

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PROCESSOS, PRODUÇÕES E ACONTECIMENTOS: SOBRE A PRÁTICA DE
CUIDADOS EM UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO

THAMIRIS DOS SANTOS GONÇALVES

2019



PROCESSOS, PRODUÇÕES E ACONTECIMENTOS: SOBRE A PRÁTICA DE
CUIDADOS EM UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO

THAMIRIS DOS SANTOS GONÇALVES

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadora: Dr^a Maria Paula Cerqueira
Gomes

Rio de Janeiro
Dezembro 2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

THAMIRIS DOS SANTOS GONÇALVES


PROCESSOS, PRODUÇÕES E ACONTECIMENTOS: SOBRE A PRÁTICA DE
CUIDADOS EM UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.


Aprovada por:



Presidente. Prof. Dr.^a Maria Paula Cerqueira Gomes



Prof. Dr.^a Nuria Malajovich Muñoz, doutorado IPUB-UFRJ, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Janeiro



Prof. Dr. Carlos Eduardo Honorato- doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Suplente

Rio de Janeiro
Dezembro de 2019

Ficha catalográfica

GG635p Gonçalves, Thamiris dos Santos
 Processos, produções e acontecimentos: sobre a
prática de cuidados em uma Unidade de Acolhimento
Adulto / Thamiris dos Santos Gonçalves. -- Rio de
Janeiro, 2019.
 94 f.

 Orientadora: Maria Paula Cerqueira Gomes.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Mestrado Profissional em Atenção
Psicossocial, 2019.

 1. Política de Atenção Integral a usuários de
 Álcool e outras Drogas. 2. Saúde Mental. 3. Rede de
Atenção Psicossocial. 4. Unidade de Acolhimento
Adulto. 5. Práticas de cuidado. I. Gomes, Maria
Paula Cerqueira, orient. II. Título.

*À minha avó Ana Lúcia (in
memoriam) e toda sua nação iorubá.*

AGRADECIMENTOS

No decorrer da vida sempre encontrei muitas pessoas, algumas passaram, outras permaneceram, outras me acompanharam a cada passo. Aprendi que viver vale a pena por esses laços, que é com eles que me fortaleço e mantenho a minha jornada. A vida seria muito mais dura se não fosse por vocês...

Aos meus pais, Ana Cristina e José (Russo), muito obrigada por todo amor, por tentarem ser os melhores pais que posso ter, sou grata por todos os ensinamentos, principalmente aqueles do cotidiano feitos juntinhos de vocês. A meu pai por toda sua integridade, mineiro de terras cariocas, me ensinou cedo a importância do trabalho e do estudo. A minha Mãe, com quem cresci sabendo que ser mulher não é tarefa fácil, mas que somos feitas de luta e não arredamos pé dos nossos sonhos.

Às minhas irmãs e ao meu irmão, que sempre torceram e me acolheram, cada qual a sua maneira, que continuemos juntos por muitas vidas. Levo vocês comigo.

A toda minha família, pelo carinho e as mesas fartas de domingo. As suas histórias regaram o meu jardim, as suas lutas me fizeram crescer, guardo cada um em meu coração.

Ao meu companheiro de vida, Marcel, pelo amor, carinho, parceria... por aceitar viver comigo todos os meus sonhos. Te escolho todos os dias.

Aos amigos tão queridos, obrigada por compartilhar tantos momentos, vocês estarão sempre presentes: Jacqueline Ribeiro, Marcone Lima, Natália Ferreira, Patricia Regina, Lilian Duarte, Lívia Ribeiro, Vânia Corrêa, Polyana Esteves, Isabella Martins.

À Paula Cerqueira todo o meu agradecimento, sem você não seria possível. Obrigada por acompanhar minha trajetória profissional. O nosso encontro mudou a minha vida.

À banca de avaliação: Emerson, Nuria, Carlos Eduardo, Daniel; muitíssimo obrigada por aceitarem estar comigo nesse momento tão delicado, importante e difícil.

À equipe da Unidade de Acolhimento Adulto Metamorfose Ambulante. Vocês são peças fundamentais para essa realização. Agradeço pela parceria, pelo cuidado, por cada vez que

juntos fizemos a diferença na vida dos usuários que acolhemos. Em especial: Andressa Ferreira, Márcio Tavella, Olinda Nascimento, Natália Silveira, Elaine Cristina, Luciara.

Aos usuários de saúde mental, que me ensinam a todo dia que o saber se constrói com o outro, por compartilhar suas histórias, me mostrarem suas lutas e como sou privilegiada. Grata pelos ensinamentos e pelos diferentes encontros.

Ao grupo Quinta no Letras, pela disponibilidade de construção coletiva, pelos textos, resumos de última hora e pelo afeto nas nossas quintas-feiras.

Com vocês, queridos, divido a alegria desta experiência.

*“O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa, sossega e depois
desinquieta. O que ela quer da gente é
coragem. (GUIMARÃES ROSA)*

RESUMO

PROCESSOS, PRODUÇÕES E ACONTECIMENTOS: SOBRE A PRÁTICA DE CUIDADOS EM UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO

Thamiris dos Santos Gonçalves

Orientadora: Maria Paula Cerqueira Gomes

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Esta dissertação tem como ponto de partida alguns questionamentos da autora a partir de sua experiência em uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) no Município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa cartográfica que surge a partir da questão norteadora: “Quais práticas de cuidado são produzidas em uma Unidade de Acolhimento Adulto?”, tendo como principal objetivo cartografar as práticas de cuidado produzidas neste dispositivo. Pretende-se com a cartografia acessar o plano da experiência, registrando os acontecimentos vividos pela autora e pelos trabalhadores. Para atender ao objetivo proposto, esta dissertação foi dividida em cinco capítulos que apontam para os principais achados no campo, trazendo alguns conceitos intercessores, apostando na visibilidade dos processos, produções e acontecimentos, no tocante às práticas de cuidados deste dispositivo. Ao final, deseja-se que esta dissertação apresente os impactos deste serviço na vida dos usuários, os desafios e as potencialidades dessa modalidade de dispositivo na atualidade, assim como contribuir com a construção de conhecimentos acerca deste serviço de forma a potencializar as redes de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas no município do Rio de Janeiro.

Palavras-chaves: Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas. 2. Saúde Mental. 3. Rede de Atenção Psicossocial. 4. Unidade de Acolhimento Adulto. 5. Práticas de cuidado.

Rio de Janeiro

Dezembro 2019

ABSTRACT

PROCESSES, PRODUCTIONS AND HAPPENINGS : ON THE PRACTICES OF CARE IN A UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO

Thamiris dos Santos Gonçalves

Orientadora: Maria Paula Cerqueira Gomes

Abstract da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

This dissertation has, as starting point, questions from the author from her experience in a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) in the city of Rio de Janeiro. This study utilizes cartography as a research method, and arises from the question: “Which practices of care are produced in a Unidade de Acolhimento Adulto?”. Its main goal is to document the practices of care produced in that device. It is intended, via cartography, to access the realm of experience, documenting the happenings experienced by the author and the workers. To attain the proposed goal, this dissertation is divided into five chapters that point to the main findings of the field work, explore related concepts, and convey the importance of the visibility of processes, productions and happenings related to the practices of care in a UAA. The aims are for this dissertation to present the impacts of the service in the life of the drug users it assists, the challenges and potentialities of such a device; and to contribute with the construction of knowledge around this type of service, as a means to reinforce the networks of Integral Care for users of alcohol and other drugs in the city of Rio de Janeiro.

Keywords: 1. Integral Care for users of alcohol and other drugs. 2. Mental health. 3. Psychosocial Care Network. 4. Unidade de Acolhimento Adulto. 5. Practices of care.

Rio de Janeiro

Dezembro 2019

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Área Programática
BPCLOAS	Benefício de Prestação Continuada
BPCLOAS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas tipo três
CTs	Comunidades Terapêuticas
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PEAD	Prevenção em Álcool e outras Drogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
MS	Ministério da Saúde
MSTM	Movimento de trabalhadores em saúde mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OS	Organizações Sociais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RTs	Residências Terapêuticas
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto

SUMÁRIO

AVISTAR.....	13
1 CAMINHOS A NAVEGAR.....	17
2 METODOLOGIA-ROTEIROS DE NAVEGAÇÃO.....	28
2.1 O plano de navegar: a Cartografia.....	32
2.2 Mergulho no cotidiano.....	36
2.3 Unidade X Residência: a aposta nos espaços.....	42
3 OS ACONTECIMENTOS NO NAVEGAR.....	45
4 NOTAS SOBRE OS OLHARES FALANTES: O ENCONTRO E A EXPERIÊNCIA.....	51
4.1 “Sopro de Vida”: Operadores do cuidado.....	54
4.2 “Aqui a gente cuida, começando por um bom dia”: Produzindo vida pelo ato de cuidar.....	58
4.3 “É fácil se embolar com os usuários, com as intervenções, com os afetos e contra-afetos” :Atravessamentos no cotidiano.....	61
4.4 E os enfrentamentos? “Temos muito ainda a apresentar sobre a UAA”.....	66
5 A REFLEXÃO SOBRE NÃO CONCLUIR: DA DERIVA À ANCORAGEM.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXO I.....	82
ANEXO II.....	85

AVISTAR

Durante muito tempo os tratamentos concebidos para a loucura foram conflituosos e polêmicos, frequentemente marcados pela exclusão e cerceamento de direitos. Depois de intensos movimentos sociais e em defesa de políticas públicas tais como a Reforma Sanitária, à época responsável por imprimir uma nova configuração à Saúde Pública, inicia-se uma luta histórica para a transformação do paradigma da assistência ao tratamento dos indivíduos com transtorno mental, conhecido como Reforma Psiquiátrica.

Essa reformulação envolveu diversos atores, como, profissionais de saúde, gestores públicos das instâncias federal, estadual e municipal; pacientes/usuários; familiares e membros da sociedade civil. Esse movimento, como já dito acima, iniciado em finais da década de 80 do século passado, tem seu grau de institucionalidade máxima com a aprovação da Lei 10.216, vigente no país a partir 2001. Para a sustentação dessa Política, o Ministério da Saúde cria um conjunto de instrumentos jurídicos e normativos, que possibilita a criação de uma rede de saúde mental diversificada em substituição aos modelos hospitalocêntricos: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência e os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2004).

Diante dessa nova realidade social proposta pela Reforma Psiquiátrica, não apenas a saúde pública e a estruturação dos serviços são modificados. A relação com a loucura também é, haja visto que o usuário antes mantido isolado, ou até mesmo abandonado em um hospital psiquiátrico, agora passa a circular pelas cidades e, como preconiza a Reforma, faz uso de dispositivos comunitários, como praças, centros de convivência, associações e outros, que antes eram comuns apenas aos ditos ‘normais’.

No decorrer de todos esses processos de mudança no paradigma do cuidado em Saúde Mental, com a chegada de novos dispositivos, cabe registrar que uma parte da população também em sofrimento psíquico pelo uso abusivo de drogas ficou por muito tempo excluída e ausente na história de cuidados no campo da Saúde Pública, apontando para a necessária revisão do modelo assistencial (BRASIL, 2003).

Diante desse cenário emerge a necessidade da implantação de Políticas Públicas comprometidas com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e da produção de autonomia a essas pessoas. A Política Nacional sobre Drogas constitui-se como uma das ações programáticas estratégicas da política de saúde mental, englobando as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (das quais o CAPSad é um exemplo) enquanto um dos serviços centrais na organização da rede substitutiva de cuidados

aos usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2003).

Em meio a múltiplos impasses e disputas acerca dos modelos de cuidado, é implantada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estabelece os critérios de organização e implementação em todo o país, integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no Sistema único de Saúde (SUS). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por atenção básica, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar em hospitais gerais, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Nesse conjunto complexo de dispositivos de saúde e por meio da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” o Ministério da Saúde assume de forma mais veemente a “necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS”, reafirmando “que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública” (BRASIL, 2003). As ações de cuidado por um período da história foram invisibilizadas aos usuários de álcool, crack e outras drogas, e o aumento no número de serviços é uma resposta objetiva a um problema de enorme complexidade. Dispositivos surgem no horizonte de cuidado a este público, como é o caso da Unidade de Acolhimento Adulto (UAA). Amparada na portaria do Ministério da Saúde N ° 121 de 2012, a UAA é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012, art.2º). Segundo o Relatório de Gestão 2011-2015 do ministério da saúde, as Unidades de Acolhimento (UA) foram concebidas a partir da necessidade de ampliação de recursos territoriais e comunitários. Nesse sentido, as Unidades de Acolhimento se configuram como residências e podem ser categorizadas em duas modalidades: Adulto e Infantojuvenil.

É imersa nesses dispositivos de cuidado para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que inicio meu percurso profissional. Ao me deparar com o trabalho em uma Unidade de Acolhimento Adulto, a primeira questão que surge é: e agora? Chegar neste dispositivo, três meses após sua implementação, trouxe muitos questionamentos sobre o seu lugar na rede de cuidados. O que fazemos nesse lugar? O que é realmente esse dispositivo? O que ofertamos aqui? Começo a perceber que se faz fundamental aprofundar os estudos sobre a política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, sobre o cotidiano nas Unidades de Acolhimento, e, principalmente, sobre os impactos deste serviço na Rede de Atenção Psicossocial. A partir destas influências, elaboro a seguinte questão a ser estudada:

Quais práticas de cuidado são produzidas em uma Unidade de Acolhimento Adulto?

A Unidade de Acolhimento constitui um recurso do Projeto terapêutico singular (PTS), de acordo com as necessidades dos usuários em seus contextos sócio-relacionais, considerando em particular, o “habitar” como um dos eixos centrais nos processos de reabilitação psicossocial. Visam à promoção de autonomia, de participação nas trocas sociais, de ampliação do poder de contratualidade social e de acesso e exercício de direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (ASSIS, J.T; BARREIROS, C.A. et al apud BRASIL, 2013b; 996 et al).

Utilizando a cartografia como método de pesquisa, lanço-me nesta experiência a partir da construção de pontos que chamei de ancoragem para desenvolver esse navegar. O objetivo principal desse mergulho na experiência foi o de cartografar as práticas de cuidado operadas em uma Unidade de Acolhimento Adulto na Zona Norte do Município do Rio Janeiro. E, a partir dessa cartografia, apresentar os desafios e as potencialidades dessa modalidade de serviço na atualidade.

Para atender ao objetivo proposto, esta dissertação foi dividida em cinco capítulos. O primeiro, **Caminhos a navegar**, aponta alguns marcos da Reforma Psiquiátrica, assim como a criação dos serviços substitutivos ao modelo manicomial e a chegada dos serviços para a população em uso abusivo de álcool e outras drogas, incluindo a Unidade de Acolhimento Adulto como um dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Marca também as “novas” portarias, que trazem pontos de tensão a respeito do cuidado em liberdade e a Reforma Psiquiátrica.

