	1
	SE	2	-	2
	DF	1	-	1
Sudeste	MG	2	4	6
	SP	10	4	14
Sul	PR	3	2	5
	RS	2	2	4
	SC	1	-	1
TOTAL		28	19	47

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, 2016.

Em nossa pesquisa, não foram localizados relatórios com dados mais recentes sobre a área da saúde mental por parte do Ministério da Saúde.

A junção de todos esses elementos citados até o momento, atrelada à atenção básica e serviços de urgência e emergência, configura a RAPS. Apesar de trazer os serviços de saúde prioritariamente, sabemos que é necessário o envolvimento de diferentes políticas públicas nesta rede. Para que ocorra o fortalecimento da rede de atenção, é necessária a realização de

ações articuladas, voltadas à integralidade e totalidade no atendimento entendendo o usuário como não apenas sendo da saúde mental, mas de todas as políticas públicas.

Em consulta aos dados do IPEA (2015), foi verificado que as políticas públicas referentes a essa área temática têm trabalhado para a diminuição gradativa dos leitos para internação em hospitais psiquiátricos, priorizando o tratamento em serviços de referência na localidade do usuário ou atendimento em hospitais gerais, vindo ao encontro da Lei 10.216/2001 e da Política do Ministério da Saúde para a Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Ainda segundo o Boletim Informativo do IPEA de 2015 e de acordo com os dados que constam no Observatório “Crack, é possível vencer” do governo federal, ocorreu um avanço significativo na Rede de Atenção Psicossocial, com implementação e ampliação de serviços que buscam o tratamento no território – como os CAPS, Unidades de Acolhimento em Saúde Mental, Residenciais Terapêuticos, Consultórios na Rua –, bem como o suporte da atenção básica no âmbito da saúde mental.

O Ministério da Saúde vem preconizando a lógica da redução de danos e respeito aos usuários da saúde mental, com um tratamento humanizado, respeitando seu desejo ou não de parar com o uso das substâncias psicoativas e buscando ampliar a atenção e o cuidado ao sofrimento mental dos usuários.

Apesar das conquistas inegáveis, é necessária a constante atenção para que não ocorram retrocessos nessa política social tão importante para os territórios e seus usuários, pois representa o acesso a um direito constitucional e a conquista da própria dignidade do usuário e de seus familiares.

3.4 O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS HOJE: NOVAS E VELHAS QUESTÕES

Em 2012, foi realizado o Levantamento Nacional de álcool e Drogas (LENAD). Essa pesquisa, que também foi realizada em 2006, verificou o consumo de substâncias lícitas e ilícitas em todo o país, utilizando-se da amostragem populacional. Os dados que aparecem nesse levantamento apontam para informações relevantes e que serão trazidas à baila neste estudo.

Os entrevistados foram questionados sobre o consumo de álcool nos últimos 12 meses. Dentre os homens, 62% disseram terem feito uso de álcool nesse período; já entre as mulheres o resultado altera-se inversamente: 38% das entrevistadas responderam afirmativamente.

Esses indicadores não sofreram alterações em relação aos dados de 2006. Sobre a quantidade consumida, entre os homens, 53% consomem até quatro doses ao dia; 47% acima de cinco doses. As informações da população feminina apontam que 73% consomem até quatro doses ao dia; 27%, acima de cinco doses. Em comparação com o primeiro Levantamento realizado, ocorreu um aumento significativo da população que admite o uso de mais de cinco doses diárias de bebidas alcoólicas (LENAD, 2014).

O Levantamento prossegue com informações relacionadas à regularidade do consumo de bebidas alcoólicas; também é apontado um aumento significativo nos dois grupos populacionais (homens e mulheres). Os homens que referem consumo de álcool ao menos uma vez por semana totalizam 63% da amostra pesquisada, enquanto as mulheres com as mesmas características representam 38%. Além dessas informações, a pesquisa aponta que o início do consumo de álcool antes dos 15 anos, tanto para homens como para mulheres, tornou-se mais comum.

Ao se referir às substâncias ilícitas, o LENAD aponta que a porcentagem de sujeitos adultos que fizeram uso do crack ao menos uma vez na vida no Brasil é de 1,3%. Entre os adolescentes, esse índice chega a 0,8% da população. Quando a pesquisa questiona sobre o consumo dessa substância nos últimos doze meses, essa porcentagem diminui ainda mais: 0,1% entre os adolescentes e 0,7% entre os adultos. Dentre as substâncias ilícitas, a maconha é apontada como a mais consumida pela população: 3,4% dos adolescentes e 2,5% dos adultos relataram ter feito uso nos últimos 12 meses. Isso implica descaracterizar a suposta “epidemia” do consumo de crack no Brasil, apesar de esse termo ser muito utilizado pela mídia de maneira geral em nosso país.

O LENAD não considerou o uso abusivo de medicações que são substâncias psicoativas lícitas e também caracterizam situações de grande sofrimento para os usuários.

Corroborando os dados do LENAD, o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 capitais brasileiras afirma: “[...] as drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco [...]. Em relação às demais, para *uso no ano*, foram inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%)” (CEBRID, 2010, p. 25).

Nesse levantamento, há uma comparação entre dados de 2004 e 2010, observando-se aumento estatisticamente significativo do uso de ansiolíticos e cocaína. Em contrapartida, não ocorreu o aumento nas porcentagens para uso de maconha e crack. Com relação ao crack,

naquele momento ocorreu uma diminuição do uso entre um levantamento e outro. O estudo conclui que o crack não é uma droga que se destaca entre os estudantes (CEBRID, 2010).

Trazemos esses dados relativos ao uso e abuso de substâncias psicoativas para que possamos debater sobre o consumo nocivo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, já que este trabalho se desenvolve a partir do estudo de um dos pontos da rede de atenção voltada para essa população.

3.5 O PROGRAMA CRACK, É POSSÍVEL VENCER

No ano de 2010, os jornais brasileiros passaram a noticiar, com bastante frequência, uma suposta “epidemia” relacionada ao uso de crack. Apesar de o conceito de epidemia estar relacionado a surtos em determinadas regiões de doenças, o termo foi amplamente divulgado, o que causou uma compreensão social de que o crack alastrava-se rapidamente pelo país.

Em maio daquele ano, o Governo Federal lançou uma série de ações de combate ao uso nocivo de crack e outras drogas através do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O Decreto n. 7.179 de 2010 propõe a realização de ações articuladas e intersetoriais a partir dos seguintes objetivos propostos: estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas; estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) com as ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas; disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos municípios de fronteira.

Os objetivos elencados pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deveriam ser alcançados através de ações integradas entre as políticas públicas da saúde, assistência social e segurança pública, além de serem buscadas as demais políticas sociais e a sociedade civil como um todo.

Em dezembro de 2014, em um novo momento desse planejamento foi lançado o Programa Crack, é Possível Vencer, pensado a partir de três eixos principais: prevenção, autoridade e cuidado. Estes foram planejados para gerar intervenções através de diferentes políticas públicas e atores sociais.

O eixo responsável pela prevenção potencializa fatores de proteção e busca a redução de fatores de risco para o uso de drogas (BRASIL, 2013c). Neste eixo, as ações seriam voltadas à comunidade escolar além de campanhas publicitárias e capacitação para diferentes atores da rede tais como operadores de direito, profissionais de segurança, lideranças religiosas e/ou comunitárias, profissionais da assistência social e saúde.

No eixo intitulado autoridade, as ações integrariam os diferentes órgãos de segurança pública. O objetivo principal é a redução de oferta das substâncias psicoativas ilícitas tanto em âmbito nacional como local. A ideia do planejamento desse eixo é a repressão ao tráfico de drogas ilícitas e ao crime organizado (BRASIL, 2013c).

O terceiro eixo das ações do Programa é direcionado para o cuidado. É nele que se concentra a estruturação de espaços de atendimentos para os usuários de substâncias psicoativas e suas famílias, em que as políticas públicas de saúde e assistência social deveriam unir esforços. Além disso, a ampliação da rede de atenção e a capacitação dos profissionais que nela estão inseridos também fazem parte da programação deste eixo.

A cartilha orientadora explicita que o objetivo principal do Programa era “aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação e capacitação” (BRASIL, 2013c, p. 5).

A partir desses três eixos, as diretrizes pensadas para a execução do Programa permeavam articulação e responsabilidades dos diferentes entes federativos, além da sociedade civil organizada; integração e monitoramento das ações; responsabilidade do poder público pelo financiamento de uma política de enfrentamento às drogas; desenvolvimento de ações diferenciadas aos usuários das diferentes políticas públicas; democratização do acesso e utilização dos espaços e serviços públicos; valorização e integração das redes de prevenção, cuidado e segurança; respeito e aproveitamento das potencialidades e especificidades locais (BRASIL, 2013c).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como é conhecida hoje, também foi organizada em 2011, e une serviços já existentes com outros que foram implementados. A RAPS é voltada 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).

É através desse planejamento que as Unidades de Acolhimento para adultos ou adolescentes são inseridas na RAPS como ponto de atenção residencial de caráter transitório. Além das UAs, a ampliação do número de CAPS ADs, Consultórios na Rua⁵ e leitos em hospitais gerais para quadros graves faziam parte do quadro de ações proposto pelo Governo Federal.

No ano de 2013, foi lançado o Observatório do Programa Crack, *É Possível Vencer*, que consiste em um *site* com todas as informações relacionadas aos serviços, rede de atendimento com telefones e endereços para contato. O *site* é vinculado ao governo federal; contudo, esse portal está sem informações atualizadas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), esse Programa envolveu entre os anos de 2011 e 2015, a disponibilização de R\$ 4 bilhões de recursos. O Relatório de Gestão do Ministério da Saúde informa que “[...] em 2013 foram cadastradas mais de 2.000 propostas de construção no sistema, para todos os tipos de CAPS e UA. Contudo, houve priorização da análise das propostas de CAPS AD III e UA, por serem serviços integrantes do Programa Crack, *É Possível Vencer*.” (BRASIL, 2016, p. 30). Das propostas encaminhadas pelos Estados e municípios, 295 propostas de CAPS e UAs foram aprovadas em decorrência do programa sendo 47% CAPS AD III, 30% UA Adulto e 23 UA Infantojuvenil.

Apesar de esses dados se mostrarem significativos, conflitam com o levantamento do Observatório do Programa, trazido anteriormente. Contudo, entendemos que é importante trazê-los mesmo não sendo possível a verificação da efetiva implementação de todas essas propostas do Relatório de Gestão já que as informações estão indisponíveis no *site* do Ministério da Saúde. A partir do ano de 2016, o Ministério da Saúde não fez mais publicações relacionadas à área ou Relatórios de Gestão o que comprometeu a busca.

As informações sobre o Programa Crack, *É Possível Vencer* são de fundamental importância para a continuidade do estudo sobre a Unidade de Acolhimento de Chapecó, contribuindo na compreensão sobre seu processo de implementação. O próprio Programa constitui-se como *actante* primordial na rede que envolve a UA Chapecó.

⁵ Conforme a Portaria 3.088 de 2011, os Consultórios na Rua são pontos da RAPS e se caracterizam por uma equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais e usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros. (BRASIL, 2011a)

3.6 A HISTÓRIA DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO DE CHAPECÓ

Ao trazer a história da Unidade de Acolhimento em Chapecó, é necessário que iniciemos pelo conceito de “rede” já que a UA está inserida em uma rede complexa, composta por atores que intensificaram seu processo de constituição. Para que possamos retomar o conceito de “rede” na TAR, Bonamigo (2008, p. 350-351) esclarece que

Rede é uma das noções centrais da Teoria do Ator-Rede e o seu uso permite evidenciar o hibridismo presente nas associações que se configuram: mistura entre humanos e não-humanos, sujeitos e objetos, natureza e cultura. A rede é uma estrutura composta de elementos em interação, marcada por uma forte heterogeneidade, e se caracteriza tanto pelo conjunto de relações entre pontos ou nós, quanto por conexões e agenciamentos internos, não possuindo limites externos. Sua abertura possibilita crescer para todos os lados e direções.

A partir dessa concepção sobre “rede”, os termos “*actante*” e “ator” são considerados sinônimos neste estudo, conforme esclarecido no capítulo anterior. Porém, para melhor organização desta pesquisa, será utilizada a expressão “*actante*” para fazer referência ao não-humano, que pode ser uma instituição, legislação, dispositivo tecnológico ou qualquer objeto que tenha efeito no mundo (LATOUR, 2000) e a expressão “ator” tratando dos humanos que fazem parte da rede.

Retomar esses aspectos torna-se relevante, pois adentramos, com esse capítulo, na identificação da rede da UA e seus atores, actantes com suas conexões, ações e controvérsias de acordo com a TAR e a cartografia realizada.

Para a implementação do CAPS AD III em um município é necessária a criação de leitos hospitalares em hospital geral para suporte em situações de crises agudas. Além disso, as Unidades de Acolhimentos são espaços que objetivam a continuidade e complementaridade das ações dos CAPS AD.

A organização da rede de saúde mental parte dos pressupostos elencados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, descentralização e participação popular ou controle social. Além disso, é norteadada por uma política pública pensada em escala federal que iniciou com a promulgação da Lei n. 10.216/2001 (Política Nacional de Saúde Mental) e aprofundada por políticas públicas voltadas para a demanda abordada neste trabalho, ou seja, pessoas que realizam uso nocivo de substâncias psicoativas. As políticas públicas às quais nos referimos aqui são a Política Nacional sobre Drogas, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras

Drogas (PAIUAD) e a Política Nacional sobre o Álcool. Todas essas legislações são consideradas actantes na constituição da rede da saúde mental do município de Chapecó.

Aliado a essa série de documentos norteadores, o Programa Crack, *É Possível Vencer* é pensado e implementado nacionalmente, possibilitando a inclusão de novos actantes e atores nessa rede e sendo – o próprio Programa – um dos actantes-chave, pois possibilita um maior número de estratégias de atendimento aos usuários. Actantes como o CAPS AD, a rede socioassistencial e a Atenção Básica são potencializados a partir do Programa Crack, *É Possível Vencer*. Além dos serviços, atentos a todas as possibilidades que o Programa abriu também podemos citar como atores os profissionais da área de saúde mental, especialmente do CAPS AD, e a gestão municipal que sustentou a expansão da rede no momento em que o serviço do CAPS AD trocou de modalidade, tornando-se 24 horas, quando a UA foi implementada.

Com alguns dos actantes e atores definidos descrevemos, neste item, o processo de implantação da Unidade de Acolhimento de Chapecó. Diferentemente do CAPS AD III que encontrava precedentes na literatura especializada, a Unidade de Acolhimento foi pensada a partir do lançamento do Programa Crack, *é possível vencer*, conforme abordamos anteriormente.

A Unidade de Acolhimento de Chapecó foi inaugurada em 20 de agosto de 2013 e, assim como o CAPS AD III, atende apenas a população de Chapecó. A inauguração ocorreu quatro dias após a implementação do CAPS AD III, como podemos acompanhar nas reportagens daquele período (anexos H e I). O que podemos perceber, especialmente no anexo I é a confusão de informações sobre o serviço. Inicialmente a UA foi entendida como um “abrigo para dependentes químicos”, deixando de lado seu objetivo terapêutico referente à continuidade do tratamento desses usuários e o aspecto de rede que envolvia o serviço. Esse aspecto é fundamental, pois aparecerá posteriormente neste estudo novamente, evidenciando uma das dificuldades para um funcionamento adequado do espaço.

A proximidade das inaugurações do CAPS AD III e da UA não ocorre por mera casualidade, sim por necessidade de maior suporte para elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários do CAPS AD. O Ministério da Saúde esclarece,

Da mesma forma que as SRT⁶, as Unidades de Acolhimento não se constituem como serviços de saúde autônomos, dada sua característica de dispositivo residencial.

⁶ Serviços residenciais terapêuticos, conforme a Portaria do Ministério da Saúde 106/2000 “são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social” (BRASIL, 2000, não paginado).

Dessa forma está diretamente relacionada aos CAPS e figura como recurso importante para os Projetos Terapêuticos Singulares. Os espaços de habitação relacionados à RAPS estão inseridos na perspectiva da Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2016, p. 60).

Alguns dos profissionais entrevistados durante a pesquisa relataram, a partir de seu olhar, como surgiu a necessidade da mudança da modalidade de CAPS AD para CAPS AD III e a implementação da Unidade de Acolhimento no município. Um dos profissionais entrevistados, ao relembrar todo esse processo, aponta que houve um olhar político importante para a criação do serviço, mas que, além disso,

[...] surgiu de uma demanda reprimida do AD, do sofrimento de uma equipe, do desgaste de uma equipe que precisou abrir espaço para a construção... fazer o atendimento noturno dos pacientes graves. Então tá, vamos chegar na Unidade: se criou o três. A partir do três houve uma gestão que também atentou para a Unidade de Acolhimento como pertencente à rede e bancou isso. Então ali a gente tem que ser realista: foi o olhar que se teve, seja político ou não, mas que auxiliou a Unidade. (PROFISSIONAL B).

A necessidade de poder acolher a demanda já existente na época também foi relatada por outro profissional: “nessa época a demanda era grande, de pacientes do AD e do 2 [CAPS II], e não tinha onde colocá-los, mesmo vindo de internação, aí foi pensado em abrir a unidade de acolhimento através da lei” (PROFISSIONAL G).

Complementando esses apontamentos, quando questionado sobre o período de implementação da UA, outro profissional entrevistado relembra o estudo da legislação e que isso desencadeou a proposta da Unidade de Acolhimento tanto pelos profissionais como pela gestão: “a gente ficou sabendo sobre as portarias e sobre as propostas de criação da unidade” (PROFISSIONAL H).

As portarias mencionadas pelos profissionais são especialmente a n. 3.088 de 2011 e a n. 121 de 2012, citadas anteriormente neste trabalho e que estão disponibilizadas nos anexos F e G, respectivamente. A primeira implementa a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e aponta a importância de cada ator em sua constituição perpassando a atenção básica, especializada e alta complexidade em saúde mental, além das estratégias de desinstitucionalização, como Serviços Residenciais Terapêuticos e serviços residenciais transitórios, como as Unidades de Acolhimento. Já a Portaria n. 121 inclui as Unidades de Acolhimento na RAPS e traz uma nova ótica de cuidado aos usuários nocivos de substâncias psicoativas.

Durante a pesquisa realizada, a necessidade da continuidade do acompanhamento dos usuários atendidos e a angústia da equipe do CAPS AD naquela época foram elementos

presentes nos relatos das entrevistas. Os profissionais entrevistados e que acompanharam o processo de não se ter o CAPS AD na modalidade III ou a UA relatam que muitas situações envolviam a vulnerabilidade social dos sujeitos atendidos, o que restringia significativamente as possibilidades terapêuticas junto aos usuários, conforme observamos no trecho de entrevista a seguir:

Era feito o acompanhamento ambulatorial e voltava para a rua ou para a família, onde o convívio era dificultoso em que se encontrava. Então hoje [...] não, já faz cinco anos que aqui em Chapecó teve um outro foco né, um outro rumo, um outro caminho que é a ampliação da saúde mental. Bom, depois que abriu o CAPS AD, quando se interna depois de lá existem muitos que ainda precisam desse amparo, pois o desintoxicar não é o suficiente na maioria dos casos né?! Então [...] esse apoio entendo como fundamental para... Poderia ser entendido quase como um complemento no tratamento porque não basta só desintoxicar 14 dias e se de lá ele saiu, por exemplo, da internação que seja 30 dias que vai para um hospital, o amparo, a sequência, esse vínculo mais assistido de perto... eu acho que a Unidade veio em um momento extremamente rico. (PROFISSIONAL A).

A partir dos relatos das entrevistas, podemos constatar que os profissionais que faziam parte da equipe do CAPS AD III em 2013 se configuram, na TAR, como atores chave para a efetiva implementação da Unidade de Acolhimento estudando a legislação e aplicando-a conforme sua necessidade naquele momento. BONAMIGO (2007, p. 92) esclarece que atores ou actantes-chave são aqueles “exercem mais poder que outros”. Contudo, a autora contextualiza qual o significado desse poder na rede:

Exercer poder na *rede* é envolver, convencer, recrutar novos atores para dentro da *rede*, representar os outros atores, falar pelos outros atores, impor definições e uniões sobre os outros. Estes atores tomam emprestada a força de outros atores, atuam sobre os outros em determinadas situações, centram a *tradução* (a decisão é centrada nos nós da rede), atuam à distância, passando a ocupar um "ponto de passagem obrigatório" na *rede*. (BONAMIGO, 2007, p. 92, grifo da autora).

Em entrevista realizada com um grupo de profissionais, as lembranças daquele momento ficam evidentes nas falas e gestos que recordam um momento-chave no rizoma da saúde mental do município:

Foi discutido em reunião de equipe. Foi em uma discussão em reunião de equipe que surgiu a necessidade. Até porque o que às vezes acontece é do usuário ficar meses em clínicas, ele volta para a mesma realidade. (PROFISSIONAL C).

Era essa a nossa dificuldade aquela vez que a gente começou a discutir sobre isso. Eles iam para uma internação e quando voltavam: e agora? Até pra dar esse suporte, pra fazer essa questão. (PROFISSIONAL D).

Às vezes ficava até mais do que tinha necessidade, interna mesmo sem [...] critério clínico seja por dependência clínica, psiquiátrica ou química. Nenhum desses três critérios preenchidos mas tinha o social. E aí ele ia para a clínica e ficava. E aí tem uma palavrinha que surge: a institucionalização. De forma indireta mas se contribui, disfarçada mas ela está ali. (PROFISSIONAL C).

Complementando esses relatos, o incentivo da gestão também foi percebido nesse processo. Um entrevistado aponta que “foi dado um espaço para a equipe de saúde mental se desafiar numa coisa nova e isso eu achei que foi muito bom” (PROFISSIONAL B).

Sobre as dificuldades iniciais em se pensar um espaço novo e com pouco referencial teórico e prático a respeito, uma das profissionais relata que a UA de Chapecó, quando foi implementada era um

[...] espaço onde os residentes ficavam, depois de encaminhados pelo CAPS, mas eu acho que [...] mais primitivo, mas não estruturado, mais solto. Porque assim, eles vinham, tinha uma equipe que se esforçava, mas que também não tinha um referencial aqui de quem faz a ponte, quem faz o que. Acho que elas faziam. Foi importante. Eu vim quase um ano depois porque foi em junho, julho e eu vim em fevereiro do outro ano então daí que passou a ter uma coordenação a Unidade. É como eu digo, eu faço sempre muita analogia, e eu digo que é que nem quando uma criança nasce né?! (PROFISSIONAL B).

A entrevista de outro profissional reitera essa informação anterior e retoma a percepção sobre a reportagem do Anexo I: “na época era bem confuso, mas agora a gente sabe que o paciente permanece lá até seis meses, mas no início a gente não definia muito bem. A gente pensava que ele ficaria lá anos, mas não é a realidade.” (PROFISSIONAL E).

O papel das portarias 3.088/2011 e 121/2012, consideradas neste trabalho como actantes, é frequentemente citado pelos profissionais durante as entrevistas. Esses documentos, segundo os entrevistados em sua grande maioria, ora nortearam ora confundiram as equipes do CAPS AD III e da própria Unidade de Acolhimento no momento da implantação da UA. Conforme os usuários foram chegando àquele espaço, questionamentos foram surgindo:

A gente acabou pensando muito na questão da legislação, da portaria, eu vejo bem isso: [...] ela tem uma existência, mas como realmente deve ser ou precisa ser esse sujeito pra poder contemplar a portaria? Acho que isso ainda não se tem muita clareza. Em outro aspecto, a gente tem que pensar: bom, será que a portaria também diz e tem clareza de que sujeito ela quer? Porque a gente está descobrindo outras situações, outras particularidades que a prática é quem está dando. (PROFISSIONAL B).

[...] a gente não tinha muito esse olhar para onde ir, como ir, como chegar, o que fazer. [...] Vou usar um exemplo de alguém que está começando a caminhar: tu levanta, cai, levanta de novo... Mas eu acho que a gente é, inclusive, um pouco desafiador. (PROFISSIONAL A).

Sobre a implementação da Unidade de Acolhimento, grande parte dos profissionais entende que havia a necessidade da criação do serviço, mas reiteram, em suas falas, a necessidade da UA: “[...] acho que foi necessário. Isso era um serviço que precisava a muito

tempo. Ela deve se manter dentro de seus moldes e que seja construindo um espaço para que se abrigue essas pessoas por mais tempo” (PROFISSIONAL F).

Trata-se de uma história construída coletivamente, a muitas mãos. A inauguração da UA apenas desencadeou um processo de aprendizado diário como será apontado nos próximos capítulos. O primeiro passo do município de Chapecó apenas significaria o começo de uma expansão repleta de desafios, mas também com conquistas de todos os envolvidos, como veremos a seguir.

CAPÍTULO IV

4 TECENDO A REDE DA SAÚDE MENTAL: ENCONTROS, DESENCONTROS, VÍNCULOS E NÓS

Conforme caracterizado no capítulo anterior, a portaria nº. 3.088/2011 redimensiona a compreensão de “rede” na saúde mental, sendo as Unidades de Acolhimento inseridas na RAPS. Costa et al. (2015, p. 49) esclarecem que “a RAPS pode ser entendida como a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades do uso de drogas no SUS”. Com a implementação do Programa Crack, *É Possível Vencer*, as ações integradas entre diferentes políticas públicas e instituições que já aconteciam passaram a ser incentivadas ainda mais através dos eixos do Programa, especialmente entre as políticas públicas de assistência social e saúde.

Este capítulo aborda os encontros e desencontros dos atores/actantes nessa rede a partir da cartografia realizada em Chapecó, por meio das entrevistas realizadas com os atores que tecem essa rede a cada dia. Nesse sentido, podemos vislumbrar como uma rede tanto a saúde mental, que se vincula a outras redes, como a Unidade de Acolhimento de Chapecó, as quais formam conjuntamente uma rede de redes⁷.

Importante diferenciar a rede formalizada dos serviços da noção de “rede” da Teoria Ator-Rede, que fundamenta e possibilita as análises relacionadas. A rede formalizada de cuidados para o usuário de drogas é composta por diversos serviços e equipamentos pré-definidos, que precisam interagir para oferecer ações esperadas; enquanto a noção de “rede” fundamentada na TAR compreende os atores humanos e não-humanos, à medida que se agenciam para formar a rede, sendo considerados atores apenas os que produzem efeitos na rede, e podendo ir além ou aquém da rede formalizada.

4.1 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CHAPECÓ

A cartografia percorreu e acompanhou a rede constituída pela Unidade de Acolhimento e seus atores/actantes, os quais teceram a sua construção – alguns já citados anteriormente: a legislação, a gestão e os profissionais mobilizados; além dos atores da RAPS

⁷ Para Latour (2012) pode-se pensar a rede em termos de um elemento em um todo-rede ou de uma rede em uma rede de redes.

do município de Chapecó, especialmente com relação às políticas públicas de saúde e assistência social.

Com as novas diretrizes do Programa Crack, *É Possível Vencer*, essas duas políticas públicas que, até então, atuavam com cada usuário, individualmente, precisaram adaptar-se e aprender a intervir conjuntamente em situações extremamente complexas. Caso ocorresse a insistência na intervenção individual com os usuários, as ações se perderiam ou se sobreporiam como, de fato, em alguns momentos aconteceu, conforme relatos das entrevistas.

Ao abordar o Programa Crack, *É Possível Vencer*, a Cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde esclarece a necessidade de interlocução quando aponta que

A rede de cuidados para o usuário de drogas é composta por diversos serviços e equipamentos que oferecem ações distintas para necessidades diferentes. Na saúde, compreende desde serviços da atenção básica, que podem articular ações específicas para o público usuário de drogas, como os Consultórios na Rua; e equipamentos especializados para o atendimento desse público como os CAPS Álcool e Drogas 24 horas, leitos hospitalares e unidades de acolhimento. Na assistência, também existem equipamentos que podem atuar desde a prevenção, como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), até o atendimento especializado nos casos em que há violação de direitos associada ao uso de drogas, como Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), além da disponibilização de vagas para acolhimento de usuário em comunidades terapêuticas, devidamente cadastradas junto à Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. (BRASIL, 2013c, p. 17).

A demanda do uso nocivo de substâncias psicoativas perpassa todas as políticas públicas, mas as duas políticas mencionadas – políticas públicas de saúde e assistência social – são onde mais repercutem situações graves envolvendo o uso nocivo de substâncias psicoativas e violação de direitos, especialmente com relação à violência doméstica, contra a mulher, idoso, criança e adolescente. A complexidade das intervenções faz com que a necessidade do diálogo entre os atores da rede seja fundamental.

Esclarecemos que, neste estudo, abordamos a relação mais específica entre as políticas públicas de saúde e assistência social. Ressaltamos, no entanto, que se considerarmos a rede mais ampla, vislumbraremos também outros atores não discutidos na dissertação tais como instituições religiosas, grupos de apoio mútuos (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos) e a Associação dos Usuários dos CAPS (ASUCAPS).

Os profissionais entrevistados foram questionados sobre o que consideravam ser a RAPS e puderam relatar como se sentiam com relação a ela, além de apontarem encontros ou desencontros:

A rede é algo que ainda está sendo construída. É um processo lento e gradativo. A rotatividade é grande na atenção básica. É um processo contínuo. A tentativa agora é estruturar o matriciamento com a rede de atenção básica para organizar esse fluxo também. [...] Eu acho que também está se construindo. Tem coisas andando e tem avanços. É importante poder enxergar esse sujeito inteiro, circulando na assistência social, na saúde, na educação, se inserindo no trabalho ou na família. Acho que isso está andando razoavelmente bem. A rede está se aquecendo cada vez mais. (PROFISSIONAL B).

Acho que a rede funciona, existe contato, está interligada. Existe o pessoal que faz com que haja essa ligação. Está num bom caminho. Pode melhorar. [...] A gente tem ligação com a assistência social, porém com a secretaria da educação e habitação não tem vínculo. Eu acho que o vínculo com a assistência é bom. [...] (PROFISSIONAL H).

Os relatos permitem perceber que parte dos profissionais entrevistados se reconhece como ator na rede de saúde mental do município (formalizada). Ao mesmo tempo, o processo de construção constante assim como a ligação entre seus integrantes também é apreendida como primordial para que as ações possam ser construídas coletivamente. A percepção sobre o que é a RAPS variou conforme o entrevistado, mas alguns pontos foram comuns, tais como a necessidade de se conectar constantemente como se pode observar no seguinte relato:

Eu acho que é uma rede que se entrelaça, ou que ao menos deveria. Todos nós do serviço devíamos estar em uma sintonia muito grande, porém não é bem isso que a gente enxerga ou que acontece. Isso é fundamental não só no serviço da psicossocial, mas a aquilo que se estende (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, CAPS). É fundamental a comunicação entre todos os serviços. Da mesma forma que eu vejo que o CAPS AD, CAPSII e o CAPSI precisam dessa comunicação sintonizada. Eles precisam dialogar entre si. Assim como é preciso dialogar com as unidades básicas de saúde, porque elas acabam sendo o retorno do sujeito, ele tem que ser matriciado para lá, ou ao menos deveria ser [...]. (PROFISSIONAL F).

Sobre o vínculo entre os serviços, percebe-se o envolvimento entre os profissionais, que buscam contatos em situações mais complexas, auxiliando-se mutuamente e fortalecendo os nós que os unem. Um dos profissionais descreve como ocorrem os vínculos:

A rede é próxima porque os serviços já se conhecem e estão vinculados, e eles também nos procuram quando tem algumas dúvidas. A gente consegue trabalhar, fazemos bastante contato por telefone e via e-mail. Com relação a assistência as nossas demandas estamos conseguindo suprir. [...] A rede está se fortalecendo. (PROFISSIONAL L).

Bonamigo (2014, p. 72) ressalta que, “[...] para a TAR, o importante é conhecer o que faz com que um ponto se ligue a outro, o que é transportado entre eles, como ocorrem os deslocamentos, qual a natureza do que se desloca, o que está sendo fabricado como identidade.” No caso dessa rede específica na área da saúde mental, o ponto que liga um ator

ou *actante* a outro é o uso nocivo de substâncias psicoativas e as diferentes perspectivas desse uso: do usuário, do familiar, da sociedade ou da própria rede. Para que isso seja possível,

Ao se voltar para o estudo prático das redes, a Teoria Ator-Rede propõe, como diretriz metodológica, “seguir os atores” e deixá-los falar, ou seja, mapear as controvérsias que emergem da dinâmica das traduções recíprocas – o que possibilita apreender a rede “tal como ela se faz”. (PEDRO, 2010, p. 88).

Ao propor que os atores/*actantes* sejam seguidos, Latour (2000) sugere que sejam seguidas suas práticas e ações para que a rede possa ser percebida como acontece realmente. A proposta desse estudo foi exatamente essa já que, enquanto profissional, estou diretamente vinculada a essa rede e busco fazer parte dela como ator.

A percepção de que essa rede não é algo estanque ou linear também surgiu entre os atores que a constituem. O Profissional P afirma: “a rede é um local aonde chegam muitas situações [...]. Essa rede não é uma linha reta, nem sempre há uma sequência, pois às vezes vai e volta. Cada situação é individual.” Esse Profissional consegue expressar em seu relato a concepção de “rizoma” que vem sendo abordada ao longo deste estudo. Sabe-se que a rede/rizoma conecta hoje esses diferentes atores/*actantes* mas que, conforme a configuração de forças, a manutenção ou não dos vínculos, a entrada-saída de atores, ela pode se reconfigurar, ampliando-se, fortalecendo-se ou diminuindo-se, desestabilizando-se.

4.1.1 Conectando os nós da rede: a relação entre as políticas de saúde e assistência social

A abordagem das políticas públicas de saúde e assistência social explica-se pela necessidade do fortalecimento da integração das suas ações a partir do Programa Crack, Vencer é Possível. Quando citamos a assistência social, compreendemos que, “[...] devido à própria amplitude e complexidade do fenômeno, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) mostra-se demasiadamente importante dentro do *continuum* de cuidado, devendo ser incorporado também pela rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas” (COSTA et al., 2015, p. 51).