O Segundo capítulo, que intitulo **Roteiros de navegação**, traz a cartografia enquanto metodologia de pesquisa e os recursos metodológicos utilizados. Apresenta a Unidade de Acolhimento e suas propostas de funcionamento, apontando o meu encontro com o dispositivo e o olhar para o cotidiano. Este capítulo é dividido em três subcapítulos: **O plano de navegar: a Cartografia** (2.1); **Mergulho no cotidiano** (2.2); e **Unidade X Residência: a aposta nos espaços** (2.3).

No terceiro capítulo, apresento **Os acontecimentos no navegar**, onde evidencio os questionamentos da chegada de novas propostas, a experimentação dos usuários com o dispositivo, a experiência e as vivências no serviço. Introduzo também pautas importantes como a Política de Drogas e a Estratégia de Redução de Danos, pontos fundamentais para as práticas de cuidado neste campo.

O quarto capítulo, **Notas sobre os olhares falantes: o encontro e a experiência**, aborda a realização das entrevistas com os profissionais atuantes e o que se passou durante

esses encontros. Nele, apontam-se os desdobramentos das entrevistas, trabalhando conceitos indispensáveis para o “fazer” neste dispositivo; assinala também a entrada das Comunidades Terapêuticas e o desmonte do SUS em curso, e é dividido em quatro subcapítulos: **“Sopro de Vida”: Operadores do cuidado** (4.1); **“Aqui a gente cuida, começando por um bom dia”:** **Produzindo vida pelo ato de cuidar** (4.2); **“É fácil se embolar com os usuários, com as intervenções, com os afetos e contra-afetos”:** **Atravessamentos no cotidiano** (4.3); e **E os enfrentamentos? “Temos muito ainda a apresentar sobre a UAA”** (4.4).

O quinto capítulo, **A reflexão sobre não concluir: da deriva à ancoragem**, finaliza a dissertação. Este capítulo procura trazer algumas reflexões sobre o trabalho, acessando as experiências vividas tanto da autora quanto dos trabalhadores na produção de cuidado neste dispositivo. Ao final, deseja-se que esta dissertação apresente os impactos deste serviço na vida dos usuários, os desafios e as potencialidades dessa modalidade de dispositivo na atualidade, assim como contribuir com construção de conhecimentos acerca deste serviço de forma a potencializar as redes de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas no município do Rio de Janeiro.

1 CAMINHOS A NAVEGAR

Quando uma sociedade defende que uma parte dos seus membros não pode conviver com os demais, cumpre a nós compreendermos os motivos e intervir. Por que não podem viver como nós, conosco, em nosso meio? Por que são negros? Por que são índios? Por que são loucos?
(PAULO AMARANTE)

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento iniciado no final dos anos 1970, quando eclodiram os primeiros núcleos contestadores da assistência psiquiátrica hospitalar praticada no Brasil (PAULIN & TURATO, 2004). O Movimento de trabalhadores em saúde mental (MSTM) investiu profundamente na alteração da resposta social à loucura, o que implicava em mudanças de ordem política, ideológica, ética e das concepções de cuidado. Cabe recordar que, a partir de 1978, o MSTM assume consciência de si e para si, passando a assumir os significantes “Reforma Psiquiátrica” – parafraseando os já consagrados “Reforma Sanitária” – como designação do conjunto de ações de luta pela transformação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Essas ações seguiram em continuidade, em termos gerais, com aquelas que vinham sendo realizadas anteriormente na mesma direção e sentido, já a partir da década de 60, conforme demonstrado por Costa-Rosa (1987).

A partir do final da década de 80 do século passado, temos sinais de modificações e melhoras nesse contexto com o processo de redemocratização política, com ênfase na proclamação da Constituição de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, é somente a partir da década de 1990, com a assinatura da Declaração de Caracas pelo Brasil e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que começam a vigorar as primeiras normativas federais que regulamentam a implantação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). O manicômio passou a ser compreendido como instituição, isto é, como uma determinada forma de definir e compreender a loucura. Apresentava-se, nessa perspectiva, como síntese das “instituições da violência” (BASAGLIA, F., 1985a)

De acordo com Amarante (1998), a Reforma Psiquiátrica aparece como possibilidade de um outro modo de se pensar a assistência psiquiátrica, a contar da criação de outros dispositivos e estratégias de cuidado, comprometida com a saúde enquanto responsabilidade

do Estado, com a implementação de mecanismos de reinserção social e ressocialização dos usuários.

Em 1989, profissionais e participantes do Movimento assumiram funções de coordenação municipal em programas de saúde mental comprometidos com os mandatos do SUS, com a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e com a criação de modelos de atenção em saúde mental - “que veio substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas” (BEZERRA, 2007).

No campo legislativo, foi apresentado o Projeto de Lei nº 3657/89 do Deputado Paulo Delgado, em setembro de 1989, que enunciava, pela primeira vez, a necessidade de transformar a regulamentação da assistência psiquiátrica, ainda legislada pelo Decreto n. 24559, de 03 de julho de 1934, que dispõe sobre a “profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoas e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências” (BRASIL, 1934). O projeto de Lei nº 3657/89 passou por longo processo de tramitação no Senado Federal, atravessando toda a década de 1990, motivando intensos debates de diferentes atores sobre a reforma. Em 1999, conclui-se a tramitação no Senado e é aprovada a redação final do substitutivo ao Projeto de Lei da Câmara n. 8, de 1991 (n. 3.657, de 1989, na Casa de Origem), de autoria do Senador Sebastião Rocha. Esse substitutivo, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, retornou para a Câmara dos Deputados para nova tramitação, por ter alterado o projeto original (BRASIL, 1999a).

Em 6 de abril de 2001, a Lei n. 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, foi sancionada pelo Presidente da República (BRASIL, 2002b). Em relação ao campo assistencial, a lei define a necessidade de criar políticas e dispositivos referentes à continuidade do tratamento e à reinserção social (BRASIL, 2002b). Nesse contexto, a desinstitucionalização tem destaque como um dos pilares da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de um processo muito mais amplo do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade.

Segundo Amarante (1998): “A desospitalização representa apenas uma etapa do processo mais amplo, que é a desinstitucionalização. Seria o passo inicial da Reforma, suporte para um trabalho de rede que consistirá na retirada do paciente do hospício, oferecendo assistência que não a manicomial, mas que não garantiria, por si só, a desinstitucionalização, considerada como uma mudança mais profunda da assistência, sujeita a constantes avaliações”. Imprescindível destacar que a Desinstitucionalização não se trata de não ‘internar

o louco’, mas, fundamentalmente, de dismantelar toda a concepção de saberes e práticas constituídas historicamente em torno da loucura, e, ao mesmo tempo, de construir a cidadania para essas pessoas (AMARANTE, 1998).

Nessa linha, Amarante et al. (1998) assinalam que é sobretudo na “trajetória da desinstitucionalização” que o processo de reforma não se limita exclusivamente ao campo das transformações técnico-assistenciais e alcança uma dimensão mais abrangente que articula os “campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (AMARANTE et al., 1998, p. 76). As primeiras experiências de Atenção Psicossocial que surgiram com a Reforma Psiquiátrica em nosso país – os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos e o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo – produziram estratégias inovadoras e singulares de saúde.

Segundo Tenório (2002), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) eram serviços de referência de uma ampla rede de cuidados: “Os NAPS eram dispositivos abertos, regionalizados, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias da semana, inclusive internação, cada unidade dispoendo de seis leitos, aproximadamente”. O serviço oferecia o maior número possível de recursos diferentes e alternativos de cuidado, funcionando como hospital dia, hospital noite, aceitando frequências variadas ou como possível para o tratamento, oferecendo desde consultas médicas às mais variadas atividades grupais, além de realizar visitas domiciliares aos pacientes com os quais por algum motivo este fosse o único contato possível. Em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi outro acontecimento, destacando novos paradigmas de cuidados em saúde mental no Brasil. Funcionando desde 1987, o CAPS tornou-se uma espécie de exemplo irradiador, contagiando as demais experiências de Atenção Psicossocial no Brasil. Outras experiências se tornaram exemplares neste processo, como o ocorrido em Campinas durante a década de 1990, quando a Prefeitura Municipal estabeleceu uma parceria de cogestão com o Sanatório Dr. Cândido Ferreira, fundado no início do século XX. A partir disso, este passou a integrar a Rede Municipal de Saúde. O município também foi um dos pioneiros na implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de uma rede de serviços substitutivos, incluindo Centros de Convivência, oficinas de trabalho, Serviços de Urgência Psiquiátrica e Serviços de Residência Terapêutica (FIGUEIREDO; SANTOS, 2008). Algumas dessas inovações locais posteriormente foram incorporadas em políticas públicas nacionais, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (L'ABBATE 2016) que constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há

anos em hospitais psiquiátricos. Além disso, servem como apoio a usuários de outros serviços de saúde mental que não contam com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia (BRASIL, 2004).

Iniciando com os principais marcadores históricos da Reforma Psiquiátrica, a proposta desta pesquisa é apresentar tais apontamentos, de forma que o leitor consiga acessar o ponto de partida fundamental para a mudança no modelo de assistência, assim como para a chegada dos dispositivos de cuidado em Saúde Mental. Muitas conquistas foram alcançadas desde então e tivemos avanços importantes quanto à expansão no número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o território nacional. No entanto, ainda existem impasses e obstáculos na Reforma Psiquiátrica Brasileira, que atravessam a direção conquistada e desafiam a continuidade nesta aposta de cuidado.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), o modelo hegemônico hospitalocêntrico é substituído paulatinamente por outros modelos de atenção, direcionados por serviços comunitários territoriais, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RTs), ambulatórios, centros de convivência, internações em hospitais gerais (e hospital psiquiátrico da rede pública), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outros equipamentos de saúde e de assistência, cultura, justiça, lazer, esporte e educação.

Nesse conjunto complexo de dispositivos de saúde surgem, por meio da Portaria 336 de 2002, as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial que incluem o CAPSad como um dos serviços centrais na organização da rede substitutiva de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Contudo, é somente em 2003, por meio da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” que o Ministério da Saúde assume de forma mais veemente a “necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS”, reafirmando “que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública” (BRASIL, 2003).

Durante esse processo de mudança, houve ações significativas na oferta do cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico ou com transtorno mental, levando a uma visível redução dos leitos psiquiátricos e à ampliação de uma rede de serviços de base comunitária e substitutiva ao modelo asilar. Ao longo desse período são notórios os avanços e transformações no cenário assistencial do país. Entretanto, a exclusão social e a ausência histórica de cuidados no campo da Saúde Pública destinados à clientela em uso abusivo de álcool e outras drogas é um ponto de crítica importante. O período de 2007 a 2012 foi marcado pela expansão e diversificação dos dispositivos de atenção aos usuários de álcool e

outras drogas, e ainda por avanços importantes na política e na legislação (BRASIL, 2011). Em junho de 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD), instituído pela Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009, com o objetivo de priorizar a expansão de estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Além das ações intersetoriais previstas, um conjunto de medidas específicas do campo da saúde foram propostas.

Tal qual, o plano de enfrentamento ao crack surge em 2010 com um investimento do governo federal de R\$ 410 milhões para a saúde, na prevenção ao uso de drogas, na assistência e educação, entre outros. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, com a aprovação da Portaria nº 3.088/2011, nomeia-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e estabelece os critérios para sua organização e implementação em todo o país, integrando a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no SUS, abriu-se uma série de novos debates e desafios para Política Nacional de Saúde Mental. Compõem-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) diversos pontos de atenção em saúde, a saber: atenção básica; atenção psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar em hospitais gerais; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013a).

A consolidação dessa Rede surge através de intensas conquistas, e investimentos a longo prazo, não só financeiros, mas dos trabalhadores e usuários. A implantação da RAPS se apresenta como uma forte aliada para a superação do modelo hospitalocêntrico na Atenção à Saúde Mental e no Sistema Único de Saúde. Partindo da lógica de um trabalho pautado nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011). “A RAPS, ou melhor, os trabalhadores da RAPS buscam garantir estratégias de cuidado integral (reconhecimento das diferentes esferas que compõe a vida,

como relações afetivas, doença, escolarização, trabalho etc.). Esse cuidado integral advém do estímulo ao protagonismo de usuários, familiares, dos próprios trabalhadores e da comunidade no tratamento da pessoa que sofre” (BRASIL, 2015).

Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede,, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e a comunidade em que estão inseridos e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003). No que se refere à problemática relacionada à dependência de álcool e drogas, a perspectiva do cuidado territorial, humanizado, integral e multiprofissional, é eficaz para melhora dos usuários e a garantia do acesso ao tratamento (ASSIS, J.T; BARREIROS, C.A. et al apud BRASIL, 2014; p88-113 et al).

As ações de cuidado foram invisibilizadas aos usuários de álcool, crack e outras drogas durante um período da história. Ficaram por muito tempo excluídas e ausentes de cuidados no campo da Saúde Pública, apontando para a necessária revisão do modelo assistencial. Isso se reverteu por meio de diferentes movimentos, incluindo investimento e alterações em Políticas Públicas, na época, comprometidas com a promoção, prevenção e tratamento, na perspectiva da integração social e da produção de autonomia a essas pessoas. O aumento no número de serviços é uma resposta objetiva a um problema de enorme complexidade, e outros dispositivos surgem no horizonte de cuidado a este público, como é o caso da Unidade de Acolhimento Adulto (UAA).

Amparada na portaria do Ministério da Saúde N ° 121 de 2012, a UAA é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório às pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012, art.2o). Segundo o Relatório de Gestão 2011-2015 do Ministério da Saúde, as Unidades de Acolhimento (UA) foram concebidas a partir da necessidade de ampliação de recursos territoriais e comunitários. Nesse sentido, as Unidades de Acolhimento se configuram como residências e podem ser categorizadas em duas modalidades: Adulto e Infantojuvenil.

A Unidade de Acolhimento constitui um “recurso do Projeto terapêutico singular (PTS), de acordo com as necessidades dos usuários em seus contextos sócio-relacionais, considerando em particular, o “habitar” como um dos eixos centrais nos processos de reabilitação psicossocial. Visam à promoção de autonomia, de participação nas trocas sociais, de ampliação do poder de contratualidade social e de acesso e exercício de direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (ASSIS, J.T; BARREIROS, C.A. et al apud

BRASIL, 2013b; 996 et al).

Dessa forma, a proposição de redes aponta para o conjunto de possibilidades de recursos e de respostas a serem conjugadas, associadas e coordenadas de modo a produzirem “transformações nas realidades dos territórios e transformar a experiência do sofrimento” na vida das pessoas. Ao mesmo tempo, implica a necessidade de superação do isolamento das práticas dos serviços, mobilizando saberes e recursos de usuários, familiares e instituições do território para se conjugarem em novas configurações pessoas-equipes-serviços-contextos em torno de ‘projetos comuns’ (ASSIS, J.T; BARREIROS, C.A. et al apud BRASIL, 2014; p88-113 et al).

Foi exatamente nesses dispositivos de cuidado para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que iniciei meu percurso profissional. Após concluir a Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), atuei em dois CAPSad no município do Rio de Janeiro. Desde então me chamava atenção a falta de um espaço transitório, de continuação de cuidado; por vezes os usuários procuravam por outros dispositivos, vinculados à assistência social ou de caráter religioso, onde não era possível a aproximação das equipes de cuidado; os dispositivos, na sua maioria, situavam-se fora do território do usuário ou impunham regras que inviabilizavam o cuidado, conseqüentemente provocando uma desarticulação com o tratamento.

Com essas questões começo minha trajetória em uma Unidade de Acolhimento Adulto, atuando desde sua implementação em 2015 até o ano de 2018. Ao longo desse tempo, o trabalho me convocava a refletir sobre seus desafios e potencialidades. Aos poucos, fui percebendo que não se tratava de encaixar os usuários em um perfil que responda as demandas de trabalho, moradia e família. Aliás, quem estaria preparado para esse projeto? Ao contrário disso, não poderíamos apostar na UAA como um lugar potente na produção de autonomia, cidadania, laço social, habitar, lugar de experimentação de um outro estar?

A saída como trabalhadora deste dispositivo se deu próxima à minha chegada ao mestrado. Iniciar esse estudo me possibilitou perceber que não seria possível permanecer como trabalhadora, e me questionei muitas vezes: como sair do trabalho que é o meu projeto de mestrado? Entendi que o projeto acadêmico na verdade era o fôlego que precisava para continuar nessa aposta, agora não mais como trabalhadora, mas como pesquisadora. Entretanto, ainda me pego afetada, em alguns momentos agindo como alguém que ainda integra a equipe, em outros me percebendo estranha... Assim segui...

Em meio a essas questões, avisto ser fundamental aprofundar os estudos sobre a política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, sobre o cotidiano nas Unidades

de Acolhimento, e, principalmente, sobre os impactos deste serviço na Rede de Atenção Psicossocial. A partir destas influências, elaboro a seguinte questão a ser estudada: Quais práticas de cuidado são produzidas em uma Unidade de Acolhimento Adulto?

No atual cenário político, as precarizações dos serviços públicos, tal como o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), se faz cada vez mais presente. Especificamente no campo da Saúde Mental, o então coordenador do Ministério da Saúde para Saúde Mental álcool e outras drogas defendeu a expansão dos hospitais psiquiátricos num contexto de congelamento de investimentos por vinte anos no Sistema Único de Saúde (ABRASCO, 2017).

Entre os anos de 2016 e 2019 o Governo Federal elaborou diferentes medidas com relação a construção de “novas” políticas de Saúde, modificando então:

1) a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra 'substitutivo' para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção); 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (DELGADO, 2019).

Referente à Nota Técnica nº 11/2019 da coordenação geral de Saúde Mental, álcool e Outras drogas, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva avalia não se tratar de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma Contra-Reforma Psiquiátrica, ou seja, um retrocesso, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas (ABRASCO, 2019). Outro dado marcante é que “a Política de álcool e outras drogas passa à gestão do superministério da Cidadania, que incorpora Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, cujo titular, oriundo do governo Temer, expressa uma clara política de apoio às comunidades terapêuticas e contra a estratégia de redução de danos”. (DELGADO, 2019).

As alterações do paradigma do cuidado ofertado a essa população seguem a passos largos, junto a todo o processo de desinvestimento no SUS, ainda mais forte nos serviços que atendem a população em uso abusivo de drogas. Chega através das portarias o prenúncio de

uma lógica semelhante à fase anterior à Reforma Psiquiátrica, esta que foi formulada ganhando tom de “ciência” e não de “ideologia”, como se, durante todo o histórico de luta e de garantia ao tratamento dessa clientela no SUS, não tivesse sido fundamental para o cuidado em liberdade.

Além da crítica genérica sobre a “ideologia” presente na política de saúde mental (reproduzindo a retórica ideológica 'anti-ideologia' do governo Bolsonaro), substituída por uma visão “científica”, alguns pontos devem ser destacados, pois representam uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos. (DELGADO, 2019)

Vale destacar que, ao longo de pelo menos 10 anos de implantação da Reforma Psiquiátrica, um grande número de trabalhos publicados, em periódicos nacionais e internacionais, tem apresentado evidências dos inegáveis efeitos positivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (ABRASCO, 2017).

Considerando esse contexto, parece urgente legitimar as práticas de cuidado construídas pelos serviços de saúde mental, principalmente das Unidades de Acolhimento Adulto. Considero ser de extrema importância registrar e analisar esse trabalho, as produções feitas a partir do cotidiano e o impacto na qualidade de vida dos usuários que experimentaram estar neste dispositivo.

Nessa direção, o objetivo principal deste trabalho é cartografar as práticas de cuidado operadas em uma Unidade de Acolhimento Adulto na Zona Norte do Município do Rio Janeiro e tem como objetivos específicos apresentar os desafios e as potencialidades dessa modalidade de serviço na atualidade

Este estudo tem algumas dimensões relevantes. Em uma primeira dimensão, mais ampliada, é possível verificar a escassez de produção acadêmica sobre tal tema. Durante a construção desta pesquisa, foi encontrado apenas um relato de experiência¹ sobre o fechamento de uma Unidade de Acolhimento Adulto nas plataformas de pesquisa (SciELO, lilacs, medline) que informa brevemente a concepção do trabalho das Unidades de Acolhimento. As demais informações estão descritas a partir da portaria de constituição do serviço.

Em outra dimensão, mais próxima ao cotidiano dos serviços, é que não há consenso sobre a função da Unidade de Acolhimento. A compreensão e operacionalização do funcionamento das UAA ainda é algo que gera distintos entendimentos sobre o cotidiano

¹O início, os meios e fins da Unidade de Acolhimento Adulto da RAPS de Campinas/SP: Um relato de experiência. Citado nas referências bibliográficas.

desse serviço. As indicações para as vagas neste dispositivo são em geral feitas pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad, como recomendado na portaria. Vale ressaltar que uma das funções das Unidades de Acolhimento Adulto é articular intersetorialmente a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social (BRASIL, 2012, art.2o, § 2º). O acolhimento nestas Unidades deve possibilitar lugares de convivência, de realizar ações e projetos. “A equipe da Unidade, em conjunto com a equipe do CAPS, deve ser capaz de articular, planejar e, sobretudo, acompanhar a inserção e relações dos usuários em outros espaços existentes na comunidade, mediando relações, ampliando as possibilidades de criação de campos de negociação e de diálogo e, ativando as possibilidades e recursos dos territórios” (BRASIL, 2013).

As Unidades de Acolhimento têm 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” (BRASIL, 2012, art.2o, §1o). Portanto, busca romper com a noção de abrigamento, ou asilo, tradicionalmente presentes no contexto assistencial brasileiro. Dessa forma, espera-se que não seja um ambiente centrado em regramentos institucionais externos, garantindo-se a privacidade e a complexidade das relações cotidianas presentes nos ambientes residenciais. Trata-se de um recurso que busca o fortalecimento e/ou a reconstrução de projetos de vida, e, desse modo, um espaço que possibilite a garantia de suporte dos recursos da RAPS e da cidade (BRASIL, 2012a).

Por último, mas não menos importante, como já foi referido, vivemos em um momento de perda da democracia junto a um processo de desmonte acentuado do SUS, e, inserida nesse contexto, temos também uma disputa de modelos assistenciais em curso, como as Comunidades Terapêuticas. Cabe registrar que, no contexto de discussão acerca do consumo de crack no país, as Comunidades Terapêuticas, em sua maioria privadas e de caráter religioso, foram incluídas pelo governo federal na Rede de Atenção Psicossocial, assim como nas políticas sustentadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, mesmo em face de recorrentes denúncias de práticas de violação de direitos humanos (SILVA, 2015).

Isso fala de uma forma de cuidar, baseada no paradigma da abstinência e da moral cristã, que desconsidera as singularidades e os direitos, legitimando a idéia de um fracasso individual, levando o sujeito a intensificação do uso, sem considerar o contexto político e sócio-histórico. Segundo Sílvia (2015), um tratamento que só encontra possibilidade fora do laço, no esvaziamento do discurso do sujeito e na objetificação da experiência na categoria da

doença, pontos de síntese da terapêutica moral e religiosa, aproximam as concepções do modelo de tratamento das comunidades terapêuticas com a lógica manicomial.

Logo, pensar a prática operada nas Unidades de Acolhimento convoca os profissionais a olhar com atenção os acontecimentos. Apesar de descrito como um serviço de caráter transitório, nele se faz a função do morar/estar/habitar. Através dele se trabalham diferentes tipos de cuidado. O morar e o acompanhamento propiciam uma organização. Uma organização que é não só de aspectos duros, como documentos e tomada de medicação, mas também de questões mais leves, como organização psíquica. Como sintetiza Saraceno (1990), a noção de moradia inclui não só a estrutura física, mas também as diferentes maneiras de apropriação do espaço ou os modos de habitá-lo. Podemos também dizer que a UAA se apresenta como espaço de experimentação do cotidiano, de se inventarem maneiras ao se deparar com o novo:

O cotidiano é o “mundo de vida”, é o lugar de existência de todos nós. Único lugar possível de existência para todos nós, lugar de vida feito de heterogeneidade de atividades, espaços e movimentos modulados pela especificidade dos interesses de seus protagonistas. O cotidiano seria, então, não só o contexto que nos determina, mas, ao mesmo tempo, o texto, a obra que construímos na nossa vida (LEAL e DELGADO apud PINHEIRO et al, 2007).

É indispensável ratificar as práticas de cuidado construídas neste campo, que cada vez mais sofre ataques. Na construção deste estudo acreditava que a Unidade de Acolhimento era um ‘novo’ dispositivo no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas; todavia, com as mudanças na política de saúde ela deixa de ser um ‘novo dispositivo’ e perde sua visibilidade para um ‘novo-antigo’: “quanto mais acolhidos em comunidades terapêuticas, melhor”... assim, com muito impulso, as comunidades terapêuticas vão se ampliando e ganhando força. Apostar neste estudo é tornar a UAA mais visível, possibilitando a continuidade desse dispositivo de maneira ampliada e integrada a Rede de Atenção Psicossocial.

2 METODOLOGIA-ROTEIROS DE NAVEGAÇÃO

*E quando alguém me pergunta
Como se faz pra nadar
Explico que eu não navego
Quem me navega é o mar
Não sou eu quem me navega
Quem me navega é o mar
(PAULINHO DA VIOLA)*

Este estudo propõe um desenvolvimento dentro de uma abordagem qualitativa com a proposta de uma aproximação com as pistas do método da cartografia. O processo de pesquisa é em si uma intervenção, assim, é impossível separar o conhecer do fazer. Nesse sentido, a cartografia também marca outra diferença com a ciência positivista ao romper com o pressuposto de neutralidade, proposto por René Lourau (1993), como conceito de implicação. O intento de conhecer uma determinada realidade implica mergulhar no plano da experiência como processo de acompanhamento de sua constituição. Ou seja, “conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constitui esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção” (PASSOS & BENEVIDES, 2012, p.31).

A escolha desta metodologia é uma conversa direta com experiências vividas e, assim, uma forma de retornar ao antigo campo de trabalho e atual campo de pesquisa; de Acessar as vivências no corpo trabalhadora e pesquisadora. Para isso faço uma interlocução com Larrosa (2002): “relacionar antes de tudo a idéia de travessia e, secundariamente, a idéia de prova”, pois “a experiência é em primeiro lugar um encontro, uma relação com algo que se experimenta”. Dando passagem às experiências e abrindo as frestas para as criações de novos encontros, a cartografia, no que lhe concerne, é como um rizoma e se constrói durante o movimento do corpo do cartógrafo, "ao mesmo tempo (e indissociavelmente) em que os territórios vão tomando corpo: um não existe sem o outro" (ROLNIK, 2007, p. 50).

O acompanhamento dos processos como uma das propostas do método da cartografia aponta para “o mapeamento de um território, de uma realidade que vai se processando no traçado de linhas que expressem o seu movimento e suas intensidades, suas conexões, suas

diversas entradas e saídas, suas possibilidades e potencialidades. Diferentemente do paradigma cartesiano-positivista, de caráter disjuntivo e representacional, a cartografia visa as conexões, as articulações, na tentativa de explicitar “a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (BARROS & KASTRUP, 2012, p.57).

A discussão metodológica que a cartografia propõe é sobre o que ocorre nos encontros entre o sujeito e objeto, de acolher os movimentos, as expansões, o acontecer. Neste contexto, a cartografia se faz necessária pois detecta de cenas as vivacidades, traçando linhas, mapas, amostras... Assim, a metodologia a ser utilizada visa a acompanhar as trajetórias, a experiência vivida neste serviço, olhando para os imprevistos, os acontecimentos e o cotidiano. Afirma a cartografia “como uma estratégia importante para o conhecimento de formas múltiplas e singulares, capaz de analisar os cruzamentos dessas intensidades diversas que funcionam ao mesmo tempo” (ALVAREZ & PASSOS, 2009).

Amparei-me em Rolnik, no livro *Cartografia Sentimental* (2007), que fala das intensidades que buscam formar máscaras para sua exteriorização e, então, tomam corpo e formas de expressão. Ela apresenta uma proposta de realização de cartografias sentimentais, tomando o termo sentimental no sentido de afeto, objetivando traçar diagramas do afetar e ser afetado (ROLNIK, 1989). Em suas próprias palavras:

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago. (ROLNIK, 1989, p.15-6)

O espaço cartografado foi a Unidade de Acolhimento Adulto Metamorfose Ambulante, localizada na Zona Norte, no município do Rio de Janeiro. Nessa UAA, a supervisão clínico-institucional, as produções e acontecimentos no cotidiano do serviço foram recursos privilegiados para a produção dessa cartografia.

Para completar esta análise também foram utilizados outros dispositivos metodológicos, a fim de dar corpo à cartografia:

- Diário cartográfico: caracterizado pelos registros de impressões, afetos e

acontecimentos vivenciados ao longo do processo de acompanhamento da pesquisa.

- Registros institucionais do serviço, tais como: prontuários, livros de reuniões de equipe.
- Entrevista cartográfica com profissionais atuantes na Unidade de Acolhimento Adulto.

O diário cartográfico foi utilizado como um recurso, a partir dos escritos, onde registrava tudo o que podia ser capturado, e também o que não. Estes eram registrados pela via do afeto, que possibilitou a produção de visibilidades e dizibilidades aos fatos e afecções que instituem na produção da vida (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Assim, para corporificar a produção, é essencial estar aberto para os encontros, acontecimentos e afetos ali produzidos, não na busca de seguir uma regra ou um método, mas de dar “língua aos afetos” (ROLNIK, 2014).

Atrevo-me nessa construção não perdendo de vista a abertura, os encontros e as afecções. Aprendi que a cartografia não tem um roteiro e que não busca uma única descrição investigativa. Diferente disso, ela nos convoca e propõe uma abertura com o novo, com a aposta de invenções e criações para dar vazão as afecções. Assim, é válida qualquer entrada nesse diário cartográfico desde que produza diversas saídas.

A cartografia subverte a ordem da linha reta que, esticada de um ponto a outro, se encontra presa e imobilizada pelo trajeto que pressupõe um início e um fim pré-determinado. O propósito da cartografia está na experimentação que “não consiste em redescobrir o eterno, o universal, mas em encontrar as condições sob as quais algo novo é produzido” (SILVA, 2004, p. 16).