A construção de uma rede é processual. Vínculos são estabelecidos, fortalecidos e, às vezes, rompidos. Em Chapecó, os relatos do surgimento de ações mais articuladas entre os serviços de saúde mental e de assistência social citam o ano de 2014 como um marco desse movimento. A partir de uma reunião com o Ministério Público relacionada a uma situação com um usuário, as relações passaram a se estreitar

Essa rede começou quando foi discutido um problema com uma pessoa e a saúde não resolvia, assistência não resolvia e foi parar na Promotoria. Me parece que foi uma reunião depois disso, que a gente saiu e propôs: vamos nos reunir para discutir sobre essa pessoa? Eu tenho impressão que foi isso. Eu tenho uma lembrança disso. Me parece que houve uma fala de ‘para que discutir se já foi falado’ e eu disse ‘a gente precisa discutir’. Eu tenho uma sensação disso, bem forte. E aí tinha aquilo: é meu, é teu, é nosso... hoje é nosso! Eu acho que é muito bom. E penso que tem que se fortalecer e ela tem que se ampliar para outros setores. (PROFISSIONAL A).

A partir desse momento, passam a ocorrer reuniões mensais entre diferentes atores/*actantes* das políticas públicas anteriormente mencionadas, envolvendo outras instituições e ou setores, conforme a complexidade de cada situação. Atualmente também ocorrem reuniões envolvendo a Promotoria de Justiça para os casos que abrangem situações extremamente complexas e que estão já em âmbito judicial, integrando ainda mais os atores.

Todos os entrevistados são considerados atores dessa rede, sendo que ela é estendida também a outras pessoas que, no período da pesquisa, não puderam participar. A percepção sobre o diálogo e a constituição da rede de saúde mental no município obteve importante avanço com o decorrer do tempo, entendendo-se que a relação entre os serviços e as políticas públicas de saúde e assistência social é essencial. Alguns entrevistados trouxeram essa informação abertamente, o que possibilitou que tecêssemos parte dessa história a partir de seus relatos:

Acho que já avançou bastante. Tem uma união entre as políticas, tanto da assistência, quanto da saúde. Acho que a tendência é crescer. Realmente muitas vezes acaba batendo na porta de cada um e seria necessário que cada um fizesse a sua parte para dar conta. A própria rede acho que já está dando conta. Claro que temos que respeitar também a vontade dos usuários, pois muitas vezes não é o que a gente quer e sim o que eles querem. (PROFISSIONAL M).

A evolução da rede nesse tempo de constituição também é um fator recorrente nas falas apesar do reconhecimento da necessidade de avanços. Como pode-se perceber no relato a seguir, o Profissional N além de sentir-se pertencente à rede, compreende que os demais serviços a qualificam, auxiliando nos atendimentos:

Acho que a rede é essencial e evoluímos muito em termos de trabalho em rede. Não visualizo meu trabalho sem rede e me vejo como parte integrante dessa rede, com uma troca muito importante. Eu percebo que é a rede que nos dá um direcionamento do que é a saúde mental, do que é o trabalho de cada serviço. Muitas vezes a gente quer que as coisas aconteçam, mas não sabe como é a condução do trabalho de cada serviço nos seus detalhes. Sem a rede a gente não teria a compreensão dessa dimensão. Eu percebo a rede como essencial para o desenvolvimento do nosso trabalho aqui. São serviços muito importantes e que contribuem para a gente trabalhar integrado. (PROFISSIONAL N).

Outra profissional cita o sentimento de pertença à RAPS durante a entrevista, reiterando a importância de ações conjuntas entre as diferentes políticas públicas:

Hoje estamos em um ritmo que a gente já se sente parte. É uma troca e uma cumplicidade. Eu ainda sinto muito forte nas políticas públicas cada um estar em seu quadrado e cada um muito por si e também apontando, julgando muito a outra em suas falhas e limitações. [...] O trabalho só vai se desenvolver de uma maneira adequada se todas as políticas caminharem juntas e terem o mesmo entendimento. Tem outros locais que a gente não tem essa mesma relação. Acho que temos que trabalhar mais nível de gestão para que seja uma coisa mais padrão. (PROFISSIONAL F).

O entendimento de que a rede não se constitui apenas por serviços e espaços relacionados diretamente à saúde mental também foi citado por um dos entrevistados que ressaltou o envolvimento de outros espaços e políticas públicas no atendimento aos usuários. Esse envolvimento é fator primordial para que a rede se amplie cada vez mais e possa abranger cada situação em sua singularidade:

[...] perpassa por muitos serviços, muitos profissionais e políticas diferentes que não estão só ligadas na saúde mental. Acho que é um conjunto de intersetorialidade e de multiprofissionais de várias áreas atuando para poder formar essa rede de atendimento. Acho que é um serviço ou uma equipe de profissionais que estão a par de uma parte da complexidade que é a pessoa. Envolve as outras secretarias, equipes de outros serviços que não tem a ver com saúde, mas sim com assistência, educação, habitação, segurança e que fazem parte dessa rede. (PROFISSIONAL H).

Os usuários da Unidade de Acolhimento e egressos daquele espaço também foram questionados sobre como entendiam a RAPS. A maioria apresentou dificuldades em definir o que é a rede, porém afirmando sentir-se acolhida e saber que, quando necessário, pode buscar os seus serviços. Além disso, os usuários percebem a comunicação entre os serviços, como podemos identificar neste relato:

[...] o pessoal sempre tem comunicação um com o outro, uma rede com a outra. Às vezes o paciente não vê isso. Às vezes o paciente critica, começa a olhar só os defeitos. Defeitos todo mundo tem! Mas se for analisar bem e parar para pensar, todo o trabalho ali é bem feito principalmente na relação entre as redes que são muito importantes. Como é que alguém lá da Unidade de Acolhimento, um psicólogo, uma assistente social não se comunicar com a rede do CAPS, até com o Resgate Social, com toda essa rede que tem... se faltar comunicação aí vai virar uma bagunça mas eu nunca vi uma falta de comunicação assim. (USUÁRIO A).

A percepção da atuação em rede por parte dos usuários é positiva compreendendo que os serviços da RAPS formam um conjunto e, com ele, as intervenções são positivas. Uma das usuárias entrevistadas avalia: que “[...] é muito bom, sabe? Por que tem a esfera jurídica, as assistentes sociais... tem várias coisas e eu acho que isso é muito bom por que é um conjunto.

É um conjunto que, graças a esse conjunto, aqui permanece e que continue sempre assim, né?!” (USUÁRIA B).

Sobre a necessidade da interlocução entre os atores da rede, a própria PAIUAD (BRASIL, 2003a) traz em seu corpo de texto a importância do diálogo entre as diferentes políticas públicas que são vinculadas ao atendimento dos usuários nocivos de substâncias psicoativas, por tratar-se de tema transversal e muito complexo. Sobre a intersectorialidade, Laport e Junqueira (2015, p. 68) em artigo, esclarecem:

Uma vez que, ao espalhar uma visão multifacetada do problema, encontra correspondência com uma visão das drogas como problema social, que se estende a diversas esferas da vida individual e coletiva e, que, portanto, não se refere a um único ator e nem apenas a determinados setores. A complexidade e a multidimensionalidade da questão das drogas implicam a necessidade de enfrentamento conjunto das políticas, tanto pela integração de ações nos três níveis de governo com a sociedade civil, quanto pela atuação integrada dos diversos atores políticos.

Trata-se de entendermos uma demanda complexa exatamente como ela é: além de a demanda compreender que o usuário deve ser atendido em sua integralidade, a partir de suas necessidades e com base no seu Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁸. A partir da singularidade de seu caso, há que perpassar os serviços e políticas que forem necessárias para atingir seus objetivos traçados juntamente com a equipe dos locais de atendimento. E assim, mudar a forma de fazer saúde mental.

4.1.2 A intersectorialidade na saúde mental

Sabemos que não é possível a realização de qualquer estudo e pesquisa na área da saúde mental sem levarmos em consideração a categoria da intersectorialidade, correndo o risco de incorrer no erro da parcialidade e de o trabalho ficar incompleto. Entendemos que a intersectorialidade, em nossa pesquisa, merece um papel importante diante das configurações da RAPS de Chapecó e das regulamentações em âmbito federal.

Inojosa (2001), estudiosa da área da intersectorialidade e transectorialidade conceitua estas categorias a partir da ideia de constantes relações, que englobam também o planejamento e a avaliação, o que vem ao encontro do método escolhido para realização desta

⁸ O Projeto Terapêutico Singular é compreendido como “[...] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou um coletivo. É o resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com o usuário, tendo o apoio matricial como recurso a ser usado, se necessário”. (BRASIL, 2014b, p. 72). Esse instrumento não é exclusivo da saúde mental e vai ao encontro da concepção de humanização dos atendimentos na área da saúde.

pesquisa, a cartografia. A autora compreende que esse constante movimento é necessário para a efetividade das políticas públicas. Segundo ela,

[...] estamos definindo intersetorialidade ou transetorialidade como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a ideia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional. (INOJOSA, 2001, p. 105).

Ao se referir especificamente à transetorialidade, tratando das pesquisas que vêm sendo realizadas, Inojosa (2001, p. 106) faz apontamentos de significativa relevância e que vem ao encontro desta pesquisa.

Os estudiosos que vêm discutindo a transdisciplinaridade fazem uma abordagem muito interessante, ressaltando que não se trata de desprezar ou de ignorar as disciplinas, mas de promover uma comunicação verdadeira entre elas. Podemos transportar isso também para o campo das organizações. É claro que continuarão existindo saberes e provimento de itens, continuará havendo obras, escola, serviço de saúde, porque, por enquanto, é assim que sabemos operar. Começamos a mudança pensando em como planejar isso de modo diferente, como entregar isso à população, pensando nas singularidades dos grupos populacionais, pois não se trata de homogeneizar toda a produção.

Dessa forma, entendemos que o estudo desta categoria na pesquisa é fundamental para que possamos atender os objetivos propostos. Junqueira (1997, p. 36) colabora significativamente com esse debate, trazendo aspectos sobre a intersetorialidade no âmbito da gestão municipal:

No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretizará a integração interinstitucional e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos, mediada por novos paradigmas, que devem informar a mudança das instituições sociais e de suas práticas.

Ou seja, para que a intersetorialidade realmente aconteça todos precisam estar relacionados e implicados no processo de modo que, a partir disso, a população será quem melhor perceberá esses benefícios.

Nessa perspectiva, é interessante ressaltar que a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1998, p. 15).

Com base nesta perspectiva, também foi realizada a busca de produções específicas sobre a intersetorialidade entre saúde e assistência social na região de Chapecó, destacando-se uma dissertação que aborda especificamente a intersetorialidade (CARLESSO, 2015) e um trabalho de conclusão de curso que traz o debate sobre a intersetorialidade na atenção às pessoas em situação de uso nocivo de substâncias psicoativas no município (OTONI, 2013).

Em Carlesso (2015), a intersetorialidade é estudada especialmente pela relação entre as políticas de saúde e assistência social no município de Chapecó. Para que possamos expandir o debate proposto, traremos apontamentos comuns sobre a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (BRASIL, 2004) e as orientações do Ministério da Saúde sobre a área da saúde mental. A PNAS (BRASIL, 2004, p. 44) afirma que a “[...] concepção da assistência social como política pública tem como principais pressupostos a territorialização, a descentralização e a intersetorialidade [...]”. Esses princípios corroboram com a ideia, defendida pela Reforma Psiquiátrica, de uma saúde mental que deve acontecer no território do usuário, junto aos seus familiares e comunidade.

Outro apontamento importante sobre a necessidade de ações continuadas e conjuntas é o Boletim de Políticas Sociais do IPEA (2015), que traz a relação da assistência social e da saúde quando se refere ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. A publicação afirma:

Outro fator importante que continua contribuindo para a ampliação desse serviço foi o aporte de recursos adicionais originados do programa “Crack, é possível vencer!” que, desde 2012, contribui com a expansão desse serviço. É importante reconhecer o papel fundamental e estratégico desempenhado pelo Serviço Especializado de Abordagem Social para o enfrentamento às drogas, assim como para a oferta de oportunidades de inclusão produtiva, para promover uma mudança de vida aos dependentes de álcool e drogas. (IPEA, 2015, p. 82).

Por sua vez, no âmbito da saúde mental, trazemos algumas fontes que deixam claro que para um atendimento humanizado e efetivo, é necessário que as políticas sociais “conversem” entre si, unificando esforços em prol de situações comuns. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em seu Relatório Final, traz:

A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado. (BRASIL, 2011b, p. 7)

Tamanho foi o reconhecimento dessa importância que um dos eixos da IV Conferência de Saúde Mental tratou exclusivamente da intersetorialidade. No relatório do ano de 2011, foram várias as propostas que relacionaram a importância da articulação e organização da rede a partir do trabalho dos CAPS. Nesse eixo específico, o documento traz como proposta

Garantir a estratégia intersetorial da atenção psicossocial como ordenadora da Rede, com o estabelecimento do planejamento e gestão centrados em módulos territoriais intersetoriais, compostos por um conjunto de serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados e complementares, conforme as realidades locais. (BRASIL, 2011b, p. 23).

Reiterando a necessidade dessas ações e a falta de financiamento no momento, o documento mencionado traz outra proposta quando sugere a implementação de um financiamento para efetivação dessas atividades, deixando clara sua importância e necessidade. A proposta 38 afirma:

A intersetorialidade é destacada através da proposta de criação de linhas de financiamento para o planejamento, implantação e implementação de ações intersetoriais em saúde mental. Insere-se nessa perspectiva a criação de dispositivos de financiamento, custeio e sustentabilidade de projetos sociais inclusivos (moradia, trabalho, renda, cultura, convivência, previdência, socialização, acessibilidade, locomoção, escolarização), assegurando a integralidade e a equidade para a saúde mental. Ao lado dessas ações intersetoriais, considera-se importante também o financiamento de ações interdisciplinares no âmbito da saúde mental. (BRASIL, 2011b, p. 27)

Percebemos, assim, que a assistência social, saúde e demais políticas públicas apresentam resultados mais significativos de suas ações quando se integram e unem esforços, e que as bases teóricas na área da saúde mental apontam esse caminho como algo inevitável e necessário. Dessa forma, a intersetorialidade configura-se, neste estudo, também como categoria que contribui com a análise da constituição, implementação e efetividade da Unidade de Acolhimento em saúde mental na rede de atenção psicossocial no município de Chapecó.

4.1.3 As traduções na rede: consensos e controvérsias

Os profissionais entrevistados assinalaram que percebem as dificuldades, contudo reconheceram os esforços dos atores envolvidos, especialmente dos próprios profissionais, apesar da grande rotatividade e da demanda dos serviços, o que impede momentos de maior aproximação entre os espaços com maior frequência. Podemos perceber tal contexto neste relato:

Ela funciona, porém com várias dificuldades. A gente consegue conversar e se comunicar com os outros serviços. Várias vezes precisamos da ajuda deles. [...] Há um trabalho realizado entre estes setores em função das pessoas. Talvez não se tenha mais o que fazer por conta da limitação que cada serviço tem. Mas pode se dar um jeito. [...] Acho que tem uma relação boa. Tenho um pouco de dificuldade. Os critérios de encaminhamento da rede básica até aqui são bastante nebulosos. Dificuldade de entender como que é o fluxo, para quem eu devo encaminhar ou quem vai avaliar o encaminhamento. Eu nunca sei quem vai avaliar, qual tipo de discussão vai ser feita deste caso para ser aceito ou não. [...] Sinto falta da gente se encontrar pessoalmente. (PROFISSIONAL I).

Alguns profissionais entrevistados vieram de outros municípios e reconhecem a RAPS de Chapecó com grande quantidade de serviços comparativamente com seus locais de origem. Apesar disso, também percebem suas dificuldades e entraves, tal como a necessidade de investimento no constante aperfeiçoamento dos profissionais para, dessa forma, qualificar os atendimentos realizados.

Eu sou de outro município, o qual não tem rede de saúde mental. Eu sinto bastante diferença. A rede também é importante, porém tem muitas fragilidades, principalmente no suporte de alta complexidade. Acho que a gente vai construindo essa rede no dia a dia, tentando fazer contatos para fortalecer. [...] Parece que muitas vezes ela trava em alguns pontos. Entendo também que é um processo importante que teve muito avanço. Se for pensar, há pouco tempo não se falava em rede de saúde mental ou Reforma Psiquiátrica. A política é muito recente, ou até mesmo o fato de ser uma criança ou adolescente. Dessa forma a gente vai construindo e costurando no dia a dia. Teria que ter mais investimento em profissionais e melhoria na gestão, assim ela andaria melhor. [...] É preciso avançar nisso. É preciso aproximar com a unidade e com a rede. Ir para a comunidade. (PROFISSIONAL J).

A partir da percepção de alguns avanços, os atores conseguem apreender também o que seria importante para prosseguir com a expansão da RAPS em Chapecó. Alguns profissionais mencionam a necessidade da ampliação da rede para outras políticas públicas, tais como educação e habitação, além de envolver, de forma mais direta, o Poder Judiciário e o Ministério Público. Salienta-se que tanto o Poder Judiciário como o Ministério Público, especialmente este, mantêm boa relação com os serviços, inclusive participando de reuniões periódicas para conversar sobre situações extremamente complexas, e também estão em instâncias judiciais em um constante processo de troca entre os atores e não apenas de cobrança, como mencionamos anteriormente. Assim, os profissionais conseguem perceber que,

Quando se trabalha com saúde mental há uma complexidade tão grande com essa demanda que é preciso sempre estar se reinventando e se reavaliando e a gente sabe que tem potencialidade. A rede conseguiu amadurecer e se fortalecer e pode dar outros passos de tentar mais parcerias. Até a nossa forma de organizar a reunião mudou. A gente tem uma perspectiva boa. (PROFISSIONAL A.)