Afinal das contas quais são os procedimentos do cartógrafo? Esses, tampouco importam, pois ele sabe que deve “inventá-los”, em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. O que está sendo colocado não se realiza apenas no nível teórico, mas sim no campo das vivências e das experiências. É a existência que vai nos posicionar na vida e na forma como construímos redes afetivas. Diferentemente de uma cartografia convencional, estamos aqui falando de um desenho que dialogue com os acontecimentos e as afetações do cotidiano do trabalho e da vida (ROLNIK, 2014).

A entrevista na cartografia inclui trocas de informação ou acesso à experiência vivida, é importante ressaltar que esta não é sua única direção: “Interessa à entrevista na cartografia as interferências recíprocas entre as múltiplas vozes que, ao resistirem à totalização num sentido único, criam dizeres como linhas de devir a serem acompanhadas” (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

As entrevistas foram utilizadas como procedimento cartográfico, com a perspectiva de acompanhar os processos de trabalho nesta equipe, assim como produzir intervenções e passagem para os acontecimentos do cotidiano: “A entrevista como procedimento privilegiado de acesso imediato à experiência em toda sua extensão” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013).

A cartografia requer que a escuta e o olhar se ampliem, sigam para além do puro conteúdo da experiência vivida, do vivido da experiência relatado na entrevista, e inclua seu aspecto genético, a dimensão processual da experiência, apreendida em suas variações. Alinhada à abordagem enativa, a cartografia, sem eliminar os conteúdos informacionais, inclui a gênese desses conteúdos estabelecida na experiência compartilhada que responde pela coemergência de si e de mundo (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003). Nesta pesquisa, propõe-se tomar algumas cenas-acontecimentos para auxiliar na composição dessa cartografia: “Aposta-se que durante o processo de escrita, algumas memórias podem se atualizar e trazer consigo afetos, sensações, inquietações” (ZOURABICHVILI, 20016: 117-118).

Nesta experimentação, optamos por dar visibilidade ao ato no plano do cuidado em um exercício de olhar essas produções, os deslocamentos que são produzidos em mim e nos outros. Consequentemente, esperamos que com essa pesquisa sejam evidenciados alguns elementos do trabalho que possam contribuir para a Rede de Atenção Psicossocial. A aposta é de que essa pesquisa venha evidenciar os processos de cuidado realizados neste serviço, e, com base nesses achados, contribuir para a produção de conhecimento capaz de potencializar o debate sobre a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas e suas principais estratégias e seus dispositivos de cuidado.

Os aspectos éticos envolvidos na pesquisa correspondem aos indicados na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Saúde (CONEP). Em Outubro de 2018, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do IPUB-UFRJ. O parecer substanciado foi aprovado, sob nº 3.103.435. Posteriormente, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Foi assinado Termo de Compromisso de Utilização de Dados, uma vez que informações obtidas através da análise de documentos internos do serviço foram utilizadas. Também foi solicitada a autorização prévia por parte da Unidade de Acolhimento através de Termo de Autorização, assim como a assinatura de todos os participantes do TCLE (Termo Consentimento Livre Esclarecido).

2.1 O plano de navegar: a Cartografia

*“...Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante
do que ter aquela velha opinião
formada sobre tudo...” (RAUL SEIXAS)*

A unidade cartografada leva a canção como nome, música familiar aos processos e aprendizados da autora. Durante a implementação da Unidade de Acolhimento Adulto, foram cogitados diferentes alternativas de nomeação. Precisava-se de alguma proximidade ao cantor Raul Seixas, devido ao nome do CAPSad III do território, situado na área programática da 3.2, à qual o dispositivo era vinculado. Sendo a primeira UAA com a proposta de atender outros CAPSad, se formou um coletivo gestor para atuar na direção, composto por 3 diretores (os mesmos que atuavam na direção dos CAPSad III da Zona Norte do Rio de Janeiro) e um coordenador, que ficaria junto na gestão do serviço. Alguns meses depois de sua implementação a unidade precisou mudar de território, devido a questões orçamentárias da prefeitura. De acordo com a Portaria 121 de 25 de Janeiro de 2012 a Unidade de Acolhimento a ser implantada deve estar inserida na Rede de Atenção Psicossocial e referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial destinado ao atendimento de usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

O município do Rio de Janeiro é dividido por áreas programáticas (AP). A unidade atualmente encontra-se na área programática da 3.1, que possui 28 bairros e uma população total estimada de 886.551 habitantes de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2010). Esta Unidade recebe usuários e usuárias vinculados aos CAPSad de toda a área programática da 3.0, uma das maiores áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. Um dos requisitos específicos para se ter uma Unidade de Acolhimento Adulto é ser referência para municípios ou regiões com população igual ou superior a 200.000 (BRASIL, 2012).

Devido à mudança de território da AP 3.2 para AP 3.1 a Unidade passou a ser referenciada ao CAPSad deste território. Por pelo menos dois anos a gestão da Unidade seguiu com o modelo do colegiado gestor; entretanto, essa “gestão tripla” mais a presença do coordenador, em vez de potencializar o cuidado, trouxe pontos nebulosos e de tensão, uma vez que cada serviço opera de uma forma específica e com diferentes entendimentos sobre os processos de trabalho. Em alguns momentos, o pedido era que para cada serviço a UAA funcionasse de uma maneira, o que era praticamente impossível, gerando muitas divergências

nos acompanhamentos e impactando diretamente no cotidiano da Unidade. Há dois anos a Unidade de Acolhimento possui na direção o mesmo diretor do CAPSad que está referenciado na AP 3.1 e um coordenador. Com uma direção, a tendência é que se torne mais possível construir o lugar da Unidade para RAPS, para o território, e inclusive para a equipe do serviço.

Em 2017, entre tantas mudanças e diversas situações de crise, com o anúncio do desmantelamento em marcha dos serviços, começam a se agravar os atrasos salariais. É no meio desta situação que é criado o grupo “Nenhum Serviço de Saúde a Menos”, que vem se constituindo como importante movimento de resistência dos trabalhadores da saúde no município do Rio de Janeiro. Lembro-me da dificuldade durante esse momento, ainda como trabalhadora na Unidade de Acolhimento, não só pelo atraso salarial, mas também com o prenúncio dos cortes dos serviços que atendiam a população em uso abusivo de drogas. Muitos profissionais mobilizados e afetados com toda essa situação, muitos com medo de perder seu emprego. Usuários dos serviços com medo de perder seu lugar de tratamento.

Também em 2017 ocorreu um grande movimento ligado a um convênio AD com a prefeitura do município do Rio de Janeiro, administrado por uma Organização Social, responsável pela gestão de três serviços, sendo dois CAPSad III e uma UAA. Com a demora para renovação e sem informações de como ficariam esses serviços, iniciou-se uma mobilização dos trabalhadores e usuários em parceria com o movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos. A equipe da UAA elaborou uma carta de divulgação sobre o que estava acontecendo, aproveitando para divulgar mais sobre o serviço:

EM DEFESA DO SUS

Rio de Janeiro, 31 de agosto 2017.

É com muita preocupação que nós, trabalhadores da UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO-UAA METAMORFOSE AMBULANTE, serviço de saúde da prefeitura municipal do Rio de Janeiro conveniado à Organização Social (OS) Viva Rio, viemos por meio desta publicizar a situação de sucateamento e precarização que hoje assola nossa unidade. Bem como, solicitar regularização do pagamento dos trabalhadores e os repasses de alimentação e manutenção da unidade. A UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO oferece acolhimento transitório a pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Essa é uma unidade de caráter residencial, onde as pessoas que estejam em tratamento nos CAPS AD tem apoio profissional e podem viver por um período em um espaço transitório de construção de novas possibilidades de vida, fortalecimento e recuperação de vínculos, produção de significados para o território e suporte para a continuidade do tratamento. Somos a única UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO da zona norte (área programática 3.0). Trabalhamos referenciados aos CAPS AD III MIRIAM MAKEBA AP 3.1, CAPS AD III RAUL SEIXAS AP 3.2, CAPS AD III PAULO DA PORTELA AP 3.3, que fazem cobertura da área mais populosa da cidade, um território

com mais de 2,5 milhões de habitantes. Diante disto, é enorme o impacto da precarização dos dispositivos que cuidam diariamente da população que está diretamente envolvida nestes processos, assim como para toda a sociedade. Até a presente data, o pagamento salarial referente ao mês de julho não foi realizado. Fomos informados pelos gestores da unidade de que a partir da resolução nº 2953 de 17 de Agosto de 2017, o repasse da prefeitura para a OS só seria realizado no dia 15 de Setembro, de modo que o pagamento referente a julho só se efetivaria posteriormente a essa data. Como se trata de um serviço residencial transitório, a equipe vem sustentando o funcionamento da unidade 24h, de acordo com a portaria 121/2012 MS e dos princípios do SUS. Mesmo com as dificuldades geradas pela rarefação dos recursos, não houve redução de carga horária da equipe, de modo a garantirmos atenção integral aos nossos usuários. Além disso, é fundamental explicitar que nossos usuários têm sido afetados pelo racionamento de alimentos e com a ausência de alguns itens de necessidade básica como pão. É inadmissível que tal situação continue, sendo necessário o fornecimento integral de refeições que asseguram a saúde física dos usuários deste serviço. Destacamos ainda que, em paralelo a continuidade do trabalho, percebemos importante adoecimento na equipe em razão da instabilidade das relações trabalhistas e imprevisibilidades que nos assolam. Trabalhamos para 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, realizando articulações intersetoriais na garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social. Operamos a partir da lógica de redução de danos, com ações de promoção de cidadania, construindo cuidado no território. Além de garantirmos a administração de medicamentos, atendimentos psiquiátricos, acompanhamento familiar e tratamento em conjunto com a equipe do CAPS AD. Este trabalho é desenvolvido em parceria com outros setores da sociedade, como os dispositivos da Assistência Social, os serviços de saúde que compõem os diferentes níveis da atenção, articulando os serviços de alta complexidade à atenção básica. Diante do exposto não podemos permitir o sucateamento das unidades de saúde, haja vista que o cenário não é exclusivo da UAA-Metamorfose Ambulante. Saúde é direito de todos e dever do Estado!

* SAÚDE DIREITO BÁSICO DO SER HUMANO! *

Trabalhadores da UNIDADE DE ACOLHIMENTO METAMORFOSE
AMBULANTE-UAA

#NenhumServiçoDeSaúdeAMenos

#MexeuComUmMexeuComTodos

#UAAresiste

#MetamorfoseAmbulante

(Facebook UAA - Metamorfose)

Nessa mesma época aconteceram diferentes manifestações e elaborações de vídeos sobre os serviços do convênio, inclusive produzidos pelos usuários. Apesar da dificuldade em sustentar o trabalho, a equipe ficou ainda mais próxima, tentando produzir modos de cuidar, em meio a tantas durezas. Na verdade, era só o começo da política de desmonte que nos esperava. De qualquer forma, quero também registrar, sem romantizar, a potência de produzir cuidado em meio ao caos. “Sabemos que a crise é o momento de muitos conflitos, mas também se torna a oportunidade de enfrentarmos a desigualdade, que é histórica. Vivemos um momento de resistência e luta em âmbito nacional e municipal” (SANTOS, 2018).

Por enquanto, não vamos navegar pelas questões da política atual, porém somos atravessados a todo tempo, por isso, quero retomar como é o funcionamento desta Unidade. A equipe é composta por cuidadores, técnicos de Enfermagem, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente social, um Diretor e um coordenador. Também inclui funcionários administrativos, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de cozinha e controladores de acesso, anteriormente chamados de porteiros. A unidade funciona 24 horas, com 12 vagas para acolhimento. Seu espaço físico é semelhante a uma “casa” - segundo o Dicionário Priberam², casa é “*Moradia; construção em alvenaria, com distintos formatos ou tamanhos, normalmente térrea ou com dois andares, geralmente destinada à habitação*”.

O Ambiente é composto por: uma sala de estar; uma cozinha; um refeitório; três quartos; três banheiros (sendo um de uso exclusivo para equipe); um mictório; uma sala de computador e leitura; um terraço com lavanderia; uma sala de equipe; um quarto de descanso para a equipe noturna; uma sala para a coordenação e administração. É uma casa de dois andares, situada em uma rua residencial e com placa de identificação da Unidade.

As Unidades de Acolhimento recebem usuários encaminhados pelos CAPSad, após discussão do caso com a equipe. A proposta é que a unidade seja um recurso no projeto terapêutico singular do usuário, um dispositivo a ofertar, a partir da singularidade, um trabalho a longo prazo junto ao CAPSad.

Segundo os autores Assis et al 2014, no artigo “A política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes”, publicado na Revista Divulgação em Saúde para Debate: “A Unidade de Acolhimento constitui um ‘recurso dos PTS’ (Projeto terapêutico singular), de acordo com as necessidades dos usuários em seus contextos sócios relacionais, considerando em particular, o ‘habitar’ como um dos eixos centrais nos processos de reabilitação psicossocial” (2014, p.88-113).

Parece distinto pensar que um serviço de moradia temporária tem como eixo central o habitar. De que habitar se fala aqui? Só pude questionar e pensar as diferentes formas de/do habitar o mundo estando neste dispositivo... Neste sentido, seria uma das propostas do dispositivo criar possibilidades de existência? Érica Camargo (2007), apoiada nas ideias e conceituações de Norberg-Schulz, afirma que:

O habitar também compreende a escolha de um “pequeno mundo” para nós mesmos, para onde nos retiramos e onde experimentamos o recolhimento de que

²*Dicionário Priberam da Língua Portuguesa* (DPLP) é um dicionário de português contemporâneo com cerca de 133 000 entradas lexicais, incluindo locuções e fraseologias, cuja nomenclatura compreende o vocabulário geral e os termos mais comuns das principais áreas científicas e técnicas.

necessitamos para o desenvolvimento de nossa própria identidade (p.26)

No decorrer desta cartografia pretendo me aprofundar sobre a noção do habitar, e de antemão já questiono: trabalhar o “morar” incluiu o habitar? Habitar é como morar? Essas linhas se tensionam com as práticas de cuidado? Assis et al (2014) apontam as Unidades de Acolhimento como “Um conjunto de possibilidades de recursos na ‘transformação de realidades dos territórios e da experiência do sofrimento’ na vida das pessoas”. Colocado isso, de que maneira as Unidades de Acolhimento constroem cuidados em direção aos projetos de vida de cada usuário(a) que acolhe?

2.2 Mergulho no cotidiano

A imersão no campo se deu em um período de 8 dias, de domingo a segunda-feira, na perspectiva de observar os processos de trabalho e o cotidiano deste serviço de diferentes modos: em alguns dias pela manhã, outros à tarde e outros à noite; participando também da reunião de equipe, que naquele momento encontrava-se sem a presença de um supervisor clínico institucional; reuniões de início e fim de turno e as passagens de plantões. No entanto, cabe destacar que essa imersão já tinha acontecido em outro plano. Agora neste, fui despida, queria verdadeiramente olhar de novo, escutar mais devagar, suspender todo o saber ou qualquer outra informação que me colocava na posição de “sabida” sobre aquele serviço. Porém, alguns afetos e experimentações não se despem facilmente, e me lancei tendo paciência comigo e com o meu tempo de me transformar.

Produzir-se como pesquisadora de forma compartilhada foi a minha aposta. E os atravessamentos da minha implicação foram reveladores de uma certa produção de conhecimento, da qual tomo como elemento principal o plano da experiência e da experimentação. Tomar com o sentido dado por Larrosa (2011), da experiência como condição de alteridade. Experiência que forma e transforma os saberes e os encontros. E não foi simples retornar. Nem sempre atuar nesse serviço era “maravilhoso”, por vezes me percebia dura, por vezes o dispositivo era duro: “Se sair para usar droga, não vai entrar”, “Não é pra ficar dormindo o dia todo”, “Mas esse projeto é pra ele conseguir um trabalho?”. Me reposicionar não era fácil, e retornar na UAA sem essas marcas já não era mais possível, contudo, foi enriquecedor localizar certos atravessamentos, localizadores que só surgiram a partir da escrita e da imersão durante o processo da pesquisa.

Fui recebida por toda a equipe da Unidade, que acolheu a proposta do projeto e que pôde expressar como seria importante dizer sobre a prática desse trabalho, o que diz também

da minha posição de pesquisadora sem neutralidade; fazia oito meses desde a minha saída como trabalhadora. No primeiro dia de imersão, rostos surpresos. Me diziam: “Que bom ver que você nunca deixou de trabalhar pela UAA”. “Quando a gente conversar sobre esse serviço, quero dizer tudo que ele representa, de todas as coisas maravilhosas que acontecem aqui, não quero reclamar e falar que tudo é culpa da política”. De maneira nenhuma era uma estranha, mas já não era integrante desta equipe.

Movimentos da equipe, usuários, território, agenciamentos com o CAPSad, acompanhamento no espaço da unidade, entre outros, foram acontecendo, evidenciando uma proposta de se construir um ambiente acolhedor e com características de uma casa. “Um agenciamento é precisamente esse crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões.” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 17).

Encarar a UAA como local de moradia, como espaço aberto a novas conexões e novos trânsitos é também conversar com alguns conceitos de casa, já que essa questão sempre retornar para a equipe: lugar de moradia? Unidade de Saúde? Para Bachelard (2000), a casa está vinculada, a partir de sua função de cobrir e proteger, com a representação da constância. Bollnow (2010), por sua vez, coloca a casa como ponte de referência do homem para o mundo.

É possível uma UAA ser realmente entendida como espaço de moradia? E o morar, se faz no “tempo-temporário”? A portaria traz alguns apontamentos sobre esse espaço, que também nos remete ao entendimento de uma casa: “lugares próximos a cidade, inseridos nos territórios; entrada aberta, acessível e facilitada; ambientes agradáveis nos quais se desenvolvam cenas compartilhadas da vida cotidiana, como refeições, momentos de trocas e de convívio; espaços adaptados para as pessoas com deficiência e quando necessário, espaços de brincar (BRASIL, 2013).

Dizer desses componentes não necessariamente a transforma em uma Unidade de Acolhimento. Na imersão me interessava experimentar: o que é proporcionar esse ambiente acolhedor? O que é trabalhar o eixo do habitar? Espaço físico casa não garante lugar de moradia; como isso é colocado no cotidiano deste serviço? Muitas reflexões surgiram ao longo desta cartografia, e acompanhar as cenas desse cotidiano foi imprescindível para essa construção.

A experiência das vivências do cotidiano e o acompanhamento dos processos de trabalho da equipe me suscitaram outras questões, mas percebi também que não seria possível trazer todas para essa conversa. Entretanto, uma em especial sempre me acompanhou. Estar

na UAA durante a chegada de um novo usuário me fez interrogar: Afinal, o que se pede para uma Unidade de Acolhimento Adulto?

Após o encaminhamento do CAPSad III, com um projeto terapêutico elaborado pelo usuário com os dois serviços, Luiz chega e é recepcionado pela equipe da UAA, que realiza um atendimento junto ao técnico de referência do caso. A proposta inicial era apenas de almoçar no dispositivo e conhecer a equipe, pois naquele momento ainda era indicado permanecer no acolhimento noturno do CAPSad de referência. A técnica do CAPSad que o acompanhou informou para a equipe pontos importantes da história do usuário, assim como as indicações para a Unidade. Um deles eram as diversas internações em hospitais psiquiátricos sofridas pelo jovem de apenas 22 anos, uma delas sendo compulsória e outra em uma Comunidade Terapêutica.

Há três tipos de internação psiquiátrica: 1)-voluntária, solicitada pelo paciente; 2)-involuntária, pedida por terceiro; e 3)-compulsória, “aquela determinada pela Justiça”. Algumas comunidades terapêuticas adotam a prática do “resgate” ou “remoção”: internamento forçado por meio de uma equipe que vai à residência da pessoa e a imobiliza, fazendo uso tanto de violência física quanto de contenção por meio da aplicação de medicamentos. (Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017).

Posteriormente ao ocorrido, a profissional relatou que o usuário apresentou agravamento do quadro delirante junto ao uso de drogas; dizia se sentir preso, que não melhorava, e fugia do local. A referência técnica também pontua que um dos principais pedidos de acolhimento na Unidade é a garantia de permanência do usuário no tratamento, pois, quando está em sua casa (Luiz mora com a mãe), não consegue se organizar a ponto de ir ao CAPSad e acaba se colocando em risco na comunidade. Enfatiza que o uso prolongado da medicação e o trabalho de autocuidado podem ser recursos importantes ofertados pelo acolhimento na UAA. Também aponta a necessidade de uma equipe parceira no acompanhamento, que possa transmitir o cuidado no cotidiano e trabalhar junto ao CAPSad.

Na recepção do usuário, a casa foi apresentada pela equipe. Alguns usuários se aproximaram, um chega a realizar um convite para o almoço, outros dizem “bem-vindo”. Luiz almoçou na unidade, disse ter gostado e que poderia ficar no mesmo dia, mas que entendia a indicação da equipe de retornar ao acolhimento noturno. Despediu-se dizendo: “até outro dia hein”. Ficou acordada entre as equipes uma nova conversa, durante o acompanhamento do usuário em acolhimento noturno no CAPSad.

Sobre a chegada de uma pessoa para acolhimento na UAA, a equipe informa que é realizado em conjunto um termo de compromisso escrito com assinatura do usuário. Neste

termo constam algumas regras da casa, como: O usuário será responsável pela arrumação de seu quarto: cama, armário e limpeza de acordo com escala de rodízio, planejada no coletivo da manhã, entre outras organizações referentes ao cuidado com o espaço. Consta também ser necessário manter o tratamento no CAPSad de origem, assim como não ser possível o uso de drogas dentro do espaço.

Reviver o acolher de um usuário me remeteu sobre a construção dos processos de trabalho na UAA. No início discutimos muito sobre quais usuários (as) receber, pensávamos ser necessária alguma perspectiva de projeto de vida para o acolhimento. Naquela época passei a entender melhor o que realmente fazíamos através do encontro com um usuário. João, me elegeu sua “referência da UA”, havia sido encaminhado pelo CAPSad devido diversas situações de risco. Na última foi encontrado desacordado em casa após uso abusivo de cocaína, com o ventilador pegando fogo, e foi socorrido pelos vizinhos. João era um senhor de 55 anos, sua aparência era de 70, ao me conhecer disse seu nome e que era “Viciado em todo tipo de droga e que precisava de cuidado” Tinha recentemente bloqueado seu benefício Loas³, pois não conseguiu lembrar da senha; tinha muita dificuldade em organizar coisas tidas como ‘simples da vida’: “Às vezes fico sem tomar banho, acho que não sei mais fazer minha barba”, “não sei cozinhar, ligo o fogo e coloco o que tem em casa pra fazer”, “Às vezes fico paralisado e me perco nos lugares”. João tinha um projeto inicial de ficar quatro meses na Unidade e durante esse tempo a proposta era de manter o usuário mais presente no tratamento, agenciar um novo lugar para morar, já que perdeu sua casa após o bloqueio do benefício, e trabalhar questões relacionadas ao cotidiano de uma casa, que envolvia uma proposta desde o cuidado com ele até o cuidado com o espaço físico.

No segundo dia dele na UAA, me procura e diz “tô muito mal, acho que é abstinência”, enquanto baba e mantém os olhos bem abertos. Perguntei o que ajudava nesses momentos, ele prontamente disse: “andar na rua”. Me ofereço para acompanhá-lo. Na rua ele era muito diferente. Depois de um tempo andando, começou a cantar lindamente Aquarela : “Numa folha qualquer, eu desenho um sol amarelo, e com cinco ou seis retas, é fácil fazer um castelo...”. Pensei surpresa: Ainda há vida! João ficou 8 meses na UAA, muitas situações ocorreram, e uma em especial me marco., Após outra ida ao território, dessa vez para encontrar um quarto que pretendia alugar, entramos em uma comunidade próxima a Unidade e ao CAPSad que o acompanhava, lugar onde era possível pagar o aluguel com o benefício. João nunca conseguiu trabalhar e já havia passado por diferentes hospitais psiquiátricos,

³O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família.

comunidades terapêuticas, abrigos, e dizia: “conheço tudo”. Ao chegar no território, saiu correndo... parou em um trailer, tinha dez reais no bolso, pediu todo o valor em cachaça. Saio atrás dele, ele me olha e continua a pedir. Na sequência questiono: precisa ser tudo em cachaça? Ele sorriu e devolveu: ”mas eu tenho dinheiro para 6 doses”. Insisto na pergunta, ele fecha o sorriso, parece reflexivo e rebate: “6 é muito, vou beber 3 e não falamos mais disso”. Nunca vi alguém beber tão rápido, virou os três copos, respirou e disse: “agora vamos seguir e encontrar meu quarto, estou pronto! E assim foi... pensei sobre o lugar de mediação, Redução de Danos, da imersão no território, onde acontece a vida dessas pessoas. Cenas como essa se repetiram em todo o acompanhamento com João, não só por mim, mas por toda equipe.

Acompanhar os usuários nesse dispositivo era um exercício de mediação constante. Entendo isto como uma prática de Redução de Danos, não de mediação como “controle do uso”, mas de explorar outras formas de lidar tanto com o uso abusivo, quanto com o mundo.

O sentido da palavra “redução” neste contexto é, na verdade, de ampliação nas possibilidades de cuidado e de novos projetos de vida! Em muitos momentos a equipe questionava o modo de acompanhar os usuários, e cada vez mais exigiam uma certa “normalidade” à medida em que eles apresentavam alguma “melhora” que certamente era relacionada com falas do tipo: “Cansei dessa vida”, “Vou procurar um emprego”, “Não vou usar drogas”. Tentávamos, junto à coordenação do dispositivo, transmitir a sutileza desse cuidado, da vida que se produzia ao perceber esse outro como um ser potente, do lugar de fala desses usuários e que nosso trabalho não era condicionado à abstinência, por exemplo. Elencar as estratégias de cuidado na Redução de Danos é também levar em consideração a acessibilidade desse dispositivo, utilizando por acesso também a baixa exigência e alta disponibilidade dos trabalhadores para estabelecer vínculo com os usuários, a partir das demandas (BRASIL, 2017). Facilmente, nesses dispositivos, caímos no engodo de normalizar a vida desses usuários, enquanto na verdade precisamos exercitar em nós trabalhadores uma postura de baixa exigência, de superar os estigmas e preconceitos. Enfatizando que baixa exigência em nada conversa com “falta de cuidado”, e sim, com acesso as práticas de cuidado assim como descrito na Portaria nº 130/2012 ao afirmar que “(...) fica estabelecida a necessidade de adequação dos serviços às necessidades dos usuários, recorrendo a tecnologias de baixa exigência, como: flexibilidade dos horários, acolhimento dos usuários, mesmo sob efeitos de substâncias psicoativas, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (ex.: preservativos, alimentação, entre outros)” (ART.5- X)

Naquela época, transmitir para a equipe qual usuário a unidade acompanhava era algo confuso, com dúvidas como: usuário em crise, podemos receber? É para procurar emprego? E

a moradia depois? Tem benefício? Percebo que partíamos de uma demanda imperada pela sociedade e não na lógica de produção de cuidado, porém isso se transformava pelos encontros com os usuários e era possível se atrever na construção de novos caminhos.

Com tantas questões, no segundo ano da Unidade foi realizado um seminário interno: Qual usuário(a) a UAA atende? Qual perfil? Durante o trabalho na UAA tornou-se mais evidente que não se tratava de encaixá-los em um projeto de vida, de estar em uma casa que cumprisse com todas as demandas sociais, mas de produzir outras possibilidades de existência pela produção do cuidado. Retornar como pesquisadora disparou a concepção de que talvez não exista um “perfil” para os usuários da UAA, um perfil no sentido de um caso que atenda a determinada característica. Desta maneira, o que produz mais sentido do que descobrir o “perfil” é ter a clareza de quais casos não são indicados para o tipo de acolhimento ofertado pela UAA. Podemos citar um exemplo que não tem indicação para este dispositivo como os usuários de longa permanência em hospital psiquiátrico onde não foi iniciado nenhum processo de desinstitucionalização. Casos como esse já chegaram na Unidade, ao invés de lançar mão de outro dispositivo que atenda melhor essa demanda como os serviços residenciais terapêuticos. Outro exemplo a ser dado são os casos onde seja indicado acolhimento a crise que convoque ferramentas de cuidado exclusivas ao CAPS, como o Acolhimento Noturno, ou a realização de um medicamento de ação imediata. Citar esses exemplos e tomá-los em análise é uma posição fundamental, posto que mantêm vivas as perguntas sobre qual usuário se beneficia deste tipo de serviço e o que entendemos sobre se ‘beneficiar’ deste dispositivo. Além das vivências durante a pesquisa e do que a equipe aponta, fica nítido que para o usuário estar neste serviço é imprescindível que ele, em certa medida, a depender de múltiplos fatores, inclua esse dispositivo como recurso terapêutico junto a equipe. É visível no cotidiano a diferença entre os casos que são direcionados para a Unidade sem a inclusão dos usuários. Uma técnica da equipe diz: “às vezes o usuário vem pra cá e não faz nenhum sentido para ele, tem a ver com o desejo da equipe em proteger, mas de que proteção eles estão dizendo?”

Na tentativa de produção de cuidado, muitas vezes, por falta de entendimento do dispositivo, a equipe indica como ponto de tensão os diferentes encaminhamentos: “Às vezes a UAA entra como ‘lugar de tapar buraco’”, recebendo casos que não tem indicação do ponto de vista da equipe de serem acolhidos. Entretanto, também marcam que essa ideia de caso que é ou não para a UAA é algo em crescente evolução, que a cada dia vão surgindo novos olhares e possibilidades. Ana conta: “Antes precisava do projeto super fechado, tudo amarradinho. Agora, entendemos que isso não é possível e que tem algo que se dá na

construção do dia a dia, pessoas são assim, coisas acontecem, mudam, melhoram e pioram, acho que acompanhar essas variações e ir junto nesse processo é o fundamental”. Colocar isso em questão traz a dimensão de um trabalho que vai se moldando a partir do movimento/tratamento/acolhimento dos usuários no dispositivo, porém o marcado é que o usuário é o protagonista desta possibilidade de existência pela via do cuidado.