Apesar desses apontamentos, os atores identificam que todos os setores hoje estão mais envolvidos com a demanda da saúde mental afastando-se de um suposto “empurra-empurra” que além de não gerar efetividade, causa mal-estar entre os envolvidos. Outro ponto positivo apontado pelos profissionais são as reuniões entre serviços da saúde e assistência social que atendem a população adulta com demandas relacionadas à saúde mental. Os profissionais lamentam, inclusive, as dificuldades para que esses momentos não ocorram com maior frequência, contudo avaliam esse espaço como fundamental para fortalecer laços entre os serviços, compreendendo dificuldades alheias e pensando ações conjuntamente.

Os relatos anteriores nos apontam algumas dificuldades que se desenham nessa rede também. Uma delas, indicada por um dos profissionais mencionados, é a dificuldade nos critérios de encaminhamento o que podemos apontar como falta de tradução. A TAR utiliza o conceito de *tradução*, que contribui no entendimento desse problema da rede: atrelado à comunicação ou efetivação de conexões. Pedro (2010, p. 80) ressalta que a noção de *tradução* “[...] designa a apropriação singular que cada ator faz da rede e na rede. A multiplicidade das traduções pode encontrar nas controvérsias uma oportunidade de expressão, que o método da cartografia permitiria delinear.”

A falta de tradução, ou seja, de comunicação entre os atores da rede, trava o desenvolvimento e suas ações da mesma ou, até mesmo, pode acarretar o rompimento de um dos seus vínculos. Sobre a importância da tradução, Pedro (2010, p. 82) afirma que, “[...] nos movimentos de composição das redes, os atores estão permanentemente traduzindo suas ações, linguagens, identidades e desejos, tendo em vista a mesma manifestação em outros atores”. A autora prossegue:

Tradução não significa apenas a mudança de um vocabulário para outro, mas, antes de tudo, um deslocamento, um desvio de rota, uma mediação ou invenção de uma relação antes inexistente e que, de algum modo, modifica os atores nela envolvidos – logo, modifica a rede. É importante, portanto, ressaltar que as traduções são sempre imperfeitas, pois significam a apropriação local que cada ator faz do que circula na rede. Portanto, não há traduções “certas” ou “erradas”, nem qualquer tradução deve ser tomada como “indiscutível”. (PEDRO, 2010, p. 83).

Essa falta de tradução pode aparecer com maior ou menor frequência e intensidade em uma rede sem, contudo, desqualificá-la, como identificamos no relato a seguir:

As vezes que eu fui às reuniões e percebi que algumas pessoas de outros setores têm uma dificuldade muito grande de entender o que é o CAPS AD, por mais que já se tenha falado do papel, elas tem dificuldade. Tem alguns momentos que parece que elas entendem e após algum tempo já dá um “branco” e volta sempre a lógica da internação. Parece que isso não está claro para eles. Há muita dificuldade. Entendem apenas em alguns momentos. Eles precisam resolver os problemas deles, que eu acredito que sejam vários [...]. (PROFISSIONAL K).

Desse modo, na comunicação entre os atores da rede – que ocorre pessoalmente e nas reuniões mensais entre diferentes serviços das políticas de saúde e assistência social para debater situações mais complexas e que envolvem diferentes profissionais –, são percebidos momentos de maiores ansiedade entre si, o que compromete a escuta qualificada e o encaminhamento adequado.

Outro fator que pode dificultar a tradução é a ideia ainda da internação como única opção de tratamento. Preconizada apenas para os casos de crises agudas, em que o acolhimento noturno no CAPS AD III e as demais estratégias de tratamento não foram eficazes, a internação ainda povoa parte do imaginário social como uma solução “mágica” para situações relacionadas à saúde mental. Como abordada no capítulo anterior, a ideia da internação como desfecho ainda é efeito de antigos conceitos e práticas relacionadas à saúde mental no Brasil.

Os profissionais também foram questionados sobre o processo de constituição da rede. Referiram:

É algo difícil de falar. A gente tem um processo que para mim é insipiente. Tem muitas falhas. Tem profissionais que compreendem o que é essa rede e outros não compreendem. É algo que teria que ser construído em todos os âmbitos, e não só na saúde mental. Todas as áreas do conhecimento deveriam estar envolvidas nessa relação que hoje para mim não acontece. Se houvesse um processo de construção isso viria a acontecer. O que acontece é uma discussão somente. Para mim é algo que ainda tem que ser construído e muitas questões têm que ser repensadas. [...]. (PROFISSIONAL A)

Os profissionais mencionaram algumas dificuldades com maior frequência durante as entrevistas, que já foram abordadas anteriormente, tais como a falta de comunicação, a rotatividade de profissionais, as dificuldades de entendimento sobre as atribuições de cada serviço, cobranças externas com relação ao uso nocivo de substâncias psicoativas e sobrecarga profissional. Além daquelas já mencionadas, outro ponto importante surgiu em algumas entrevistas: a dificuldade pessoal em trabalhar com a demanda do uso nocivo de substâncias psicoativas, seja por questões relacionadas à trajetória pessoal do profissional, seja pelos valores construídos por cada um ao longo de sua vida. Para exemplificar, trazemos relatos que poderão auxiliar no entendimento dessa questão, a começar por este:

Algumas vezes falha, principalmente por não reconhecer a saúde mental como uma necessidade de ter um apoio, um tratamento. Falha também pela questão do preconceito e em outros até funciona, mas existe muita resistência por parte de alguns serviços para trabalhar com a questão da saúde mental. Às vezes acham que não é uma doença que precisa de tratamento, acham que a pessoa incomoda e faz isso porque quer. Não conseguem ver o outro lado do ser humano e apenas que ela é um problema e está incomodando. (PROFISSIONAL J).

Os apontamentos trazidos são de fundamental relevância para compreender o afastamento que alguns profissionais têm da demanda adulta, especialmente dos usuários que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas. Não obstante os espaços de troca entre os serviços onde se realizam alguns apontamentos sobre a temática, muitos profissionais não tiveram esse debate de forma significativa em sua formação, trazendo pré-conceitos constituídos no decorrer de sua vida. Essas dificuldades acabam ocasionando embates profissionais e afastamentos entre alguns atores, em algumas situações pontuais.

Dessa demanda adulta eu percebo que falta todo mundo falar a mesma língua e principalmente os serviços básicos que a gente tem um pouco de dificuldade. Às vezes a gente tem que entender algumas condições e escolhas das pessoas e que nem tudo vamos conseguir mudar, mesmo que seja encaminhado para esses serviços, não vamos mudar do dia para noite. Muitas vezes também a condição que ela vive é a maneira que ela sempre viveu e não vai ser agora que vai mudar. A gente vai pensando nos riscos e tentando amenizar algumas coisas, oferecendo outras possibilidades, mas nem sempre vamos ter sucesso. O indivíduo muitas vezes vai escolher como ele quer viver. Tem muita cobrança para que a gente mude alguém muito rapidamente e que ela tenha outra vida, porém isso é muito difícil. (PROFISSIONAL O).

A riqueza da realização das entrevistas vincula-se à colheita de relatos sinceros como o ora exposto. Uma das maiores dificuldades das equipes que trabalham com pessoas que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas é respeitar a escolha do usuário em questão. A partir de nosso olhar e nosso prisma, muitas vezes temos sérios problemas em compreender o porquê de uma recaída ou do retorno para uma situação tida como degradante, tal como a situação de rua. O excesso de rigidez com essa demanda compromete muito o vínculo e o acolhimento ao usuário.

Eu acho que tem muitos profissionais que têm uma certa resistência com relação à saúde mental e não visualizam que aquele indivíduo necessita daquele tratamento. Nem todos têm o mesmo entendimento. Eu mesmo quando cheguei aqui não tinha muita noção e depois comecei a fazer as reuniões de rede e ter esse entendimento. Quem não conhece não sabe. Falta informação. (PROFISSIONAL Q).

A resistência e os preconceitos mencionados apresentam-se como uma consequência do processo histórico de institucionalização da loucura e dos indesejáveis. Como explanado no capítulo anterior, as implicações da história de exclusão e segregação dos loucos ou dos que causavam, de alguma forma, incômodo aos demais segmentos sociais fizeram com que grande parte da sociedade entendesse a institucionalização como algo natural para essa população. Com a Reforma Psiquiátrica, foram pensadas novas formas de cuidado para os usuários da saúde mental o que não significa que as concepções de toda uma sociedade

mudariam da noite para o dia, incluindo a dos profissionais. Apesar disso, quando tratamos de saúde mental,

O usuário com transtornos mentais normalmente é estigmatizado e isso contribui para que ao procurar um serviço com uma queixa física essa seja um tanto desqualificada, como se os usuários fossem pacientes de determinados profissionais ou serviços e não da rede como um todo. Tal reconhecimento – paciente pertencer à rede como um todo – é uma cultura difícil de se construir no cotidiano dos serviços e uma queixa comum de algumas equipes, que tem um desafio do diálogo de rede para evoluir. (MONTEIRO et al., 2014, p. 209)

O higienismo, como abordamos no capítulo anterior, gera um sofrimento em grande parte dos atores da rede que não concordam com esse processo mas são cobrados socialmente para “resolver” situações de forma rápida e pontual, mesmo em detrimento das políticas públicas vigentes. Mesmo sem generalizar essa afirmação, percebe-se que os avanços legais ainda não puderam ser apreendidos por toda a nossa sociedade para que essa visão pudesse ser modificada.

Acredito que tem avançado bastante, mas ainda temos que evoluir muito, porque a gente trabalha com seres humanos e não temos como encaixar a pessoa em um serviço ou outro. Às vezes temos que mudar a lógica ou até mudar o que prevê um protocolo e aí tem algumas lacunas que nenhum serviço atende e a gente acaba tendo que fazer coisas que não são de nossa competência. Há bastante cobrança. Também somos seres humanos profissionais, vai depender também do nosso entendimento, de quem está na frente de cada serviço. [...] desconhecimento do que cada serviço faz [...] Acho que ninguém se opõe de trabalhar em rede, porque um precisa do outro. (PROFISSIONAL Q).

O profissional aponta algumas lacunas existentes na rede, que geram sofrimento às equipes. A principal delas, citada em vários momentos também por outros profissionais, é a não existência de um residencial terapêutico no município. Com isso, a Unidade de Acolhimento acaba acolhendo pessoas por tempo maior do que poderia, já que não existe o espaço adequado. O Programa de Abrigo Domiciliar vinculado à Secretaria de Assistência Social e Cidadania⁹, atende uma população específica composta por pessoas com deficiência ou idosos.

Eu percebo que há muito disso de querer uma resolução rápida, pontual e se exige muito isso da saúde mental, bem como dos profissionais da rede. Eu vejo isso

⁹ O Programa de Abrigo Domiciliar para crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência do município de Chapecó é regulamentado pela Lei nº. 5.630 do ano de 2009 e tem seu funcionamento vinculado à Secretaria de Assistência Social e Cidadania de Chapecó. O financiamento do Programa ocorre através do Conselho Municipal de Assistência Social e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Para maiores informações, a lei está disponível em <<https://leismunicipais.com.br/a1/sc/c/chapeco/lei-ordinaria/2009/563/5630/lei-ordinaria-n-5630-2009-dispoe-sobre-o-programa-de-abrigo-domiciliar-para-criancas-adolescentes-idoso-e-pessoas-com-deficiencia-em-situacao-de-risco-social-e-da-outras-providencias?q=5630>>.

também na política de assistência social, na educação, e ela é muito culpabilizada de não dar essa solução. Muitas vezes não compreende todo esse movimento do ser humano na sua construção e desenvolvimento, de como é para ele estar nessa condição não adequada. Às vezes acham que não há interesse, que há resistência e a gente escuta falas assim, porém eu percebo de outra forma e essa não é uma percepção minha. Ainda falta conhecimento e entendimento com relação a isso. A gente não conhece e não entende muito a questão da saúde mental, o que é um equívoco. Porém, o equívoco maior é a gente não ouvir quem entende, que são os profissionais da área e achar que a gente tem que impor para ele o que a gente acha a partir de senso comum. Acho que isso ocorre muito ainda. (PROFISSIONAL J)

As cobranças por resultados e respostas imediatas das políticas públicas são recorrentes nas falas dos profissionais. Nos relatos das entrevistas pesquisa fica clara a preocupação com ações higienistas (mera retirada de pessoas em situação de rua dessa condição) e pontuais. Além desse ponto elucidado pelos entrevistados, outra dificuldade está relacionada à população adulta com vínculos familiares rompidos ou inexistentes e com sérias dificuldades em se auto gerir o que os impede de morarem sozinhos. Essas pessoas acabam sendo atendidas, pelos serviços existentes, porém poderiam estar em espaço adequado às suas necessidades. Sobre isso, um entrevistado afirma: “[...] gostaria de colocar também que é importante conseguir uma clínica de residencial terapêutico, porque os de transtornos mentais não têm onde ficar e têm muitos que as famílias não querem e eles acabam ficando nas ruas”. (PROFISSIONAL K).

A reflexão necessária a partir dos constantes apontamentos dos profissionais sobre a necessidade de um residencial terapêutico no município é se realmente essa seria a estratégia mais adequada ou se outras possibilidades terapêuticas poderiam ser utilizadas tais como Consultórios na Rua e Centros Pop, que atualmente não existem.

Sabemos que muitos avanços ocorreram ao longo desses 17 anos de aprovação da Lei nº. 10.216/2001, porém é necessária a constante auto-avaliação para não incorrerem em um erro que hoje já é abordado por alguns estudiosos: os muros invisíveis e que serão abordados ao longo deste capítulo. Apesar da delicadeza dessa temática, é necessário que ela seja abordada para que possamos compreender a importância da reflexão sobre nossa postura como profissionais, para não a tornar institucionalizante. Sobre esse assunto, abordaremos os itens a seguir, como continuidade desta análise.

4.2 A UNIDADE DE ACOLHIMENTO NA RAPS DE CHAPECÓ

4.2.1 Caracterizando a Unidade de Acolhimento na RAPS de Chapecó

A Unidade de Acolhimento foi implementada em 2013. A equipe de profissionais é composta por auxiliares de enfermagem, assistente social, vigilantes, auxiliar de serviços gerais, psicóloga e coordenação.

O número de usuários que utilizou o serviço, até o momento da pesquisa, foi de 67 pessoas, contudo alguns usuários passaram pelo serviço mais de uma vez, totalizando 80 entradas no serviço. No primeiro ano do espaço, foram recebidos 15 usuários, e em 2014 foram 26 usuários que passaram pela Unidade de Acolhimento. No ano de 2015, ocorreu uma diminuição do número de usuários encaminhados pelo serviço de referência (CAPS AD III), totalizando 9 usuários atendidos. Em 2016, apenas 5 usuários deram entrada na Unidade de Acolhimento. No ano de 2017, foram recebidas 14 pessoas e, até junho de 2018, a UA recebeu 11 novos usuários. Em contato com os dados desses usuários, nota-se que a grande maioria é do sexo masculino, sendo 55 homens atendidos e apenas 12 mulheres nesses cinco anos.

Ao nos depararmos com esses dados questionamo-nos: o que aconteceu? Por que diminuiu o número de encaminhamentos do CAPS AD III para a Unidade de Acolhimento em um determinado período? A partir da cartografia realizada, percebeu-se que o primeiro ano do serviço foi marcado por uma realidade diferente da dos demais. Um grande número de usuários foi encaminhado para aquele espaço que ainda não sabia como operacionalizar a sua organização, fazendo o que era possível, dentro de suas possibilidades, sendo a atividade principal o acolhimento do usuário, mas ainda sem regras ou encaminhamentos estabelecidos. Com o tempo, as duas equipes – CAPS AD III e Unidade de Acolhimento – puderam se organizar, aprender e compreender a finalidade do serviço, que consistia em ressignificar o cuidado voltado às pessoas em uso nocivo de substâncias psicoativas, dentro daquilo proposto em seu PTS, seja no fortalecimento emocional, afetivo, familiar ou social daquele usuário.

Com esse olhar, os encaminhamentos passaram a acontecer de forma dialogada entre os dois serviços, conjuntamente com os usuários, já que a UA atende usuários que aceitem ir para aquele espaço e o PTS é um documento construído coletivamente com os usuários. A Unidade de Acolhimento, então, assim como o CAPS AD III, percebe a necessidade de serem pensadas estratégias para cada situação específica atendida, compreendendo a complexidade do novo serviço também. Sobre a importância do olhar diferenciado para cada situação,

Benevides (2002, p. 175) ressalta que “[...] o recorte singular que se faz em cada indivíduo deve, é claro, ser acolhido em sua experiência individual, mas sua análise e intervenção não devem perder de vista a multiplicidade que compõe seus planos existenciais.”

A UA, apesar de ter uma Portaria¹⁰ que a inclui na RAPS, não dispõe de muitos documentos norteadores e legais que embasam sua prática, o que fez com que os profissionais realizassem tentativas: em alguns momentos, exitosas, e em outros não. Um dos profissionais entrevistados avalia o aprendizado que a prática do serviço trouxe, e que algumas coisas a legislação não conseguiu explicar, mas a própria realidade tratou de fazê-lo:

Foi preciso estudar a portaria, entender ela e aí minhas considerações do que a portaria diz e do que a realidade nos diz. E daí é aquilo: a ponta é a Unidade. Como é que ela [...] pode implementar essa missão com os dados da realidade do sujeito, do município, das famílias. Uma complementaridade de tudo isso: adequar à realidade do local. (PROFISSIONAL A).