2.3 Unidade X Residência: a aposta nos espaços

Quando pensamos nas atividades realizadas por um indivíduo, pode-se dizer que estas estão estabelecidas dentro das relações com os espaços que o cerca, se apropriando e vivenciando as experiências. Bachelard, em “A Poética do Espaço” (1993), nos apresenta, detalhadamente, a dimensão da importância do espaço na vida do ser humano, e afirma:

Aqui o espaço é tudo, pois o tempo já não anima a memória. A memória - coisa estranha! - não registra a duração concreta, [...]. É pelo espaço, é no espaço que encontramos os belos fósseis de duração concretizados por longas permanências. O inconsciente permanece nos locais. As lembranças são imóveis, tanto mais sólidas quanto mais bem espacializadas. (BACHELARD, 1993, p. 28-29)

Pensar na Unidade de Acolhimento como um espaço terapêutico, a partir das relações que ali estão colocadas, vai muito além de pensar no espaço físico. “Encontram-se fundamentos das propriedades do espaço e da sua influência na constituição do ser, em seus aspectos psicológicos” (BACHELARD, 1993, p. 19).

Referente à organização e manutenção do espaço na Unidade de Acolhimento, este é construído coletivamente, planejado em uma reunião feita com todos os usuários que estão na casa e os profissionais do dia. Acontece todos os dias às 9 horas. No coletivo da manhã são pauta alguns informes, tanto da equipe quanto dos usuários. É também discutida a realização das atividades externas e internas, como por exemplo: quem auxiliará na preparação do almoço, quem ficará responsável em cada dia pela limpeza da cozinha. As combinações ficam registradas em um quadro visível a todos. É nesse espaço que se combinam as saídas para atendimento ou oficinas no CAPS, assim como o acompanhamento até a clínica da família, entre outros.

Entendendo que passar por esse serviço é também pensar sobre o contexto de vida diária, de tarefas, faz-se essencial a presença dos profissionais como mediadores, sobre o cotidiano do morar, que é presente em diversos contextos e singularidades. Referente aos

usuários, a equipe descreve as diferentes maneiras de se mostrarem, que nem sempre é como se apresentam no tratamento, mas que é um meio de trabalho, sendo valiosa a transmissão para o CAPSad .

Durante uma das reuniões de início de turno, uma cuidadora dispara: “Não sei porque dizem que a Fabiana é o terror do CAPS, que é agressiva e que bate em todo mundo. Aqui na UAA ela não é assim, inclusive ela pede ajuda quando percebe que vai romper com algum limite. Não temos problema com ela, mas também quando ela não tá bem, demonstra sinais, começa a andar muito pela casa, toma vários banhos, aí é a hora da gente intervir”.

Por alguns instantes a equipe fala sobre um cuidar que passa pelo detalhe e que em alguns serviços não é possível, por inúmeros fatores, estar atento a isso. Segundo Luana, cuidadora da unidade: “O detalhe às vezes é o fundamental para construção de outras maneiras de estar na vida”.

Durante o dia, poucos usuários permanecem na casa, muitos vão para seu local de tratamento, outros trabalham e outros estão envolvidos em algum tipo de curso ou atividade externa. Geralmente permanecem na casa os que têm indicação de estar na unidade e estão mais envolvidos com o cuidado do espaço, com o cuidado de si.

Mário iniciou seu acolhimento na Unidade há dois meses. Após o coletivo, combina de auxiliar na limpeza da casa e passa algum tempo varrendo toda a área externa. Assim que acaba passa rápido para o banheiro com seus pertences e no caminho conversa com um técnico: “Não posso esquecer de secar bem meus pés, se não fica sujo, igual ficava, lembra quando cheguei? Não quero mais ficar assim, ficar sujo é muito ruim”. O técnico, por sua vez, o encoraja e com humor diz: “Um bom banho nesse calor não faz mal pra ninguém, esfrega tudo direitinho mesmo, aproveita seu banho, é uma hora muito boa”.

Em dado momento Mário aparece na sala, depois do banho, senta no sofá, respira fundo, pega o controle remoto da televisão e pergunta para outro usuário: “Quer ver jornal? Quero saber o que tá acontecendo”. O outro usuário concorda e trocam de canal.

As trocas sociais e a maneira de estabelecer certa aproximação com o outro e com as regras colocadas no cotidiano também fazem parte do projeto terapêutico. Algumas vezes a presença física do profissional já atua como mediação. Algo dito por nós, aparentemente corriqueiro e simples, pode ser o limiar entre a estabilização e a desestabilização.

Existe um ambiente de cooperação e respeito, onde o sujeito vai experimentando outras vivências ou reatualiza algumas, como morar, habitar e cuidar. Alguns usuários auxiliam na preparação do almoço. Durante minha imersão, em um dia, a unidade não contou com presença da auxiliar de cozinha. No coletivo da manhã, foram discutidas estratégias de como

seria o preparo do almoço, já que não era possível contar com ajuda da profissional. Uma usuária, que estava na unidade há três meses, se ofereceu para fazer a comida, desde que tivesse ajuda de um outro usuário no preparo.

Karine e Allan foram para a cozinha, acompanhados por um profissional da equipe técnica. Enquanto cozinhava, Karine contava que durante algum tempo de sua vida, ainda quando morava com suas filhas, “era a melhor cozinheira e que seu frango assado era o melhor, pois tinha tempero”. Entretanto, diz que parou de cozinhar porque ficou “muito mal”, e relatou: “Fui pro acolhimento do CAPS e depois vim pra cá, mas vou sair, tô combinando com as minhas filhas de ver um lugar pra mim, não posso mais voltar para minha casa”. Ao preparar o almoço, algumas cenas vão surgindo. Entre elas, a dificuldade em administrar o espaço da cozinha, lavar louças, cortar legumes e manusear as panelas.

É o profissional da Unidade que traz para cena o contorno do espaço, vai pontuando e fazendo junto, não na ideia de um processo de ensinar a fazer, mas sim de estar junto, na tentativa de ir significando a experiência ali vivida. O caráter residencial da Unidade é percebido pelos usuários, pelos exemplos acima e por outros. Outro exemplo: A maioria dos acolhidos, faz uso de medicação contínua prescrita pelo médico de referência do CAPSad. Grande parte dos usuários não administra sua medicação. A equipe tenta produzir um cuidado que não seja apenas pela via burocrática da administração, mas que envolva cada usuário na produção de sentidos sobre a medicação.

Os períodos da tarde e da noite contam com maior fluxo de acolhidos, quando quase todos já retornaram para casa. Interessante é que cada um deles vai elegendo seu local: a sala, a sala de computador, a varanda, o quarto, a cozinha... Nem sempre ficam juntos no mesmo espaço, com exceção de eventos comuns a todos, como um filme. Vale ponderar que a indicação do acolhimento na unidade não está entrelaçada com o fato de o usuário estar ou não em situação de rua, e sim com a gravidade de cada caso.

As Unidades de Acolhimento buscam romper com a noção de abrigo, ou asilo, tradicionalmente presentes no contexto assistencial brasileiro. Espera-se que não seja um ambiente centrado em regramentos institucionais externos, garantindo-se a privacidade e a complexidade das relações cotidianas (BRASIL, 2012a).

A respeito das acomodações nestas residências é importante destacar que, para a promoção do “habitar”, como eixo central dos processos de ampliação de contratualidade, é fundamental que expressem a perspectiva de hospitalidade. Por exemplo, quartos com acomodações individuais e espaço para guarda-roupas, camas ao invés de leitos hospitalares (BRASIL, 2013). Construir um serviço de modalidade residencial é entendê-lo como casa? E

se entendemos como “casa” isso significa que ali já opera algum trabalho de cuidado sobre a vida do outro?

(...) casa é o lugar do habitar do indivíduo, onde se pratica a privacidade doméstica, e através do qual se busca atingir objetivos pessoais do indivíduo e os objetivos comuns a ele e ao grupo de pessoas com quem partilha o espaço doméstico. É o local da existência, da subjetividade do morador. Dessa forma, pode-se considerar a casa como sendo uma ‘máquina’ que deve funcionar bem para abrigar satisfatoriamente as atividades fisiológicas e privadas de seus habitantes, com conforto e segurança. Ao mesmo tempo, é o ponto concreto que provê aos seus habitantes o apoio e a referência em relação ao mundo exterior. (BRASIL, 2014, p.25)

A citação acima sobre o espaço casa cabe para os usuários que atendemos? Pensar a Unidade de Acolhimento como esse espaço é inviável, visto que a trabalhar as questões do habitar está conectado com estruturas sociais e subjetivas muito maiores. A maioria dos usuários que passam pela UAA nunca em sua vida experimentou um espaço de existência como morador, muitos levam encarnados o dito “morador de rua” e a rua não é delimitada como “casa”, mas muitos vivem nela. Por isso é tão valioso pensar o que é a estada neste dispositivo e como se produzir rede para a vida.

3 OS ACONTECIMENTOS NO NAVEGAR

Navegar é preciso senão a rotina te cansa...
(O RAPPÁ)

“O acontecimento não apresenta um saber a priori, mas a posteriori, é imanente, pura experimentação” (ZOURABICHVILI, 2006, pág. 15). Nesse sentido, ao que parece, “uma experiência se configura a partir das experiências dispersas do dia-a-dia, o acontecimento também se dá na existência comum, atravessando-a” (LANA & FRANÇA, 2008).

Durante a imersão, a equipe trouxe para a cena a discussão sobre as novas propostas de funcionamento, entre elas a presença da equipe nas cenas de uso junto ao CAPSad, o que gerou uma roda de conversa sobre Redução de Danos. Foi apresentado um vídeo explicativo referente à proposta da Redução de Danos por uma profissional da Unidade, como disparador, na tentativa de se construir perguntas norteadoras. Na reunião de equipe seguinte, haveria a presença de um redutor de danos para essa discussão. A partir do vídeo, surgem problematizações: “A UAA precisa também intervir nas cenas de uso?”; “Como uma UAA produz Redução de Danos no seu cotidiano?”.

“A política de Redução de Danos concebe a existência de diferentes formas de relação do homem com as drogas, nem sempre vinculadas a um consumo problemático e, nesse sentido, seus objetivos não se restringem à eliminação do consumo” (SANTOS; SOARES;

CAMPOS, 2010). Inicialmente, as ações de Redução de Danos foram direcionadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) por meio da distribuição de insumos para a utilização de substâncias psicoativas injetáveis, visando a reduzir o compartilhamento de seringas entre os usuários. Porém, essas ações foram ampliadas, resultando na aprovação da Portaria nº1.028/GM de 1º de Julho de 2005, que regulamenta “as ações destinadas à Redução de Danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2005). “Em 2002, o Ministério da Saúde passou a considerar a Redução de Danos como uma de suas estratégias de prevenção ao uso e abuso de drogas, incorporando-a no Sistema Único de Saúde através de serviços específicos como os Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas” (CRUZ, 2011).

Petuco (2016) considera que a Redução de Danos enfoca a questão do uso de drogas a partir de uma perspectiva dialógica, que valoriza a voz dos sujeitos para além do sintoma, como produtora de conhecimento do próprio cuidado. Por definição, a Redução de Danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. Trata-se de um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas (IHRA, 2010).

A proposta de discussão provocou algumas hesitações sobre o que é realizado no cotidiano e que por vezes é banalizado. Eduardo, auxiliar administrativo da Unidade, aponta que, em alguns momentos, parar e olhar para o usuário e perguntar como vai já pode ser entendido para alguns casos, especificamente, como Redução de Danos. Diz: “olhar para o outro que não é visto”.

A Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), numa perspectiva profundamente ética, entende o conceito “não tanto como uma série de diretrizes específicas para conduta no atendimento a toxicômanos e sim como uma postura, uma atitude, um modo de se portar em relação ao usuário e aos inúmeros problemas relacionados à maneira como a nossa sociedade vem abordando a questão das drogas” (MACRAE; GORGULHO, 2003).

Para esta equipe, a produção de autonomia como redução de danos, a inclusão do usuário sobre seu projeto e sobre o uso de drogas podem ser entendidos, como uma estratégia de Redução de Danos. Monteiro e Souza afirmam: “Não existe uma definição única sobre a Redução de Danos” (2011). Questionando quais estratégias possíveis de Redução de Danos acontecem neste dispositivo, a equipe relata as experiências do processo de trabalho operadas no cotidiano, construindo algumas ligações:

Nosso operador do cuidado é a partir da redução de danos; do sujeito como protagonista do tratamento; do cuidado de si; o habitar e a possibilidade de organização pelo morar; cuidado= cultura+redução de danos; lugar de produção de um cuidado inventivo. (Equipe, UAA, 2019)

Afirmar a Redução de Danos como um dos principais mandatos desse serviço é imprescindível para a produção de cuidado em liberdade e com o usuário. Nesse sentido, a redução de danos é a principal estratégia e deve viabilizar o acesso, o acolhimento e qualificar a demanda. Precisa acontecer também como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, criando outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar no que se refere à autonomia dos usuários e seus familiares.

A RD reconhece cada usuário em suas singularidades e traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência, como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Visam à minimização de riscos de natureza psíquica, física, econômica e social, tomando o usuário como protagonista e reconhecendo o direito que eles têm às suas drogas de consumo (ANDRADE, 2016).

O tema da atenção a usuários(as) de álcool e outras drogas sempre gerou muitas tensões no interior da própria rede de saúde mental, bem como em outras redes, pois existem questões que extravasam os limites de uma só rede ou setor. Por isso essa discussão neste momento nesta Unidade se torna tão importante, é necessário questionar suas ações, é importante questionar: como operar o cuidado nesses usuários sem a RD? Quais as especificidades políticas-clínicas-institucionais envolvidas? Levantar essas problematizações é partir de que não existe um cuidado protocolar a se seguir, como é possível que o profissional aumente suas possibilidades enquanto cuidador para operar com a produção de diferença e não com a anulação desta? Para Mehry, Feuerwerker e Cerqueira (2010), visibilizar o cuidado é pensar para o trabalho que se dá na relação, para além dos protocolos que cuidam do corpo biológico, pensando nas lógicas que constituem as relações no campo da Política de Saúde.

Trazer essa discussão dentro do campo dos acontecimentos é uma maneira de afirmar o apontamento de Lana e França: “Não permanecemos no cotidiano, cercados dos acontecimentos – a vida de todo dia abriga pequenos acontecimentos seriados e, eventualmente, as rupturas. O cotidiano, portanto, não está separado dos acontecimentos” (2008).

Desta forma, romper com a rotina que é vivida no cotidiano é olhar para as rupturas,

para o acontecimento. Pensando na dimensão ativa desse dispositivo e olhando para outros movimentos, foi realizado um churrasco com piscina na casa durante o final de semana. Um usuário acolhido há três meses na UAA alugou uma churrasqueira, comprou carvão e seis refrigerantes, usando parte do seu benefício (Bolsa Família).

Conversando sobre o final de semana, Wagner manifestou-se: “sempre gastei meu dinheiro com droga, fiquei muito tempo na rua, vendo gente sendo morta. Agora estou feliz, em uma casa, com terraço e piscina e quero fazer um churrasco”. Wagner ficou o dia todo dentro da piscina. A equipe relatou que nunca o tinha o visto dessa maneira, comunicativo, sorridente e sempre perguntando quando seria o próximo.

Estar na UAA promoveu a experimentação de outras vivências para Wagner, que faz tratamento no CAPSad há, pelo menos, onze anos. Foi encaminhado para a Unidade após um conflito grave com seu pai, que é seu principal cuidador. Devido ao uso abusivo de cocaína, se coloca em risco no território. A equipe do CAPS indicou a Unidade como possibilidade de preservar o laço entre os dois, já que Wagner não tem outro vínculo familiar. Um dos desafios desse acompanhamento, além de possibilitar novas experiências, é produzir diferença e não repetição, já que facilmente podemos reproduzir uma certa situação que esbarra exatamente na questão do sujeito quando fora de um espaço institucional. A proposta não é conduzir a vida do outro e que esse outro tenha “espaço” para produzir novas relações; dito isso, é crucial destacar que durante a discussão em reunião de equipe, sobre o final de semana de Wagner, os profissionais afirmaram: “A UAA é um dispositivo produtor de cuidado e vida”.

Franco e Mehry (2012), ao pensar o cuidado no trabalho em saúde, afirmam que há uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidado. O elemento humano é central e garante o caráter produtor do cuidado, apontam os mesmos. O cuidado surge enquanto possibilidade ética, pensado a partir de atos de produção que são imanentes ao próprio processo, gerados pelos trabalhadores em relação. Assim, faz-se necessário olhar para a micropolítica do trabalho, parte constituinte dos cenários onde se dá a produção do cuidado.

Segundo Franco (2005), a micropolítica está no cotidiano das práticas de saúde, na gestão, no cuidado em saúde, na atividade de comunidade, enfim, onde o trabalhador de saúde ou gestor estabelecer relações. É a atividade de cada um a partir do lugar social em que ele se encontra. Na vida, existem histórias singulares, tomadas por emoções, que se atualizam no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. O trabalhador vai operar na prática aquilo que ele tem como satisfatório para a atividade no trabalho. E isso se modifica na medida em que as pessoas se modificam com as experiências que elas vivenciam no mundo do trabalho, tanto na busca por conhecimento quanto na percepção de cuidado (FRANCO, 2005).

O arranjo feito por Wagner para o final de semana nos traz como direção a chance de potencializar esses processos de cuidar a partir dos encontros. Ressaltar essas experimentações na Unidade de Acolhimento é acontecimento, visto que, para Louis Quéré, “o acontecimento é caracterizado como o que rompe o contínuo da existência” (2005). Algumas situações sobre o processo de trabalho e o pedido da equipe de que “Precisamos de clareza” também marcaram essa cartografia. Uma situação-limite depois de um pedido: realizar um lanche na cozinha. Uma usuária acolhida na casa solicitou para um técnico o preparo de uma refeição instantânea, perguntou se o profissional poderia fazê-la e o mesmo concordou. Porém, surgiu um desconforto: a auxiliar de cozinha afirmou que a cozinha é dela, impedindo a circulação dos demais profissionais e usuários da casa.

A situação citada acima foi trabalhada na reunião de equipe. Durante a imersão a Unidade estava sem supervisão clínico-institucional há, pelo menos, cinco meses. Entretanto, mantém as reuniões. Alguns profissionais citaram o episódio e muitos indagaram que é preciso discutir a crise institucional. Questionaram como trabalhar um coletivo quando existe sobrecarga, como produzir cuidado sem que o que for dito seja tomado como algo pessoal e não do processo de trabalho.

São abalizadas na reunião as dificuldades de abordar algumas divergências no cotidiano. Afirmam que não percebem uma evolução sobre tais questões. Por vezes culpam a gestão da Unidade por não trabalhar questões institucionais, mas reconhecem que a ausência do supervisor dificulta tal processo.

A supervisão clínico-institucional é financiada pelo Ministério da Saúde a partir da portaria de Nº 1.174 de 07 de junho de 2005: “a presença regular de um supervisor deve sustentar a ação dos profissionais nos serviços, conduzindo a uma produção permanente de conhecimento a partir da própria prática clínica”. Assim, haveria a possibilidade de o trabalho ter desdobramentos e, como produto, um registro que inclua os impasses e dificuldades presentes neste percurso. Nesta perspectiva, o supervisor operaria como facilitador do trabalho, ou mesmo como garantia de trabalho e produção em equipe” (FIGUEIREDO, 2008).

Ana menciona na reunião: “O problema não é a usuária, o problema são os nossos furos, a questão é que não estamos conseguindo conversar e sustentar direções, a questão é o nosso processo de trabalho e vamos precisar falar disso sem entender como algo pessoal. Não é pra ser tratado na pessoalidade, mas sim no campo institucional”.

As formas como o trabalhador reconhece as questões ligadas ao processo de trabalho impactam diretamente a assistência prestada ao usuário: “A representação do problema de saúde faz o trabalhador desenhar em seu pensamento a ação e a escolha de instrumentos e

recursos. Isso constitui sua caixa de ferramentas, cujo eixo orientador é a finalidade do seu trabalho compondo, assim, um certo processo de trabalho” (MENDES GONÇALVES,1992; MERHY,1997; 2002).

Dúvidas acerca das novas frentes de trabalho eram explicitadas pela equipe: “precisamos de clareza”, “a gestão não fala como vai ser”. Quando questionados sobre que clareza esperavam, rebatiam que era “a gestão do serviço que precisava dizer”.

Merhy aponta a produção do trabalho em saúde como resultado das ações de um conjunto de trabalhadores, de uma equipe, e do gerenciamento do cuidado versus a produção de intervenções mais restritas e presas às competências específicas de determinados trabalhadores (2002). Como pensar nos diferentes processos de trabalho, quando isso não é colocado para todos os profissionais? Aliás, o que os trabalhadores esperam do trabalho da gestão?

O trabalhador de saúde necessita assumir e incorporar seu papel de cuidador e ampliar a composição de sua caixa de ferramentas com as tecnologias leves, nos processos relacionais da clínica e da gestão, capacitando-se, assim, a atuar nas tecnologias leves, tecnologias de relação como vínculo, acolhimento, responsabilização, além de lidar com os processos gerenciais para operar a produção do cuidado, articulando as necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações, promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva (MATUMOTO ET AL. 2009 2013) .

É difícil cuidar quando não temos nossas ações claras, definidas. Esta intervenção, de certa forma, se orienta a partir da concepção de ‘mundo’ de quem cuida e como cuida. Neste sentido é preciso ter clareza de nossas atribuições como profissionais, para que possamos produzir novas ‘tecnologias de cuidado’ frente a demanda do usuário (MERHY, 1997).

Cuidar é um processo complexo, pois aponta para uma transformação nas relações sociais, sendo necessária uma permanente desconstrução dos entraves que permeiam todo o processo. Tal cuidado às vezes requer ser inventado a cada dia, com cada sujeito e nos diversos espaços de atenção à saúde.

Variadas inquietudes me acompanharam. Estar em um espaço entendido como casa causa uma embolação entre usuários e profissionais? Como lidar com usuários que apontam as rachaduras da equipe? Como criar recursos institucionais para lidar com essas questões?

É confuso compreender esses movimentos, porém quando consideramos os vários aspectos que permeiam o sujeito, ou seja, todas as dimensões de vida das pessoas, é viável tentar entender certas práticas. “Em muitas dessas situações as equipes de saúde, protagonizam a produção desse modelo fascista de atenção em saúde, prescritivo, previsível,

normatizador, no qual não há espaço para outras lógicas de produção de cuidado que não aquela centrada na unidirecionalidade e universalização dos diagnósticos” (Merhy, Feuerwerker e Cerqueira, 2010). Assim, é preciso aprofundar o entendimento do cuidado, trazendo para a cena a amplitude desse trabalho. Merhy & Franco (2003) definem o trabalho em saúde como relacional, pois depende do “trabalho vivo” em ato, ou seja, trabalho no momento em que este é produzido. Chamam a atenção para características das relações produzidas por este ato, descrevendo que “estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações intercessoras estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde” (2003, p.318).

As inquietações produziram encontros como produção de trabalho, pela via das afetações. Na filosofia de Espinosa, tudo na natureza participa de uma ordem comum de encontros e os seres podem ser definidos pelo seu poder de “afetar” e de serem “afetados” por outros seres.

Trata-se sempre de um encontro de corpos e, também, de idéias, que pode ser considerado bom ou mau. Um bom encontro é como um alimento, ou um ser amado, que se compõe com o nosso corpo e aumenta nossa potência de existir, de agir e pensar. Um mau encontro é, ao contrário, aquele em que um corpo, ou uma idéia, não se compõe com meu corpo e com minhas idéias, deixando-me, por isso, mais fraco. O mau encontro é como a ingestão de um veneno, ou a relação com um inimigo: ele decompõe parcial ou totalmente os elementos que nos constituem e diminui ou destrói nossa potência de existir, agir e pensar (YASUI, 2010).

Somos afetados, e precisamos nos deixar afetar. Penso que temos o desafio de reconhecer que o que nos leva a afetar-nos em certos encontros é ligado à relação que construímos e experienciamos, que também é balizada por quem somos. Por vezes, diferentes profissionais mencionaram que os encontros com outros serviços, usuários e trabalhadores produziram um novo modo de operar o trabalho no cotidiano. Contudo, todos os profissionais afirmaram exiguidade da supervisão clínico-institucional e os impactos na produção do cuidado pela falta deste dispositivo. Sendo assim, mesmo tendo em vista as afetações descritas, o trabalho não parou de acontecer sem a supervisão. Porém, sua ausência trazia ruídos na construção do trabalho e no cuidado ofertado aos usuários.

4 NOTAS SOBRE OS OLHARES FALANTES: O ENCONTRO E A EXPERIÊNCIA

(...) um subtexto se aloja. Instala-se uma agramaticalidade insana que empoema o sentido das palavras. Aflora uma linguagem de defloramentos, um inauguração de falas. (MANOEL DE BARROS)

As entrevistas ocorreram como procedimento cartográfico, com a perspectiva de acompanhar os processos de trabalho desta equipe, assim como de produzir intervenções e passagem para os acontecimentos do cotidiano. “A entrevista como procedimento privilegiado de acesso imediato à experiência em toda sua extensão” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013).

Foram realizadas na Unidade, utilizando gravadores e o diário cartográfico para registros, descrição e ordenação das vivências e narrativas. Profissionais entrevistados: cuidadores, técnicos de enfermagem, enfermeira, psicólogo e assistente social. Foram utilizadas (mas não necessariamente) algumas perguntas disparadoras: O que é uma Unidade de Acolhimento Adulto? Quais cuidados essa Unidade oferta? Como você entende as práticas de cuidado operadas neste local? Quais os desafios no cotidiano deste serviço? Quais as potencialidades deste dispositivo?

“A entrevista na cartografia não visa exclusivamente à informação, isto é, o conteúdo do dito, e sim o acesso à experiência em suas duas dimensões, de forma e de forças, de modo que a fala seja acompanhada como emergência na/ da experiência e não como representação” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013).

Diversas sensações me ocorreram durante as entrevistas. Já havia trabalhado com quase todos aqueles profissionais. Algumas se iniciaram com apresentação e outras da maneira como cada um escolhia. Eliana, ao iniciar nossa conversa, se apresenta: “Sou Eliana, agora sou cuidadora, mas comecei meu trabalho aqui na Unidade como cozinheira. Foi quando a equipe percebeu a minha potência para cuidar das pessoas, fui convidada para ser cuidadora, aí sim! Descobri meu verdadeiro dom na vida, cuidar de pessoas. E é isso que eu faço aqui, cuido! Sou CUIDADORA!”. Eliana me olhou e sorriu com os olhos cobertos de lágrimas.

Lembro-me do dia em que Eliana foi convidada para mudar de função. Já exercia o ato de cuidar e proporcionava os melhores convites para o habitar na cozinha, o cuidado mais vivo que conheci. Em outro momento, sou impactada com Luciana, que me contou: “Amo trabalhar nesse lugar, aqui aprendi muitas coisas sobre o olhar para essas pessoas. Dei muito duro na vida, já passei por tudo. Ainda não posso me aposentar, tenho dois filhos pra cuidar e eles só têm a mim e eu tenho o meu trabalho na saúde mental, na UAA, na Unidade de

Acolhimento Adulto”. Luciana chorava e dizia estar feliz, e na sequência já queria dizer do trabalho na UAA. A experiência do trabalho é cercada pela experiência da vida:

(...) A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece (...) Nunca se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara (LAROSSA, 2002, p.2).

Um encontro, especificamente, me marcou: Lucimar é técnica de enfermagem na unidade desde sua implementação, sempre tem um sorriso no rosto, é muito acolhedora e de uma sensibilidade que falta palavras. Quando a convidei para uma conversa, prontamente aceitou. Me chama de “Hildinha Furacão” e conta que não é por causa da novela da Globo, Hilda Furacão, mas que, quando me olha, tem a lembrança de um furacão dançante, que nunca para e sempre se movimenta. Rimos durante um longo tempo, ela me abraçou e foi só emoção.

Durante nossa conversa, diz: “Trabalho aqui há três anos e sete meses, conto os dias todinhos. Talvez nem eu mesma saiba o que esse lugar me possibilitou, foram tantas situações inesperadas, não fazia idéia do que era a saúde mental quando eu vim trabalhar na UAA. Não tinha nenhuma noção do que era, e agora me deparo com a importância desse dispositivo na vida dos usuários, e é incrível”.

“Para isso, o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas. Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas” (ROLNIK,2007). Rolnik aponta que “a linguagem, para o cartógrafo, não é um veículo de mensagens-e-salvação. Ela é, em si mesma, criação de mundos. Tapete voador...Veículo que promove a transcrição para novos mundos; novas formas de história” (2007).

A aposta foi produzir-me pesquisadora, imersa em um território por algumas vezes conhecido, por outras nem tanto, do ponto de vista das produções de cuidado. Por isso, cabe dizer que este estudo não pretende dizer como uma Unidade de Acolhimento deve funcionar, ele diz de um funcionar específico a respeito desta Unidade, que inclusive hoje pode estar muito diferente do que registrei.

Durante as entrevistas, me peguei por diversas vezes sorrindo e chorando. Tinha algo registrado no meu corpo e no daquelas pessoas durante esse processo, era como combustão.

Existia uma certa expectativa dos profissionais (e, claro, também minha) sobre poder dizer de um serviço de certa forma não muito falado pela Rede de Saúde.