A singularidade de cada atendimento também foi apontada como necessária pela equipe entrevistada. Trazemos um dos vários relatos sobre a importância da constante avaliação de cada situação atendida a partir da elaboração do PTS e do contexto dos usuários:

[...] a gente vem crescendo, vem se descobrindo, vem construindo e eu acho que a gente está num bom momento – quando eu falo “a gente”, eu falo a equipe. A equipe está a cada dia mais de parabéns porque a gente vai vivendo cada dia e a cada dia a gente vê uma saída melhor: tem que fazer isso para esse usuário, para aquele é isso... então a gente vai avançando. São várias pessoas olhando para um cidadão e isso é construir a história da Unidade de Acolhimento. E eu acho que a história da Unidade para o CAPSad tem um valor muito grande. (PROFISSIONAL B).

A equipe avança à medida que cada situação acontece e os desafios surgem. Os profissionais entrevistados relataram situações ocorridas e como o serviço conseguiu pensar alternativas e estratégias, com os usuários, para as demandas que iam surgindo:

Por mais novo que seja o papel dela o que está na nossa cabeça e no nosso coração é que a Unidade tem um papel bonito, mais do que rico. É uma questão muito profunda quando se trata do ser humano: mostrar uma luz, mostrar um caminho, mostrar que a vida vale a pena por que ele já saiu daquele momento mais delicado então aqui ele começa a respirar. E aí ele tem o apoio de uma equipe que pensa, ajuda a construir junto com ele – quando eu estou falando ele, eu estou falando usuário – que senta e pensa com ele: aonde você estudou? Você estudou até que série? No que você já trabalhou? A gente vai fazendo um resgate de quem é esse ser humano. Qual é o sonho dele? Tem sonho? Qual é? O que tu gosta de fazer? O que não gosta de fazer? Você vai vendo quem é cada um e até aonde você pode levar esse ser humano. Reinsere alguém numa escola? Alguém com esquizofrenia? [...] Você chegar numa escola e quando a escola percebe que é um cidadão com uma doença e com uma doença que assusta para a sociedade e a gente conseguir dizer para essa escola que ele é um ser humano, que só precisa de um espaço, de uma oportunidade, não tem prêmio maior pra um profissional da saúde! Não tem! E você

¹⁰ A Portaria que instituiu a Unidade de Acolhimento na RAPS é a Portaria nº. 121/2012 do Ministério da Saúde.

conseguir brigar com essa escola e dizer: ele tem direito! E esse cidadão é acolhido e, de repente, a escola vê o quanto ele é importante também, o quanto ele tem capacidade. Então olha o papel da Unidade! Quem fez isso até hoje? Isso é o papel da Unidade. Essa é a função da Unidade! (PROFISSIONAL B).

A Unidade de Acolhimento busca, conforme pudemos verificar nesses relatos construir sua própria história e contribuir para a reconstrução da história de muitas pessoas. Seguindo pelos caminhos da cartografia da rede, alguns pontos foram levantados durante este estudo e serão abordados nos próximos itens tais como a efetividade da Unidade de Acolhimento na RAPS do município de Chapecó, a redução de danos e a institucionalização.

4.2.2 Efetividade e Redução de Danos

A efetividade, neste estudo, é compreendida como a capacidade de se promover os resultados pretendidos. A Unidade de Acolhimento, conforme seu Projeto Técnico Terapêutico, que norteia as ações do serviço, tem como missão “auxiliar na reinserção familiar, educacional, profissional e social do sujeito em vulnerabilidade psicossocial, através da construção e implementação do Projeto Terapêutico Singular, elaborado conjuntamente entre ator e serviços de saúde mental” (PREFEITURA DE CHAPECÓ, 2018, p. 8-9).

Apesar de a missão da UA ser extremamente complexa, a maioria dos profissionais entrevistados compreendeu que o serviço cumpre seu papel quando reduz danos e agravos à saúde além de proporcionar estratégias diferenciadas de retorno ao convívio familiar, social e ao mercado de trabalho.

O primeiro aspecto que abordaremos é o acolhimento proporcionado pelo serviço. Os usuários nocivos de substâncias psicoativas nem sempre são acolhidos em suas angústias e especificidades nos serviços da rede. A ideia de que o sujeito faz uso nocivo de alguma substância acaba sobrepondo, para muitas pessoas, todos os demais papéis que ele (a) desempenha. Dessa forma, pelo modelo de serviço e por sua finalidade, a Unidade de Acolhimento deve ter um enfoque de humanização voltado a essa população. Sobre o acolhimento, um dos profissionais afirma que os usuários

[...] são muito acolhidos. A missão se cumpre quando já diz Unidade de Acolhimento e eles são extremamente acolhidos, são olhados, nos desafiam, a gente discute isso e muda, modifica condutas então é uma aprendizagem para todos: equipe e residentes porque eles trazem e nos imprimem uma mudança, mas eles também se imprimem uma mudança pela lógica e pelo formato que a Unidade deve ter e tem de ressignificar o modelo de família, de casa, de rotinas, de possibilidades de escola, de trabalho. (PROFISSIONAL A)

A demanda relacionada ao uso nocivo de substâncias psicoativas entre adultos requer constante interação dos profissionais com as recaídas. Em muitas situações, a continuidade da história do usuário é muito diferente daquela planejada pelas equipes e até por ele mesmo. Dessa forma, a idealização de um modelo de atendimento não é adequada, já que cada pessoa tem uma realidade e uma história, produzindo sua singularidade. Sobre isso, os profissionais expuseram a necessidade de trabalhar com sua frustração em alguns momentos, pois, apesar de encaminhamentos realizados pela equipe de alguns usuários para o mercado de trabalho ou para sua família, o desfecho de suas histórias nem sempre é aquele planejado.

[...] há pouco tempo eu achava muito frustrante. Porque a gente apostava no paciente, ajudava, apoiava, incentivava e na verdade a gente apostava e investia nele mesmo. De repente, ele recaía. Eu ficava muito abalada. [...] Mas, de um tempo pra cá, eu já comecei a perceber que o tempo que ele ficou com nós foi bom para a saúde dele, reduziu danos, ele pôde prolongar mais a vida, ele aprendeu algumas coisas que vão ser importantes daqui para frente, vão achar ele mais forte então assim eu comecei a olhar mais positivamente pra esse lado. Não que eu achava que era tudo negativo não, mas eu ficava frustrada. Porque eu sabia que era para reduzir danos, mas tinha pessoas que estavam trabalhando já com seu salário, super bem, bem vestido, só faltava seguir a vida. E realmente naquele ponto ali para saída, questão ali de dar só um passo tinha que dar, ou para o bem ou para recaída e ele foi pela recaída. Então isso deixa a gente meio incapaz né? Ali dentro a gente faz o possível e o impossível para fazer o bem para eles e reforçar, deixar eles fortes, fortalecidos para quando sair pra fora como é que vai ser. (PROFISSIONAL J).

Os profissionais entrevistados percebem a perspectiva de redução de danos aos usuários que estão na UA. A Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.028 de 2005, em seu artigo 2º, orienta que a redução de danos voltada às substâncias ou drogas que causem dependência “desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (BRASIL, 2005c, não paginado).

As ações de redução de danos sociais e à saúde também são norteadas por essa Portaria e caracterizadas por envolver uma ou mais das seguintes atividades: “I - informação, educação e aconselhamento; II - assistência social e à saúde; e III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites” (BRASIL, 2005c, não paginado).

A redução de danos segue a lógica de uma alternativa de cuidado à saúde sem julgamento moral. O Ministério da Saúde afirma que a redução de danos

[...] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método

(no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (BRASIL, 2013a, p. 10-11).

Na ótica da redução de danos, os apontamentos produzidos pelo estudo indicam que no cotidiano da UA, por constituir-se como espaço de atenção residencial transitória, são estabelecidos vínculos afetivos entre os profissionais e os usuários do serviço, assim como expectativas dos trabalhadores com relação às pessoas acolhidas, sendo gerado sofrimento quando não são alcançadas.

É um acolher aquela pessoa que está no fundo de um estado psíquico ou termos de usos de substâncias químicas, a unidade é uma luz no fim do túnel. Ela (a pessoa) sabe que lá terá um amparo para reduzir os danos, para ter uma vida melhor. Ao menos em pouco tempo vai se organizar em termos de ser humano, porque quando eles vêm para gente eles chegam acabados. (PROFISSIONAL M).

A redução de danos possibilita a utilização de estratégias que vão além da abstinência total do usuário, seja por redução do consumo ou através da redução de riscos e agravos à saúde do usuário quando faz uso de alguma substância psicoativa. Os usuários recebidos na Unidade de Acolhimento são acolhidos com a orientação de não poderem fazer uso de substâncias psicoativas – com exceção do tabaco – durante o período em que permanecem naquele espaço. Contudo, os relatos dos profissionais apontam que cada situação é avaliada em sua especificidade e que já ocorreram situações dos usuários sob efeito de substâncias serem recebidos por se entender que esse era o mais adequado para aquele momento.

A partir das informações documentais também pode ser percebido que o mesmo usuário pode ser acolhido mais de uma vez, conforme a necessidade, entendendo-se a recaída como parte do processo de tratamento. Apesar disso, o uso contínuo de substâncias psicoativas na UA ou durante o período em que o usuário está lá não é permitido para uma convivência mais tranquila entre os usuários e profissionais.

Além disso, os profissionais relataram que os atendimentos e conversas com os usuários sobre o uso de substâncias psicoativas partem das escolhas deles para suas vidas e que o período em que permanecem acolhidos e sem uso de substância psicoativa pode constituir-se em um momento de redução de danos à sua saúde física e emocional, como foi mencionada nos relatos anteriores.

Ao serem questionados sobre a efetividade da UA a partir do entendimento de cada profissional entrevistado, os profissionais entendem que o espaço é efetivo e proporciona

outro referencial de serviço para o usuário atendido, mas que a resposta daquele usuário depende do que ele quer para si. Um dos profissionais afirma:

É efetivo porque promove mudança na vida das pessoas. Dá uma saída para a pessoa, uma oportunidade. Às vezes se ela não estivesse lá poderia ter morrido ou até mesmo matado alguém. Mesmo que tenha poucas pessoas fazendo uso do serviço. A Unidade junto com o CAPS AD tem mais efetividade ainda. Lá a pessoa tem obrigações, recebe ajuda. É efetivo para a pessoa que sabe usar. (PROFISSIONAL S).

Analisar a efetividade de um espaço é sempre algo delicado e polêmico, porém entendemos que o depoimento a seguir aponta dois pontos fundamentais quando abordamos a UA: a escolha do usuário e a redução de danos sociais e à saúde:

Depende do progresso de cada sujeito e da escolha individual. Se a unidade propõe e o sujeito se engaja a efetividade é grande. Porém, se ele não se engaja a efetividade é baixa. [...] Para muitos que passam por ali, mesmo que não permaneçam abstinentes do uso, mas que de certa forma aprendem a lidar em algum aspecto de vida. Acho que a unidade tem um grande papel, uma grande função social. (PROFISSIONAL O).

Ainda analisando a efetividade da UA, surgem falas que relacionam o aspecto da finalidade do espaço ao desempenho de seu “papel”. Um dos profissionais, a respeito disso, afirma:

[...] ela está fazendo o seu papel de unidade de acolhimento e está se esforçando em muitos outros papéis. Ela está sendo efetiva apesar de todas as dificuldades que acabam se instaurando. [...] Acredito que realmente ela está exercendo sua função dentro daquilo que se propõe e está fazendo até mais: ela procura ajudar e dar uma estrutura para quem está lá em várias situações. Na unidade de acolhimento eles não estão sozinhos, os profissionais que estão lá procuram dar um suporte dentro da sua capacitação, dentro da sua própria área e às vezes até fugindo de sua própria área e indo a outras, procurando dar um suporte para que eles realmente possam resistir e aguentar a distância de casa e de seus sonhos, dos momentos difíceis que eles passam. A unidade de acolhimento tem feito um excelente trabalho. O pessoal da unidade tenta e faz o pessoal segurar muita bronca. (PROFISSIONAL N).

Para que essa relação de troca seja possível, Vasconcelos e Mendonça Filho (2009, p. 203) apontam para a necessidade do profissional refletir com frequência sobre sua prática, articulando teorias e saberes – incluindo o usuário –, saindo do aspecto meramente tecnicista:

Trata-se, por fim, para além dos rótulos de especialistas/terapeutas e usuários [...], da articulação entre pessoas e da produção de práticas e saberes transdisciplinares e transversais, que circulem por entre, no entre noções práticas advindas da ciência, da filosofia, da religião, da arte, da política, sobretudo, das nossas próprias experiências, das nossas próprias experimentações, as quais pedem a articulação entre saberes diversos, mais do que isso, lhes pedem porosidade.

Outro aspecto levantado pelos atores da rede com relação à efetividade da UA é a não institucionalização dos usuários em interações de longa permanência. Trataremos da institucionalização no próximo item, já que é temática mais ampla, mas citamos aqui um dos relatos que apontam a UA como forma de evitar deslocamentos do usuário para fora de seu território:

Acho que isso é muito bom, que é um modo até de economia por que se os pacientes ficavam internados e saíam para as famílias, para as ruas, sem ter um intermédio... Aqui na Unidade é um intermédio e os profissionais aqui trabalham para depois que eles saírem terem um seguimento na vida deles. Quando eles saíam da clínica, era mais provável que eles já recaíssem então a Unidade é muito importante porque ela faz isso: tenta não apenas reduzir os danos como ajuda para que eles consigam seguir, que tenham trabalho, que sigam para suas famílias, que eles estudem. Muitos residentes que ficaram aqui começaram a estudar então mesmo que eles parem um tempo, mas eles sempre têm aquela de voltar estudar e acabam voltando muitas vezes. Eu acho que a Unidade de Acolhimento deveria ter em todos os locais que trabalham com saúde mental. (PROFISSIONAL E).

Em outros relatos de profissionais, surgiram preocupações referentes ao tratamento no território do usuário, especialmente pelo contato com a família e rede de apoio¹¹. Concomitante a essa preocupação, alguns profissionais que estão a mais tempo na RAPS também pontuam que, além do benefício ao usuário, ocorre economia aos cofres públicos quando a situação consegue ser manejada no próprio município.

Os usuários, maiores interessados no assunto, também foram questionados sobre como percebiam o trabalho da Unidade de Acolhimento. Percebemos, durante suas falas, o reforço da necessidade do seu próprio envolvimento e das suas decisões com relação ao tratamento. Ressalta-se o reconhecimento da importância do manejo e estímulo da equipe para os usuários. Sobre a UA, um deles respondeu que entende ser

[...] muito importante, mas para as pessoas que querem mudar. Ela é muito importante, o trabalho que fazem aqui é muito importante para quem realmente está interessado em mudar de vida. Pense: eles te encaminham para o estudo, se você quer mudar, eles vão te encaminhar para o estudo, se você quer fazer um curso, eles vão te encaminhar para um curso, eles fazem tudo por você! E você não para de fazer o tratamento e você tem a possibilidade de sair daqui recuperado, estudado, com teus estudos, com curso, pode sair daqui bem psicologicamente e ganhando bom salário. (USUÁRIO B).

Um dos egressos entrevistados ressaltou que as reflexões realizadas pela equipe às vezes não foram compreendidas imediatamente porém lhe ajudaram mais tarde, marcando sua trajetória de vida e de tratamento:

¹¹ Como “rede de apoio” consideramos familiares, amigos, instituições e demais vínculos que possam colaborar com o tratamento e que sejam significativos para o usuário.

Às vezes a gente critica... “não, não... a fulana está sendo chata, a pessoa está sendo assim, está sendo assado, está falando demais...”, mas não. Tudo o que eles fazem lá, tudo é para ajudar... Tudo para ajudar! Tudo foi muito importante e eu tenho para te dizer que, das duas vezes que eu estive lá, não tenho queixa nenhuma. Tanto é que quando eu saí de lá, antes de recair e até depois da recaída eu sempre pensei comigo e me arrependi: eu poderia ter ouvido mais... hoje eu consigo ter essa visão (USUÁRIO A).

A partir dessas falas, é necessário ressaltar que a política de redução de danos também é *actante* da rede já que ocorrem movimentos a partir de suas ações. Lancetti (2009,p. 77) afirma: “[...] a Redução de Danos (RD) é uma política e uma prática de saúde pública [...] e como prática de saúde pública está em franca sintonia com todas as experiências sanitárias que buscam a vida.”

A Unidade de Acolhimento objetiva a ressignificação da própria vida para o sujeito, buscando possibilidades e estratégias a partir do que lhe motiva para o processo de geração de autonomia. Dessa forma, a escolha pelo retorno ao uso também é um movimento de autonomia do usuário, mesmo que não seja a expectativa geral da equipe. Talvez essa seja a maior dificuldade, tendo em vista o envolvimento emocional que o serviço potencializa em sua equipe, que busca, através de seus sonhos, o melhor para cada pessoa. Porém, nem sempre o objetivo de ambos é o mesmo. Mesmo assim, a UA não deixa de cumprir seu papel, seja por dias ou meses na vida de cada pessoa que por lá passa.

Sobre a efetividade do serviço, é importante ressaltar que, mesmo com as constantes afirmações dos profissionais de que a UA é efetiva em suas ações, entendemos que é necessário maior número de pesquisas para que essa informação possa ser confirmada cientificamente.

4.3 A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E OS MUROS INVISÍVEIS: REFLEXÕES SOBRE A REDE DE SAÚDE MENTAL

Após os embates gerados pela Reforma Psiquiátrica brasileira e avanços obtidos, tais como a Lei nº. 10.216/2011 e a criação de serviços voltados para o atendimento no território dos usuários, estudiosos da área de saúde mental apontam para outro desafio que se impõe aos serviços de atendimento dessa demanda na atualidade: o processo de institucionalização sem muros ou com muros invisíveis.

A instituição total foi caracterizada por Goffman (2015, p. 11) como “[...] um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida

fechada e formalmente administrada.” O autor utilizou esse conceito e realizou um estudo sobre as instituições totais (manicômios, prisões e conventos), adentrando especialmente os manicômios, com vistas a uma abordagem sociológica desse fenômeno.

Nos manicômios, Goffman relata todo o processo que o sujeito vivenciava em uma instituição: sua chegada e a perda de sua individualidade, tratamentos realizados na presença de outros pacientes (tal como o eletrochoque), a necessidade constante de obediência ou sanções pelo seu descumprimento, castigos ou privilégios. Apesar da afirmação das equipes pela busca da mudança e/ou melhora do paciente por parte dos manicômios, ela raramente acontecia. O trabalho de Goffman foi um dos que realizou a denúncia desses espaços entendidos, até então, como “recuperadores” (AMARANTE, 1994) e foi fundamental para a ruptura com esse modelo.

A partir da Reforma Psiquiátrica, o Brasil passou por um processo de rompimento com o processo manicomial que perdurou muitos anos, conforme abordamos no capítulo anterior. A implementação de espaços no território dos usuários partiu da lógica de não mais institucionalizar, sendo que a comunidade e a família passaram a ser partícipes do tratamento.

Contudo, autores como Lancetti (2009, 2015) e Vasconcelos e Mendonça Filho (2009) apontam para outro risco: dos serviços da rede de saúde mental, especialmente os vinculados à política de saúde se ensimesmarem e tornarem-se manicômios com muros invisíveis. Sobre o assunto, Vasconcelos e Mendonça Filho (2009, p. 189-190) alertam:

Se não desconstruirmos a lógica dicotômica e identitária, a qual tende a homogeneizar a diversidade e interceptar devires aprisionando-os em rótulos, em binarismos hierarquizantes (normal-anormal, homem-mulher, heterossexual-homossexual, branco-negro, rico-pobre), prosseguiremos apenas camuflando a exclusão e o estigma sobre a retórica da tolerância e da aceitação, sobre a retórica do cuidado em saúde e em saúde mental, prosseguiremos, enfim, circunscrevendo as diferenças a um calhamaço de formas pré-fabricadas de ser e de viver.

Os autores seguem ressaltando que qualquer serviço de saúde mental precisa gerar autonomia nos usuários e não dependência, correndo o risco de cronificá-los. Ressalta-se, neste ponto, a necessidade de sair do serviço e unir esforços com a rede para evitar a criação desses muros invisíveis, os quais também geram sofrimento, tanto quanto os muros físicos.

Trazemos esse assunto à baila neste estudo pois um dos apontamentos dos profissionais entrevistados foi o sofrimento devido à mistura de demanda que a UA atende. Isso significa que são acolhidos aqueles usuários encaminhados pelo CAPS AD III, de maneira temporária, conforme preconizado pela Portaria do Ministério da Saúde, mas que também estão naquele espaço usuários residentes, pois têm vínculos familiares rompidos ou

não contam com outras pessoas que possam lhes auxiliar a seguir a vida. Essa situação refere-se a três pessoas que, devido ao seu quadro psiquiátrico – seja de base ou associado ao uso de substâncias psicoativas –, não apresentam condições de se auto-gerirem, de administrarem suas vidas de forma independente. Um dos profissionais afirma que “[...] existe um sofrimento na equipe com relação à mistura de usuários com os de transtorno mental, pois não é essa a finalidade. Os demais que são usuários precisam se organizar. [...] A unidade de acolhimento é uma grande ferramenta, mas não está acertada. A gestão que tem que organizar isso.” (PROFISSIONAL G)

Trata-se de situação complexa, e isso é reconhecido pelos profissionais entrevistados:

[...] não tem alternativa! E aonde vamos colocar essas pessoas? Para um residencial terapêutico fora de Chapecó? Só que aí estaremos deslocando a pessoa para fora da sua vida, do seu espaço, seu território e aí acaba indo contra aquilo que se prega nas portarias. A família da pessoa e os mínimos contatos estão aqui. Não é tão simples, estamos lidando com seres humanos, não podemos jogar ele como se ele fosse manipulado. [...] É compreensível, mas continua não sendo o papel da unidade de acolhimento. Precisa de um lugar próprio/adequado para isso, que aí vai receber outro nome, com outra estrutura, para que se possa se dar conta. (PROFISSIONAL F).

Apesar dessa duplicidade de papéis exercidos pela UA de Chapecó, e que poderia ser vista como uma institucionalização, os profissionais entrevistados não compreendem dessa forma. As atividades realizadas com os usuários que estão em atendimento naquele serviço são sempre vinculadas a outros espaços, possibilitando o contato do usuário com a sociedade e da sociedade com o usuário. Dessa forma, são traçadas estratégias dentro do Projeto Terapêutico Singular e com cada usuário que possibilita esse movimento.

Acho que cada pessoa tem sua estratégia, seu jeito de pensar, agir, sua forma de como ela vai poder voltar a sonhar e voltar a viver. Acho que cada pessoa cria na sua ideia, na sua mente. Eles querem uma vida, um espaço, suas coisas, seu cantinho, nem que fosse pequeno ou simples, mas que seja seu. Acho que as pessoas pensam na sua vida e criam estratégias e maneiras, muitas vezes confusas, perdidas, muitas vezes a gente precisa dar uma clareada, não querendo impor, mas sugerindo e dando uma ideia. A gente ajuda a criar estratégias e a encorajar para que elas realmente acreditem que podem. A partir do momento que eles acreditam eles passam a ter uma estratégia, um planejamento, pois quando eles estão inseguros eles não conseguem visualizar isso. A gente vai ajudando, dando suporte para que realmente eles coloquem em execução para que isso se realize. (PROFISSIONAL S).

Durante toda a pesquisa, grande parte dos profissionais entrevistados manifestou desejo de o município implementar um residencial terapêutico. Em uma das entrevistas, o profissional afirmou que a Unidade de Acolhimento “[...] ultrapassa o que ela deveria fazer de papel. Talvez se tivesse um residencial terapêutico, a cidade ficaria numa situação muito boa em termos de saúde mental.” E prosseguiu:

[...] o papel da UA é de extrema importância por encaminhar esses residentes para uma vida, que eles tenham fora das clínicas, fora dos hospitais, das unidades né? Uma vida digna e esse papel, para nós, é muito importante, porque com a Unidade a gente vai ter esse encaminhamento deles né? A gente já trabalha com eles aqui, no dia a dia, para que eles melhorem, para que quando eles saiam fora consigam se manter. Se manter no trabalho, se manter sem os vícios e que sigam a medicação, pois sem a medicação normalmente eles recaem novamente. (PROFISSIONAL E).

Os usuários entrevistados percebem a finalidade da Unidade de Acolhimento, mas a relacionam muito com a questão afetiva e com um vínculo familiar. Essa relação decorre da constatação do momento de extrema fragilidade emocional do usuário antes de ir para aquele espaço: na maioria dos casos, perdeu ou rompeu vínculos familiares, está em situação de rua e/ou desempregado, sem quaisquer perspectivas. O padrão de uso desses usuários enquadra-se como nocivo, pelo rompimento das relações sociais e afetivas; ao ser encaminhado para a UA, ele percebe aquele espaço como uma “luz no fim do túnel”.

Outro profissional ressalta que a UA

[...] tem um objetivo de pensar no ser, acolher o ser humano que está na berlinda. Ela vem também para reduzir danos, porque se ele ficar ao menos seis meses sem fazer uso ou seis meses com tratamento regular já é um ganho, porque tu vai estar falando com a parte boa daquele paciente e é aí que você tenta fazer com que ele mude, que ele tome uma direção. [...] Não existe coisa melhor para a unidade de acolhimento, pois ela pensa no ser. (PROFISSIONAL M).

Não obstante o trabalho realizado, grande parte dos usuários não consegue perceber quem são os atores da RAPS, mesmo tendo passado por diferentes serviços e diferentes profissionais de várias políticas públicas. Apesar disso, também entendem que podem contar com os diferentes serviços nos momentos de crise, como um dos usuários afirmou durante a entrevista:

Teve vezes que, por ter recaído, pensei: “ah não vou mais lá, estou com vergonha de ir à Casa de Passagem, no CAPS, na Unidade de Acolhimento ou num internamento e tal.” Mas tem que ver assim que o pessoal sempre está ali para ajudar, em qualquer um desses locais. Então tem que ser humilde para ver, porque os profissionais estão ali pra ajudar, em qualquer um desses locais e, se necessário, procurar de novo, que é o que eu estou fazendo novamente. (USUÁRIO C).

Dessa forma, avaliar a efetividade da UA perpassa analisar o serviço como *actante* da RAPS, assim como os profissionais e usuários que por lá passam como *atores* dessa rede. Trata-se de englobarmos nessa análise um contexto multifatorial, que envolve o desejo do sujeito e suas fragilidades, o manejo e envolvimento da equipe da UA, a relação com a RAPS (serviços, família e comunidade) e o envolvimento dos demais atores da rede com relação a uma determinada situação.

Ressalta-se que, como apontam Vasconcelos e Mendonça Filho (2009, p. 194) a cronificação do usuário é “[...] produzida também pela ausência de articulação do sistema de saúde com outras instâncias como educação, justiça, escola, trabalho, etc.” Dessa forma, não há efetividade na saúde mental sem o envolvimento de diferentes atores na rede, incluindo serviços, usuários, comunidade e gestão das políticas públicas, e esse envolvimento vem se construindo e se ampliando no município como pudemos analisar neste estudo.

Para que a luta antimanicomial continue vívida em nosso cotidiano profissional, é preciso que estranhemos também o nosso conceito de “normalidade”, construído ao longo de nossa história profissional “[...] cabe aqui o desafio de estranhar nossos próprios domínios de referências e, com eles, problematizar a tendência a banalizar e naturalizar os próprios conceitos dos quais temos nos servido para tentar produzir mudança de práticas” (VASCONCELOS; MENDONÇA FILHO, 2009, p. 196). Se isso for alcançado, não estranharemos as escolhas dos usuários no percurso de seu tratamento e poderemos ampliar as opções para o sujeito sem correremos o risco de criar expectativas a partir de nossa realidade de vida ou preceitos morais.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao término desse estudo, não tenho a pretensão de trazer com ele todas as respostas sobre a saúde mental e encerrar nele as múltiplas possibilidades de pesquisa. Ao contrário: espero despertar a curiosidade, atenção e outros olhares – incluindo contrapontos – sobre a realidade pesquisada, para que investigações diversas sejam realizadas.

O estudo apresentado se configurou em um desafio em diferentes aspectos: estive envolvida como profissional e ator da RAPS, também como mestranda e pesquisadora. Uma coisa não era possível dissociando-se da outra. Ao término desse ciclo, que contribuiu no processo de construção pessoal, profissional e acadêmica, reflito sobre a importância dos desafios em nosso cotidiano profissional e também sobre a necessidade constante de aprimoramento e estudos sobre a área de atuação.

A inclusão das Unidades de Acolhimento como ponto da RAPS veio de forma abrupta, a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, envolto em uma série de cobranças sociais e políticas sobre o uso do crack – especialmente – em todo o país. Taxado erroneamente como uma epidemia, o uso do crack despertou em muitas pessoas o entendimento da necessidade do retorno das internações de longa permanência. Mediante o novo momento da saúde mental brasileira, foram pensadas estratégias de tratamento para as pessoas com uso nocivo de substâncias psicoativas: a Unidade de Acolhimento é uma dessas estratégias.

As Unidades de Acolhimento já são implementadas com um desafio enorme: oferecer o cuidado, sem pré-julgamentos, às pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas. A própria nomenclatura desse serviço denota seu diferencial: “acolhimento”. “Acolhimento” pode ser definido como “hospitalidade, o ato de receber ou ser recebido”, mas, além disso, no âmbito da saúde, “acolher” significa

[...] reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (BRASIL, 2013d, p. 7).

Com esse conceito, referenciado na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, compreendemos que o ato de acolher ou não uma pessoa pode modificar também sua situação de saúde. Na saúde mental, por muitos anos, não houve acolhimento ou cuidado.

Por muito tempo, a pessoa fora de um suposto padrão de normalidade imposto pela sociedade sequer era ouvida em seu sofrimento, era simplesmente trancafiada em manicômios.

E o que significa ser normal? Qual a nossa percepção de normalidade? Será que precisamos nos encaixar em um determinado padrão para sermos aceitos? Ou ser diferente também é algo bom? Se partirmos do pressuposto de um padrão de normalidade, como profissionais de saúde, já iniciamos por uma via deturpada, pois a “minha” visão de o que é “ser normal” vai ser imposta às pessoas que irei atender e que, possivelmente, não têm essa mesma visão.

As políticas de saúde mental caminharam para um caminho inverso à institucionalização e normalização do comportamento. Os caminhos da saúde mental conduzem aos serviços nos territórios das pessoas atendidas, à manutenção e fortalecimento de vínculo família/comunidade, à articulação entre os atores da rede, com respeito às suas particularidades mas em integração quando são ações referentes ao mesmo usuário ou à mesma família. Atualmente, a ideia é de a pessoa viver bem, em sua singularidade, junto à sua comunidade.

Essas reflexões podem ser consideradas devaneios ou até ilusão. Porém, durante esta pesquisa, pudemos perceber que esses devaneios são possíveis de se tornarem realidade. Um dos relatos obtidos durante a pesquisa citou o retorno às aulas de uma pessoa com esquizofrenia e histórico de uso nocivo de substâncias psicoativas. Inicialmente, houve uma resistência da escola em aceitar a matrícula do usuário mas, a partir do contato entre os profissionais, usuário e escola, foi percebido que era possível fazê-lo; e isso de fato ocorreu: o usuário foi para a escola e não a escola veio ao encontro dele dentro da Unidade de Acolhimento. O movimento de estabelecimento de nós (vínculos) entre os serviços e o usuário ampliou a rede que já existia, demonstrando mais uma possibilidade terapêutica que vai muito além da medicalização ou da cronificação dentro de um serviço.

Sobre a pesquisa realizada, retomamos os objetivos propostos inicialmente e entendemos que conseguimos atingi-los. O processo de pesquisa, como aponta a cartografia, também é intervenção, e possibilitou, a partir dos relatos e observações do campo de pesquisa, pensar em novas estratégias nesse campo de atuação, ressaltando-se a importância de ouvir os atores da rede, especialmente os usuários.

As entrevistas constituíram-se de momento especialmente rico na realização deste estudo: várias pessoas puderam relatar a sua participação na história da saúde mental do município e se colocaram como atores dessa rede que se amplia a cada movimento. Esses atores realizaram ações em diferentes sentidos, colocando em xeque, em vários momentos,

suas próprias percepções pessoais em prol da saúde mental, e modificando-as em alguns momentos.

Contudo, não podemos perder de foco o que já foi pontuado por Vasconcelos e Mendonça Filho (2009): a saúde mental se faz na rua, estando fora dos serviços. O serviço é um suporte e um aporte, porém não pode ser restrito em si mesmo, sendo fundamental a interlocução com outros sujeitos. Nesse sentido, apesar de não haver outras pesquisas a respeito das Unidades de Acolhimento, ressaltamos que esses locais devem ser utilizados como residências transitórias, conforme preconizado pela Portaria que implementa esse dispositivo, buscando a reorganização do usuário de acordo com seus objetivos de vida. Salientamos a importância de atentarmos para este último ponto: por mais que o vínculo tenha se estabelecido e o profissional deseje o melhor ao usuário, é necessário que ele também seja ator na determinação dos rumos de sua caminhada. E os rumos são definidos no faz-fazer da rede, em que a agência acontece nas composições e nos movimentos dos atores e da rede.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar o processo de constituição, implementação e efetividade da Unidade de Acolhimento em saúde mental na rede de atenção psicossocial no município de Chapecó. Parte da história da Unidade de Acolhimento pôde ser contada a partir dos atores que dela participaram. Um dos apontamentos dos sujeitos entrevistados é com relação ao incentivo da gestão: mesmo com dificuldades em compreender o sentido real do que era o serviço, a gestão implementou a Unidade de Acolhimento, entendendo-a como necessária ao município. Outro ponto citado pelos entrevistados é a diminuição das internações em outros municípios a partir da implementação do CAPS AD III e da Unidade de Acolhimento. Os atores da rede percebem a importância desses dispositivos no município para possibilitar o acompanhamento terapêutico de forma mais adequada.

O primeiro objetivo específico relacionava-se ao processo de instalação e constituição da Unidade de Acolhimento. Conforme relatamos nesta dissertação, percebeu-se que a implementação do serviço no município foi uma via de mão dupla: pressão dos profissionais do CAPS AD para mudança de modalidade do dispositivo para CAPS AD III e interesse da gestão daquele período. Os profissionais apontaram para um processo de constante aprendizado e construção do serviço no município, o que torna este estudo ainda mais relevante, pois faz um recorte do momento em que foi realizado.

O segundo objetivo específico proposto era dar voz e vez aos usuários e profissionais, analisando a partir de seus relatos a Unidade de Acolhimento de Chapecó. Os usuários do serviço – egressos ou os que estavam no serviço naquele momento –, em sua totalidade, entendem que a Unidade de Acolhimento é um serviço primordial e fundamental no

município. Em todas as falas surgiram comparações de como estavam antes de passar pelo serviço, a importância dos profissionais que lá estão e a sua responsabilidade perante o tratamento e seu planejamento de vida, possibilitando novos olhares e expectativas para cada indivíduo.

Os profissionais, por sua vez, em grande maioria, também pontuaram que o espaço se constitui em importante ferramenta da rede de saúde mental, mas que necessita ser utilizado para seu objetivo-fim (residência transitória). Salientaram que um residencial terapêutico é primordial para o tamanho do município e para a complexidade de algumas situações. Mesmo assim, em sua grande maioria, compreendem a Unidade de Acolhimento como um serviço efetivo e fundamental na atual RAPS do município.

A Unidade de Acolhimento, de acordo com os profissionais e usuários entrevistados, demonstra-se efetiva ao se pensar na melhoria da qualidade de saúde das pessoas que por lá passaram. Seja por uma semana, um mês ou seis meses, durante o período em que esses usuários estiveram no serviço, foram acolhidos (na acepção do termo) e olhados em sua singularidade. Talvez, quando trabalhamos com o uso nocivo de substâncias psicoativas, uma das maiores dificuldades, seja um olhar atento àquele que busca tratamento. Contudo, ressaltamos que, para uma análise mais científica, outras pesquisas e novos indicadores se fazem necessários tanto em âmbito local como regional ou nacional.

A grande parte dos profissionais entrevistados percebe a Unidade de Acolhimento como espaço promotor de saúde através da redução de danos e agravos à saúde. Quando citamos a redução de danos, entendemos que a abstinência nem sempre é o objetivo do usuário. Para alguns, a Unidade de Acolhimento significa um período de recuperação do seu organismo e estabelecimento de novos vínculos, às vezes de recuperação de vínculos antigos, porém sua intenção não é cessar o uso. Esse é um ponto que precisa ser clareado para as equipes que ainda manifestam grande sofrimento quando um dos usuários opta em deixar o local e retoma sua vivência de rua.

A necessidade de manejo adequado diante dessa clientela é imprescindível para resultados positivos e também foi apontada pelos entrevistados. Algumas pessoas avaliaram que o manejo é prejudicado pela clientela mista que está no serviço no momento da pesquisa. Apesar disso, reconhecemos o esforço da equipe, que busca, dentro da especificidade de cada pessoa, pensar um Projeto Terapêutico Singular adequado.

Finalmente, abordamos neste estudo a intersetorialidade, como propusemos no terceiro objetivo específico. Em vários momentos, manifestamos nossa posição com relação à importância da relação intersetorial e da articulação entre as diferentes políticas públicas. A

rede, para realmente constituir-se, precisa de vínculos diferenciados e olhares de diferentes prismas sobre uma mesma situação. A pesquisa apontou que a relação da política de saúde com a política de assistência social é muito próxima, porém outras políticas públicas e segmentos sociais ainda estão afastados do debate sobre a saúde mental.

A Unidade de Acolhimento de Chapecó busca, com afinco, a realização da sua missão, pensando na singularidade do sujeito atendido e nas possibilidades que ele tem. Contudo, é um trabalho que necessita de articulação tanto em âmbito público como no privado. A rede constituída hoje no município está vinculada, principalmente, à política pública de assistência social: esse é um fator de suma importância porém, sem articulação com as demais políticas públicas, as estratégias para os usuários tornam-se limitadas.

Ressalta-se que, apesar da relação estreita com a política pública mencionada anteriormente, ocorre também o constante contato com instituições governamentais e não-governamentais relacionadas com mercado de trabalho, educação, além da rede de apoio formada por instituições religiosas, grupos de ajuda mútua, comunidades terapêuticas e demais que se fizerem necessárias às especificidades de cada usuário.

Assim, a realização deste estudo demonstrou ser relevante a partir da necessidade em se debruçar sobre a constituição e efetividade da Rede de Atenção Psicossocial em nosso município, que se desdobra com a configuração e organização de novos pontos de atenção, o que permite a ampliação dos estudos científicos a respeito da saúde mental, publicizando as ações da área para refletirmos sobre a implementação dos diferentes dispositivos na rede.

Os resultados obtidos com esta dissertação poderão contribuir e impactar diretamente na população usuária dos serviços, atuando também como fomento do desenvolvimento da política de saúde do município além de auxiliar profissionais da área da saúde mental em diferentes lugares do Brasil.

As estratégias específicas de tratamento e de enfrentamento à questão do uso nocivo de substâncias psicoativas apenas poderão ser pensadas após a realização de pesquisas que envolvam os seus principais interessados: os usuários e os próprios profissionais e esta foi a proposta deste estudo.

Finalmente, como profissional de saúde, mais do que realizar uma pesquisa, pude intervir nela, reconhecendo-me (ou não) nos relatos dos colegas, percebendo nuances que podem levar a uma cronificação do usuário, que, em muitas situações, é vista como uma proteção, além de poder escutar dos usuários a análise sobre o trabalho desenvolvido por nós profissionais.

Alguns questionamentos poderão suscitar a realização de novas pesquisas, por exemplo: a organização dos usuários perante o momento do acompanhamento na Unidade de Acolhimento e a elaboração de estratégias: de que forma ocorrem? De que forma o residencial terapêutico seria incluído na rede do município, na visão dos profissionais? Seria o residencial terapêutico a melhor estratégia ou existem outras possibilidades? Como são analisadas as práticas de saúde mental nos serviços que o município já possui?

Trago esses questionamentos buscando incentivar a realização de novas pesquisas, com outros olhares, a respeito dos serviços de saúde mental, já que muitos pontos ainda ficaram sem respostas. Dessa forma, há que continuar construindo os caminhos da cartografia da Unidade de Acolhimento.

VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

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

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARROS, Laura Pozzana; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BARROS, Leticia Maria Renault de; BARROS, Maria Elisabeth Barros de. O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. In: **Fractal, Rev. Psicol.** V. 25 – n. 2, p. 373-390, Maio/Ago. 2013.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BELLO, Luis Alfonzo. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. In: RONZANI, T. ET AL. **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

BENEVIDES, Regina. A importância de se assegurarem direitos. In: RAUTER, PASSOS E BENEVIDES (Org.). **Clínica e Política. Subjetividade e Violação dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Editora TeCorá, 2002.

BONAMIGO, Irme Salete. Carta ao GT Tecnologias e Modos de Subjetivação. In: TAVARES, Gilead Marchezi; MORAES, Marcia; BERNARDES, Anita Guazzelli. (Org.). **Cartas para pensar: políticas de pesquisa em psicologia**. 1. ed. Vitória: EDUFES, 2014. p.69-76.

BONAMIGO, Irme Salete. Tecendo relatos, versões e cenas: etnografia de um evento violento. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 350-359, Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n3/05.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2018

BONAMIGO, Irme Salete. **Violências na contemporaneidade: etnografia de redes sociotécnicas na cidade de Chapecó (SC)**. 2007. 251p. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia. 2007.

BONAMIGO, Irme. A Teoria Ator-Rede como dispositivo teórico-metodológico de análise da produção de violências na contemporaneidade. In: FERREIRA, Arthur Arruda Leal; FREIRE, Leticia de Luna; MORAES, Marcia [et. al] (Org.). **Teoria Ator-Rede e Psicologia**. P. 164-179. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2010.

BRASIL. Cartilha Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Brasília, 2013c. Disponível em:

<http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf>. Acesso em out. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 de mai. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 21 de mai. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216 de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde – Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.343/2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD. Brasília. Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1028 de 01º de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 121 de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília, 25 de janeiro de 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília, 26 de janeiro de 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília, 26 de dezembro de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 855 de 22 de agosto de 2012**. Brasília, 22 de agosto de 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os residenciais terapêuticos. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília, 11 de fevereiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Regulamenta as modalidades dos Centros de Atenção Psicossociais. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília, 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015a. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48 p. Disponível em: <www.saude.gov.br> e <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015**. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº. 34 – Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**, Brasília, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. [Folheto]. Brasília, 2013d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: mar. 2018.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, out. 2005a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso**. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas – Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1 – 7 ed.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas – Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Atenção Integral na rede de saúde: módulo 5 – 7 ed.** Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014b.

CARLESSO, Kátia. **A especificidade da política de assistência social e a intersectorialidade.** 2015. 174 p. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, 2015.

CEBRID – VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], São Paulo: **CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

CÉSAR, Janaína Mariano; SILVA, Fábio Hebert da; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. In: **Fractal, Rev. Psicol.** V. 2, n. 2, p. 357-372, Maio/Ago. 2013.

CNS – Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 466/2012.** Regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. Brasília: CNS, 2012.

COSTA P. H. A. da; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI T. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In: RONZANI, T. ET AL. **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas.** São Paulo: Cortez, 2015.

DAMEDA, Cristiane. **Adolescência e ato infracional: cartografia de processos de subjetivação de adolescentes em Medida de Liberdade Assistida.** 2017. 214 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, 2017.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** 2ª Edição. Editora 34. V 1. São Paulo: 1995.

FALEIROS, Eva T. Silveira. Serviço Social e saúde mental. **Revista Inscrita.** Brasília – DF, v.4, n 8, p. 31-36, 2002.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de sociologia.** Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>. Acesso em 25 jun. 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2014.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do século XX**. Saúde. De 1908 a 1949. Brasília, 2016. Disponível em <<http://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/saude>>. Acesso em 02 jun. 2016.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em 20 abr. 2017.

IPEA. **Boletim de Políticas Sociais nº 23**. Cap. 3. Brasília: Ipea, 2015.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e intersetorialidade na construção de um novo modelo de gestão. **Rev. Adm. Pública**, 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7696/6269>>. Acesso em 25 abr. 2017.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas Formas de descentralização na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**. v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2017

KASTRUP, Virgínia. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, André (Org.). **Tramas da Rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. P. 80-90. Porto Alegre: Sulina, 2013.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. In: **Fractal, Rev. Psicol.** V. 25, n. 2, p. 263-280, Maio/Ago. 2013.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANCETTI, Antonio. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. Hucitec, 2015.

LAPORT, Tamires Jordão. JUNQUEIRA, Luciano Antônio Pires. A intersetorialidade nas políticas públicas sobre drogas. In: RONZANI, T. ET AL. **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

LATOUR, Bruno. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LATOUR, Bruno. **Reagregando o social**. Salvador: Ed. UFBA, São Paulo: Edusc, 2012

LAW, John. **Notas sobre a teoria do ator-rede: ordenamento, estratégia, e heterogeneidade**. Trad., Fernando Manso, 1992. Disponível em: <<http://www.necso.ufjf.br/Trads/Notas%20sobre%20a%20teoria%20Ator-Rede.htm>> Acesso em: fev. 2018.

LENAD - II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – 2012. Laranjeira, Ronaldo (Supervisão) [et. al.]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <<http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso fev. 2018.

LUZ, Madel Therezinha. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. Ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

MONTEIRO, Jaqueline da Rosa; NUNES, Mary T. J. Riche; MENDES, Jussara Maria Rosa. Aspectos a considerar no cuidado na crise: construindo possibilidades de atenção em saúde mental em diferentes dispositivos. In: DALMOLIN, Bernadete Maria; DORING, Marlene (orgs.). **Crack e outras drogas: múltiplas facetas do cuidado em saúde mental**. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2014.

MUSSO, Pierre. A filosofia da Rede. In: PARENTE, André (Org.). **Tramas da Rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação**. P. 17-38. Porto Alegre: Sulina, 2013.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; COIMBRA, Cecilia. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: Geisler, A. R. R.; Abrahão, A. L. e Coimbra, C. (Org.). **Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde**. Niterói: EDUFF, 2008. Disponível em: < <http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

OTONI, Daniele. **A intersetorialidade na atenção em dependência química em Chapecó (SC)**. 2013. 79 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, 2013.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULON, Simone Mainieri. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia e Sociedade online**, [S.l.], v.17, n.3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

PEDRO, Rosa. Sobre redes e controvérsias: ferramentas para compor cartografias psicossociais. In: FERREIRA, Arthur Arruda Leal; FREIRE, Leticia de Luna; MORAES, Marcia [et. al] (Org.). **Teoria Ator-Rede e Psicologia**. P. 78-96. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2010.

PREFEITURA DE CHAPECÓ/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Projeto técnico terapêutico da Unidade de Acolhimento**. Chapecó: Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, 2018.

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: **Fractal, Rev. Psicol.** Rio de Janeiro, V. 25, n. 2, p. 299-322, mai./ago. 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Contribuições recíprocas entre o serviço social brasileiro e o campo da saúde mental, e a análise crítica da reforma psiquiátrica no contexto neoliberal. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia; GOMES, Tathiana Meyre da Silva. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MENDONÇA FILHO, Manoel. Por uma genealogia das políticas de inclusão de saúde mental contemporânea: da produção de políticas identitárias e de modos variados de confinamento. In: MENDONÇA FILHO, Manoel; NOBRE, Maria Teresa (orgs.). **Política e afetividade: narrativas e trajetórias de pesquisa**. Salvador: EDUFBA; São Cristóvão: EDUFES, 2009. 368 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3w52w/pdf/mendonca-9788523208974.pdf>>. Acesso em: fev. 2018.

VAZ, Fransinês Teresinha Swib. **A relação familiar dos pacientes com alta hospitalar atendidos pelo CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II – de Chapecó – SC**. 2005. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2005.

VII ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos da Unochapecó

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
ÁREA: CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E
DINÂMICAS REGIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é do pesquisador.

Título da pesquisa: **A Unidade de Acolhimento de Chapecó como ponto da Rede de Atenção Psicossocial: um estudo cartográfico.**

Pesquisadora responsável: **Dra. Irme Bonamigo e Fransinês Teresinha Swib Vaz Grokoski**

Telefone para contato: **(49) 20499016 e (49) 20499066**

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP/Unochapecó está localizado dentro da própria Instituição Bloco R3, 3º andar. Horário de funcionamento definido de segunda-feira a sexta-feira das 13:30 h às 17:30 h e das 18:30 h às 22:30 h, para contato dos pesquisadores e participantes das pesquisas. Telefone e e-mail para contato, (49) 3321-8142, cep@unochapeco.edu.br. O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de constituição, implementação e efetividade da Unidade de Acolhimento em saúde mental na rede de atenção psicossocial no município de Chapecó.

A sua participação na pesquisa consiste em realização de entrevista conforme roteiro previamente organizado pela pesquisadora. A entrevista será individual ou em grupo, com autorização para gravação desta entrevista em áudio e utilização destas informações.

Esclarecemos que não haverá qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado (a), sendo garantido o caráter sigiloso no tratamento das informações e nos relatos posteriormente utilizados, sem a identificação do entrevistado.

Os procedimentos aplicados por esta pesquisa implicam em risco mínimo a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. Entende-se por risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente, conforme Resolução CNS nº 466 de 2012, item II. 22. Entretanto, lhe será garantida assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie a sua pessoa com todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico, tais como atendimentos e/ou contatos necessários com os serviços de saúde mental do município de Chapecó, caso sejam verificados danos de qualquer ordem daqueles descritos acima.

Os benefícios esperados pela sua participação na pesquisa são em prol da rede de atenção psicossocial de Chapecó de maneira geral. Com as informações coletadas, poderemos avaliar o processo de implementação da Unidade de Acolhimento, subsidiando também o órgão gestor a respeito. Ainda, dentro da limitação do tema, buscamos subsidiar outros municípios do Brasil que vivenciam a experiência de manter as Unidades de Acolhimento Adulto transitórias com os elementos apontados na dissertação. Conseqüentemente haverá a qualificação dos serviços de saúde mental do município, resultando na melhora do atendimento também aos usuários.

As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade durante todas as fases da pesquisa. Ao término da pesquisa, os resultados obtidos serão retornados a sua pessoa através de apresentação dos dados gerais da pesquisa. Você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador responsável.

É garantida indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa a sua pessoa.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento.

Após a leitura e esclarecimento de todas as dúvidas pelo pesquisador, o TCLE será rubricado por ambos (pesquisador e pesquisado), nas duas vias em todas as folhas e assinado em seu término.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DE PESQUISA

Eu, _____,

RG _____ CPF _____,

abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ Data ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa:

Assinatura do pesquisador responsável:

ANEXO B – Termo de Compromisso para uso de dados em arquivo do Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Unochapecó

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
ÁREA: CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E
DINÂMICAS REGIONAIS

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO

Título da Pesquisa: A Unidade de Acolhimento Adulto de Chapecó na Rede de Atenção Psicossocial: um estudo cartográfico.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó (SC) – Unidade de Acolhimento

Mestranda e responsável pela pesquisa: Fransinês Teresinha Swib Vaz Grokoski

Orientadora: Irme Salete Bonamigo

A pesquisadora do projeto acima identificada assume o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes pesquisados cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Ciência do responsável da instituição

Assinatura do pesquisador responsável:

Chapecó (SC), de de 2017.

ANEXO C – Termo de Consentimento para uso de imagem do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos da Unochapecó

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
ÁREA: CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E
DINÂMICAS REGIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM

Título da pesquisa: **A Unidade de Acolhimento de Chapecó como ponto da Rede de Atenção Psicossocial: um estudo cartográfico.**

Pesquisadora Responsável: Fransinês Teresinha Swib Vaz Grokoski.

Orientadora: Dr^a. Irme Salete Bonamigo

Eu, _____ permito
que o pesquisador relacionado acima obtenha fotografia de minha pessoa para fins de
pesquisa científica/educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa
possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos
científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome
ou qualquer outra forma.

As fotografias ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao
estudo e sob sua guarda.

Assinatura do Sujeito de Pesquisa:

Assinatura da pesquisadora responsável:

ANEXO D – Termo de Confidencialidade do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Unochapecó

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
ÁREA: CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E
DINÂMICAS REGIONAIS

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: A Unidade de Acolhimento de Chapecó como ponto da Rede de Atenção Psicossocial: um estudo cartográfico.

Pesquisadora Responsável: Fransinês Teresinha Swib Vaz Grokoski
--

Orientadora: Dr ^a . Irme Salete Bonamigo
--

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados em banco de dados e prontuários da Unidade de Acolhimento em saúde mental na Prefeitura Municipal de Chapecó (SC). Concorde, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Compromete-se, igualmente, a fazer divulgação dessas informações coletadas somente de forma anônima.

Chapecó, ____ de _____ de 2017.

Nome da pesquisadora	Assinatura
Fransinês Teresinha Swib Vaz Grokoski	
Dr ^a . Irme Salete Bonamigo (orientadora)	

ANEXO E – Termo de Consentimento para uso de voz do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos da Unochapecó

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
ÁREA: CIÊNCIAS SOCIAIS E JURÍDICAS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS SOCIAIS E
DINÂMICAS REGIONAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ

Título da pesquisa: **A Unidade de Acolhimento de Chapecó como ponto da Rede de Atenção Psicossocial: um estudo cartográfico.**

Pesquisadora Responsável: Fransinês Teresinha Swib Vaz Grokoski.

Orientadora: Dr^a. Irme Salete Bonamigo

Eu, _____ permito que a pesquisadora relacionada acima obtenha gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura do Sujeito de Pesquisa:

Assinatura da pesquisadora responsável:

ANEXO F – Portaria nº 3088/2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Alcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - 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.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - 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;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

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

a) Unidade Básica de Saúde;

b) equipe de atenção básica para populações específicas:

1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

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

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

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

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

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

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

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

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

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

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual (is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de

funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois

anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
 4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;
- e) contratualização dos Pontos de Atenção;
- f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua - Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório 1- municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs.2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop.

				acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII			Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i			Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU			Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO			1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializados em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL			Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA			
V. Atenção Hospitalar	LEITOS			1 leito para cada 23 mil habitantes
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA			Portaria nº 1.101/02
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT			A depender do nº de municípios longamente internados
	PVC			A depender do nº de municípios

					longamente internados
VII. Psicossocial	Reabilitação	COOPERATIVAS			

(* Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

(* Republicada por ter saído, no DOU nº 251, de 30-12-2011, Seção 1, págs. 50/60, com incorreção no original.

(* Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO G – Portaria nº. 121/2012 que implementa a Unidade de Acolhimento na RAPS.

PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012

Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor;

Considerando o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando a Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011, que 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;

Considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Art. 2º Para efeito desta Portaria, a Unidade de Acolhimento referida no art. 1º é um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial e apresenta as seguintes características:

I - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; e

II - caráter residencial transitório.

§ 1º A Unidade de Acolhimento tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

§ 2º A Unidade de Acolhimento deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social.

Art. 3º Os usuários da Unidade de Acolhimento serão acolhidos conforme definido pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.

Parágrafo único. O CAPS de referência será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

Art. 4º As Unidades de Acolhimento funcionarão em duas modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.

§ 1º A Unidade de Acolhimento Adulto terá disponibilidade de 10 (dez) a 15 (quinze) vagas.

§ 2º Unidade de Acolhimento de Crianças e Adolescentes terá disponibilidade de 10 (dez) vagas.

Art. 5º A Unidade de Acolhimento poderá ser constituída por Estados, por Municípios e pelo Distrito Federal, como unidade pública ou em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, atendidas as exigências estabelecidas nesta Portaria.

Art. 6º A Unidade de Acolhimento a ser implantada deverá estar inserida na Rede de Atenção Psicossocial e referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial.

Art. 7º A Unidade de Acolhimento deve contar com estrutura física mínima, na seguinte configuração:

I - espaço físico adequado ao desenvolvimento de atividades terapêuticas; e

II - quartos coletivos para até 4 (quatro) pessoas;

III - espaço para refeições;

IV - cozinha;

V - banheiros;

VI - área de serviço;

VII - sala de enfermagem;

VIII - sala de acolhimento e recepção;

IX - salas de atividades individuais e de grupo;

X - área de lazer externa para atividades esportivas e lúdicas, dentre outras; e

XI - sala administrativa, a ser utilizada para o arquivamento de documentos e para a realização de reuniões clínicas e administrativas.

Art. 8º A Unidade de Acolhimento Adulto deverá observar os seguintes requisitos específicos:

I - ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes;

II - contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:

a) profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas; e

b) profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.

§ 1º O Município ou a região de referência para a Unidade de Acolhimento deve contar com mais de 5 (cinco) leitos psiquiátricos para atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em enfermaria especializada ou serviço hospitalar de referência para atenção.

§ 2º Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais:

I - assistente social;

II - educador físico;

III - enfermeiro;

IV - psicólogo;

V - terapeuta ocupacional; e

VI - médico.

Art. 9º Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil deverá observar os seguintes requisitos específicos:

I - ser referência para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes;

II - contar com equipe técnica mínima, composta por profissionais que possuam experiência comprovada de dois anos ou pós-graduação lato sensu (mínimo de 360 horas) ou stricto sensu (mestrado ou doutorado) na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, na seguinte proporção:

a) profissionais com nível universitário na área da saúde, com a presença mínima de 1 (um) profissional de saúde presente em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas;

b) profissionais com nível médio concluído, com a presença mínima de 4 (quatro) profissionais presentes em todos os dias da semana e nas 24 (vinte e quatro) horas do dia; e

c) profissionais com nível superior na área de educação, com a presença mínima de 1 (um) profissional em todos os dias da semana, das 7 às 19 horas.

§ 1º Será implantada 1 (uma) Unidade de Acolhimento a cada 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

§ 2º Também poderá ser implantada Unidade de Acolhimento em Município ou região que contabilizem de 2.500 (dois mil e quinhentos) a 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

§ 3º O cálculo do número de crianças e adolescentes em risco para uso de drogas deverá observar a fórmula constante do Anexo I desta Portaria.

§ 4º Os profissionais de nível universitário na área da saúde poderão pertencer às seguintes categorias profissionais:

I - assistente social;

II - educador físico;

III - enfermeiro;

IV - psicólogo;

V - terapeuta ocupacional; e

VI - médico.

Art. 10. As ações a serem desenvolvidas pelas Unidades de Acolhimento e o tempo de permanência de cada usuário deverão estar previstas no Projeto Terapêutico Singular.

Parágrafo único. O Projeto Terapêutico Singular será formulado no âmbito da Unidade de Acolhimento com a participação do Centro de Atenção Psicossocial, devendo-se observar as seguintes orientações:

I - acolhimento humanizado, com posterior processo de grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas;

II - desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar;

III - desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas;

IV - acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família;

V - atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular;

VI - atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros;

VII - oficinas terapêuticas;

VIII - atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias;

IX - promoção de atividades de reinserção social;

X - articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída;

XI - articulação em programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; e

XII - saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda.

Art. 11. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para apoiar a implantação de Unidade de Atendimento, no valor de R\$ 70.000,00 (setenta mil reais).

§ 1º Os valores repassados por força deste artigo serão utilizados para reforma predial, aquisição de material de consumo e capacitação de equipe técnica, dentre outras ações de custeio.

§ 2º O incentivo financeiro instituído neste artigo será transferido em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde estaduais, municipais ou distrital.

Art. 12. O gestor de saúde interessado na implantação de Unidade de Acolhimento e no recebimento do incentivo financeiro de investimento previsto no art. 11 deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os seguintes documentos:

I - ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro e informando o tipo de Unidade de Acolhimento, se Adulto ou Infanto- Juvenil;

II - proposta de implantação de Unidade de Acolhimento, com a descrição da estrutura física e funcional;

III - termo de compromisso do gestor responsável assegurando:

a) a contratação dos profissionais que comporão a equipe mínima de profissionais necessários ao funcionamento da Unidade de Acolhimento; e

b) o início do funcionamento da Unidade de Acolhimento no prazo de até 90 (noventa) dias a contar do recebimento do incentivo financeiro de investimento, prorrogável por uma única vez mediante justificativa aceita pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Para a implementação de Unidades de Acolhimento em parceria com instituições ou entidades sem fins lucrativos, o gestor de saúde deverá encaminhar ainda os seguintes documentos:

I - cópia do estatuto social, do documento de identidade do diretor/presidente/responsável e do registro da entidade; e

II - declaração da instituição ou entidade se comprometendo a definir o seu gestor com a anuência do gestor local de saúde.

§ 2º Os documentos deverão ser encaminhados à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), que avaliará o cumprimento dos requisitos necessários, conforme previsto nesta Portaria.

§ 3º Portaria da SAS/MS determinará o pagamento do incentivo financeiro de investimento.

§ 4º Caso o gestor local não cumpra o prazo estabelecido na alínea b do inciso III do caput, O FNS/MS adotará as medidas necessárias para a devolução do recurso ao Ministério da Saúde.

Art. 13. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal no valor de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) para Unidade de Acolhimento Adulto e R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.

Parágrafo único. O incentivo financeiro de custeio referido no caput será transferido mensalmente pelo FNS aos Fundos de Saúde estaduais, municipal ou distrital.

Art. 14. O gestor de saúde interessado no recebimento do incentivo de custeio instituído no art. 13 deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os seguintes documentos:

I - declaração do gestor local atestando o funcionamento da Unidade de Acolhimento;

II - programa de Ação Técnica do Serviço da Unidade de Acolhimento, contendo a dinâmica de funcionamento da Unidade e a articulação com outros pontos de atenção nas Redes de Saúde e intersetorial;

III - relatório de vistoria da Vigilância Sanitária Local; e

IV - apresentação do número da Unidade de Acolhimento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

§ 2º Os documentos deverão ser encaminhados à Área Técnica de Saúde Mental DAPES/SAS/MS, que avaliará o cumprimento dos requisitos necessários, conforme previsto nesta Portaria.

§ 3º Portaria da SAS/MS determinará o pagamento do incentivo financeiro de investimento.

Art. 15. O gestor responsável pela implantação da Unidade de Acolhimento será o responsável pelo acompanhamento, controle, avaliação, fiscalização e auditoria, devendo-se verificar periodicamente o cumprimento dos requisitos e orientações contidos nesta Portaria.

Art. 16. Os recursos orçamentários necessários ao cumprimento do disposto nesta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.302.1220.20B0 - Atenção Especializada em Saúde Mental, para o incentivo previsto no art. 11; e

II - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade, para o incentivo previsto no art. 13.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO H – Reportagem referente à inauguração da unidade de acolhimento de Chapecó

www.supercon.../noticias.php?id=17785&cat=1



Chapecó, a campanha social e educativa:
"Jeito Catarinense – o jeito certo de fazer as coisas"



inicial

|

a radio

|

comercial

|

eventos

|

estúdio



Prefeitura inaugura 'Unidade de Acolhimento'

Notícia postada em 20/08

Nesta terça-feira, o prefeito José Claudio Caramori inaugura, na Rua Lauro Muller no Centro, junto ao antigo CAPS AD, a Unidade de Acolhimento.

A unidade vai oferecer abrigo voluntário e cuidados contínuos para pessoas em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

A Unidade de Acolhimento é formada por uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, psicólogos, técnicos em enfermagem, enfermeiros e educadores terapêuticos, prestando assistência integral aos pacientes.

O espaço funciona como um componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial para adultos acima de 18 anos, de ambos os sexos, disponibilizando 20 vagas e funcionando 24 horas, com permanência de um a seis meses.

Fonte: <http://www.supercon.../noticias.php?id=17785&cat=1>

ANEXO I – Reportagem referente à inauguração da unidade de acolhimento de Chapecó –

Fonte: <https://ndonline.com.br/oeste/noticias/prefeitura-de-chapeco-inaugura-abrigo-para-dependentes-quimicos>

Prefeitura de Chapecó inaugura abrigo para dependentes químicos

Pacientes em tratamento nos Caps poderão ficar no local durante todas as noites, bem como em feriados e finais de semana

REDAÇÃO ND, OESTE 20/08/2013 15H30

A prefeitura de Chapecó inaugurou na manhã desta terça-feira (20) a primeira unidade de acolhimento do município. O local servirá de abrigo para pacientes que são atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) da cidade.

O projeto é pioneiro em Santa Catarina e foi implantado devido a necessidade de dar acompanhamento assistencial aos dependentes químicos em tratamento nos Caps também no período da noite, evitando que retornem aos locais onde costumavam estar em contato com as drogas.

Divulgação/ND Oeste



Abrigo foi inaugurado onde funcionava um Caps-AD no Centro de Chapecó

Segundo a secretária de Saúde, Cleidenara Weirich, os pacientes poderão ficar no abrigo durante todas as noites e também nos dias de feriado e finais de semana. "Na realidade, será o novo lar deles por um certo período", destacou.

O espaço destinado ao abrigo é o mesmo onde funcionava o Caps AD na Rua Lauro Müller, na região central da cidade. O local conta com 10 leitos divididos em ala masculina e feminina, além de estrutura de apoio.

A equipe de atendimento é formada por oito servidores, entre assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Assista à reportagem do Jornal do Meio Dia:

VIII APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com os profissionais da Unidade de Acolhimento, CAPS II E CAPSAD III

- 1) Tempo que atua na saúde mental;
- 2) Teve algum tipo de capacitação na área da saúde mental?;
- 3) Compreensão sobre a Unidade de Acolhimento;
- 4) Compreensão sobre a Rede de Atenção Psicossocial de Chapecó;
- 5) Forma como conheceu o espaço – quando foi trabalhar no local, informações sobre, através de quem, etc.
- 6) Percepção sobre o atual papel da Unidade de Acolhimento em Chapecó;
- 7) Conhecimento sobre a temática do trabalho na saúde mental – cursos de aperfeiçoamento, por exemplo – e se percebe tal necessidade;
- 8) Percepção sobre a relação com a rede intersetorial sócio-assistencial;
- 9) Receios, anseios e angústias relacionados ao trabalho na Unidade de Acolhimento;
- 10) Percepção sobre a implementação da Unidade de Acolhimento em Chapecó;
- 11) Percepção sobre as estratégias utilizadas pelos (as) usuários (as) para sua reorganização social e familiar;
- 12) Percepção pessoal do profissional sobre a Unidade de Acolhimento e sua efetividade.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com os profissionais da rede intersetorial (CREAS I, CREAS II, e Resgate Social)

- 1) Compreensão sobre saúde mental;
- 2) Compreensão sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- 3) Percepção e existência ou não do reconhecimento do entrevistado sobre seu papel na RAPS;
- 4) Compreensão sobre Unidade de Acolhimento;
- 5) Como percebe a relação entre as diferentes políticas públicas relacionadas à saúde mental;
- 6) Como percebe a participação da sua instituição ou serviço com relação ao trabalho da Unidade de Acolhimento;
- 7) Como percebe a relação da rede intersetorial entre os serviços;
- 8) Como avalia a implementação da Unidade de Acolhimento em Chapecó;
- 9) Percepção sobre o próprio conhecimento sobre a área da saúde mental. Caso perceba necessidade de avanços, como isso pode acontecer;
- 10) Anseios e angústias relacionados à população atendida;
- 11) Anseios e angústias relacionados à Unidade de Acolhimento.
- 12) Como é trabalhar com esta população?;
- 13) São percebidas especificidades no atendimento com relação ao gênero?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com os usuários que estão residindo na unidade de acolhimento ou que já residiram neste espaço.

- 1) Compreensão sobre a Unidade de Acolhimento;
- 2) Compreensão sobre o motivo de estar ou ter permanecido na Unidade de Acolhimento;
- 3) Compreensão sobre a Rede de Atenção Psicossocial de Chapecó – o que é, qual a relação entre os serviços, etc.
- 4) Se percebe diferença em seu acompanhamento relacionado à dependência química com o período em que permaneceu/permanece na Unidade de Acolhimento;
- 5) Quais as estratégias utilizadas pela equipe da Unidade de Acolhimento no processo de reorganização social percebidas pelo usuário (a);
- 6) Como percebe a Unidade de Acolhimento na RAPS;
- 7) Se teve contato com outros serviços da rede de atendimento no período em que estava na Unidade de Acolhimento;
- 8) Fatores importantes e/ou determinantes no período em que está ou esteve na Unidade de Acolhimento (da equipe e externos);
- 9) Avaliação sobre a infraestrutura física e humana;
- 10) Sugestões para a equipe para melhoria no atendimento.