Olga, que tem a fama de ser muito séria no trabalho e pouco afetuosa com as pessoas, é muito querida por mim. No começo da entrevista, depois de se apresentar, deu um sorriso de canto de boca, dizendo: “Só você pra me fazer falar, estou tão cansada desse trabalho, querem transformar isso aqui em tudo, mesmo em uma UAA, mas quando falo sinto que não sou ouvida, dizem que estou sendo muito dura, talvez seja... não sei! Sei que precisamos pensar mais no nosso funcionamento, fico triste, é como se remasse contra a maré”. Respira fundo, fecha os olhos por um tempo, respira novamente, como se conversasse consigo mesma. Olho para Olga e pergunto se quer continuar, ela me olha e afirma: “sim! Às vezes penso em desistir desse trabalho, mas ainda não, estou aqui e tenho muito o que dizer. Foi a entrevista com maior duração, uma hora e meia. Ao ouvi-la fui me conectando com as minhas experiências de trabalhadora, fazendo esse resgate, e me questioneei: Por que mesmo deixei de trabalhar neste lugar? E por que insisto em dizer sobre ele? A fala de Olga ecoou. Remeteu a minha despedida e à frase que consegui dizer ao sair desse trabalho: Preciso dizer dessa experiência e investir nesse dispositivo de outro jeito...

A conversa com Marco teve o tom de descontração, gargalhada pra cá, gargalhada pra lá. Antes de convidá-lo cantarolava a música que deu nome à Unidade, mas frisou uma parte: “...do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo”. Em seguida: “Continuo aqui, sempre com a possibilidade de que existe algo a se construir, o novo para acontecer”. Para Espinosa (2005) ninguém pode determinar “o que pode o corpo”. Pois ninguém sabe o que pode um homem em seus encontros. Este pensamento contribui para a crença no homem e em sua capacidade de construir um modo de existir que é o melhor possível naquele momento existencial:

Os seres vivos são afetados constantemente, e estas *afecções* do corpo devem ser entendidas como "aquelas nas quais a potência de agir de um corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou entravada" (ESPINOSA, 2005, p. 276).

4.1 “Sopro de Vida”: Operadores do cuidado

As Unidades de Acolhimento (UA) foram concebidas a partir da necessidade de ampliação de recursos territoriais e comunitários. Nesse sentido, “se configuram como

residências e podem ser categorizadas em duas modalidades: Adulto e Infantojuvenil” (BRASIL, 2016). Para Marco, que atua na Unidade desde sua implementação, a Unidade de Acolhimento é:

Espaço de moradia temporária, espaço de convivência, de estar junto, que serve também de apoio pra acessar outras redes, de acesso às políticas públicas, de acesso os meios culturais, acessar a cidade. (M, 2019)

Neste contexto, Merhy e Cerqueira conceituam acesso como operador do cuidado. “A acessibilidade não como algo físico, produtor de fluxos e protocolos burocratizados e sim como um operador do cuidado a ser produzido ou não no encontro entre aquele que cuida e aquele que é cuidado” (2014).

O acesso traduz a aposta e a produção de novos sentidos no viver. Construir arranjos que possibilitem acessos em diferentes pontos da vida é uma das direções de trabalho descrita por diferentes profissionais, não restritos apenas aos serviços de saúde: “Cabe ressaltar que novas redes de cuidado se constroem, para fora do próprio sistema de saúde” (MERHY & CERQUEIRA, 2014).

Quando pensamos nos serviços de saúde, o acesso ultrapassa a concepção simplória de porta de entrada, configurando-se como dispositivo transformador da realidade (JESUS; ASSIS, 2010). Para Donabedian (1973), acessibilidade significa ingresso no sistema de saúde e comporta duas dimensões: a primeira delas refere-se à disponibilidade sócio-organizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços. A outra diz respeito à dimensão geográfica, que favorece ou dificulta o uso de serviços.

Dessa forma, o acesso traduz a forma como o usuário experimenta o serviço, isto é, “compreende o uso apropriado dos serviços de saúde com vistas a alcançar as melhores consequências possíveis” (STARFIELD, 2002). De tal modo, prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno que traz consigo, além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes em seu processo de saúde e doença (MERHY, 2003).

Para Olga, a UAA “tem a função de acolher usuários já acompanhados pelos CAPSad, usuários de uso abusivo de álcool e outras drogas que apresentam alguma vulnerabilidade e que precisam de um suporte para organizar pontos importantes da vida, incluindo articulações com serviços, família, território e outras prioridades ditas pelo usuário”.

O acesso à rede de serviços é uma dimensão da continuidade do cuidado e, para tanto, requer a existência de uma rede articulada e integrada de serviços para a viabilização de um

trabalho coordenado e que envolva as múltiplas dimensões da vida e do cotidiano, como moradia, trabalho e lazer (HAGGERY et al., 2003). Dessa forma, “interrogar-se sobre o trabalho da equipe em relação às suas formas de acolhimento e de cuidado, para uma forma substitutiva de atenção antimanicomial, é um imperativo ético e técnico na consolidação da atual política de saúde mental no Brasil” (CERQUEIRA; MERHY, 2014).

“As articulações em nível setorial para a área da saúde mental são fundamentais, já que não basta somente o oferecimento de dispositivos ligados à saúde, mas, também, de setores de cultura, lazer, de moradia, que possibilitem maior circulação dos sujeitos em sofrimento psíquico no espaço da cidade, promovendo a reinserção social e o resgate da autonomia” (NASI et al, 2008).

Entretanto, nem sempre os serviços de modo geral produzem acessos. Existe toda uma discussão da equipe da Unidade sobre o “perfil” de usuário a receber, certos regimes de verdade quanto qual tipo de usuário se beneficiará da UAA. Sendo assim, também é um dispositivo que produz barreira.

Essa produção de barreira frequentemente é vista nas situações dos ditos casos difíceis, nos quais se associa ao intenso sofrimento psíquico algum distúrbio de comportamento. Nesses casos é comum haver uma trans-institucionalização dos pacientes cujo destino final é um nomadismo sem produção de vínculo em qualquer lugar de cuidado. (CERQUEIRA, 2009)

A produção de cuidado, inclui a potência das redes vivas e dos fluxos que convocam os sujeitos; espaços que acolham e relações que vinculem profissional, usuário, equipe; o protagonismo como potência para romper as barreiras; dispositivos da gestão e do serviço que acionem coletivos dando passagens para os aprendizados com o mundo do trabalho, considerando que todos somos experimentadores e sabidos. (CERQUEIRA e MERHY, 2014).

Assim, tomamos as redes de cuidado produzidas por usuários e trabalhadores como ferramenta para pensar como essas articulações são colocadas, visto que essa clientela tem, historicamente, dificuldades em acessar os serviços de saúde pelos mais diversos motivos, inclusive pelo preconceito. Delimitar quem pode ser acolhido neste dispositivo, por representações sociais de quem responde melhor à “reabilitação” não é um jeito de produzir barreira em vez de acesso?

Indagar como a Unidade de Acolhimento Adulto vem operando sua função é reconhecer suas múltiplas atribuições. Por vezes a equipe questiona o paradoxo: Serviço? Casa? Moradia? Acolhimento? É possível trabalhar o eixo do habitar, que tem tantas variáveis? Na portaria, a única descrição é: “o acolhimento deve necessariamente respeitar o processo de

cada usuário, mas também é importante estar atento ao tempo de permanência, tendo como parâmetro o limite de seis meses” (BRASIL, 2013).

Pensar no limite de tempo é também produzir barreira? Existem diferentes discussões sobre como o usuário de droga se relaciona com o tempo, segundo o estudo dos autores Leal, Serpa Júnior, e Muñoz (2019): “A alteração do tempo vivido atravessa a experiência subjetiva de quem faz uso problemático de substâncias psicoativas para além dos efeitos momentâneos de seu uso. A mudança da experiência da temporalidade é solo comum, estrutura e base para as demais alterações. A temporalidade da vida, reduzida ao instante presente amplificado, aprisiona o sujeito num tempo em que passado e futuro estão esmaecidos ou mesmo banidos. O presente, tornado mera coleção de instantes, deixa de ser vivido como fluxo da vida”.

Pensando na relação desses usuários com o tempo, como ofertar um tempo de acolhimento “ideal”, levando em consideração tantos outros fatores? Por isso é fundamental a construção de projeto terapêutico junto com o usuário e não pelo usuário. A experiência de trabalhar com o reconhecimento do outro, entendendo o usuário como portador e formulador de saberes diversos.

Luciana, quando questiono sobre as diferentes funções da Unidade de acolhimento: “Temos a possibilidade de realizar um acompanhamento dos usuários no território muito potente, através desse acompanhamento trabalhamos a ampliação de acesso” Para Lancetti (2006), no campo do cuidado em saúde mental, o usuário é um nômade pelas redes de cuidado e um forte protagonista de sua produção. Esses territórios, em que transitam os usuários, muitas vezes, são imperceptíveis para as equipes de saúde pelas múltiplas conexões que estes constroem pela vida (MERHY et al., 2014).

Frequentemente é possível observar que os usuários constroem suas próprias redes em diferentes territórios de conexões. Esses agenciamentos, muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, são produzidos em uma rede não linear que não fica capturada em um território e espaço únicos. Como um nômade, produz e protagoniza de maneira singular os acontecimentos em seu processo de cuidado (MERHY, 2011).

Eliana rapidamente me diz o que pensa sobre a UAA: “É lugar onde a gente pode dar um sopro vida para esses sujeitos”. Na sequência outra profissional aproveita e indaga: “Lugar onde você recebe as pessoas que estão mais necessitadas, em vulnerabilidade social, que não têm uma perspectiva de vida e que estejam precisando de cuidados, de afeto, de amor. Que já perderam o laço com os familiares, são pessoas tão sofridas, discriminadas pela sociedade, pelo preconceito racial, preconceito pelas drogas, preconceito...”.

As vivências descritas por essa equipe apontam que uma das principais funções da UAA, e o que mais parece fazer sentido, é que esse dispositivo surge como um lugar de acesso, com a proposta de se trabalhar outras redes, não só as redes de saúde. É levar em consideração as singularidades de cada usuário, da aposta em estar no território, de ofertar conexões em prol da vida. Entretanto, podemos trabalhar acesso como uma das formas de produção de cuidado. De que cuidado podemos falar ao dizer de uma Unidade de Acolhimento Adulto?

4.2 “Aqui a gente cuida, começando por um bom dia”: Produzindo vida pelo ato de cuidar.

Vanessa, durante nossa conversa, diz: “Quando a pessoa está debilitada e vem pra cá, podemos oferecer o cuidado de agenciar com a Clínica da Família e com o Consultório na Rua, que é importante. A maioria deles não cuida da saúde. Podemos também cuidar da retirada dos documentos. Alguns não têm documentos, e uma pessoa sem documento não tem nada”.

O agenciamento do cuidado como uma direção nesse dispositivo passa pela chegada de um usuário para acolhimento e pode estar entrelaçada com a necessidade de um cuidado com o corpo por maior tempo. A equipe menciona alguns casos, como, por exemplo: um usuário com diagnóstico de tuberculose, que não apresenta possibilidade de contaminação para outros usuários, mas que precisava de cuidados além dos disponibilizados pelo acolhimento noturno do CAPSad, sendo fundamental o acolhimento em um dispositivo que garanta maior tempo de acolhimento e intensividade no cuidado junto ao CAPS.

“São muitos os casos de usuários da saúde mental que, ao se verem com um problema clínico de outra ordem que não a mental, têm que enfrentar barreiras de seu acesso aos cuidados de uma forma muito peculiar” (MERHY, 2011). Sobre o cuidado no cotidiano, Marco afirma: “É um cuidado mais amplo, e como a UAA é um ponto de apoio, potencializar o cuidado de quem está acolhido pode ser pelo cuidado fisiologicamente corporal, mas que está relacionado ao cuidado de viver/cuidado de conviver, de poder pensar a convivência e o estar aqui como uma prática de cuidado, de cuidado existencial, de cuidado com a vida”.

Cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro. Para Boff: “O espírito se humaniza e o corpo se vivifica quando são moldados pelo cuidado. Caso contrário, o espírito se perde nas abstrações e o corpo se confunde com a matéria informe. O cuidado faz com que o espírito dê forma a um corpo concreto, dentro do

tempo, aberto à história e dimensionado para a utopia” (2002, p.190).

Sendo assim, o cuidado pode ser afirmado como uma atitude perante o outro, de atenção, responsabilização e envolvimento. “Para olhar e ouvir é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença” (YASUI, 2010).

Poder apostar em outras formas de cuidar tem sido uma fabricação neste dispositivo, lugar de invenção. No decorrer da imersão, ao ouvir os profissionais, ficou ainda mais evidente que o cuidado pode e deve ser de maneira ampla. Uma das apostas segundo Ana: “É que na UAA a gente trabalha muito a questão da cultura e do lazer como ferramentas de cuidado”.

A produção de cuidado é uma via de mão dupla, onde o cuidado é mútuo, há uma corresponsabilização do usuário, onde o mesmo é feito autônomo para ajudar a resolver suas questões. Essa escuta especializada e ativa constitui o que chamamos de tecnologias leves do cuidado, as quais nada mais são que o encontro, a produção de saúde através do encontro e das relações ali existentes. “Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves.” (MERHY; FEUERWERKER, 2008). Para a efetivação do ato de produzir cuidado, dois pontos são importantes: o trabalho vivo em ato e o trabalho morto, que sem perceber usa-se cotidianamente e automaticamente, a fim de realizar cuidado. O trabalho vivo em ato trata-se do encontro e das relações produzidas a partir dali.

Segundo Feuerwerker, o trabalho morto é constituído através de materialidades duras que são consumidas dentro do momento do trabalho vivo, uma espécie de caixa de ferramentas. Merhy diz: “No processo de construção do cuidado em saúde alguns aspectos são levados em consideração para o arranjo efetivo dessa produção, pontos importantes como demanda, que diz respeito ao que o usuário procura e a relação disso com o que é oferecido pelos profissionais” (2008).

Uma das profissionais da Unidade me afirma: “Nem sempre cuidar é fácil, as vezes é muito difícil, ver que você fez o melhor e o usuário responde rompendo com a unidade, ou não cumprindo com os combinados, e às vezes você sabe que ele não tem condição de escolher naquele momento”. O ato cuidador adquire a possibilidade de se agenciar processos de ganhos de autonomia, a partir de suas características de composição intrínseca, e no qual identifico a presença tensa da relação tutelar e liberadora, comprometidas com agires de um sujeito sobre o outro, de modo comprometido e “amarrado” por este outro que busca uma tutela, do ato cuidador (MERHY, 1998)

Merhy aborda tal questão trazendo o conceito de autopoiese. Baseado neste conceito,

ele fala em autonomia, lugar do sujeito, cuidado sem tutela. Ele toma esse conceito “emprestado” da biologia. Nesta última, ele significa produção de vida:

Essa imagem de autopoietico, pego emprestado da biologia, que a utiliza para falar do movimento de uma ameba, porque expressa e significa uma situação de que o caminhar de um ser vivo é imediatamente produzir vida, para manter-se como ameba. Ou seja, um movimento que tem que construir o sentido de um viver, senão a sua característica de ser vivo se extinguiria. Assim, tem a força de representar o movimento da vida que produz vida. A autopoiese, portanto, é isso, um movimento da vida produzindo vida (MERHY, 2007).

Emersom Merhy aponta que em todo cuidado há uma dimensão tutelar. Todavia, é preciso ter cuidado com o cuidado, uma vez que a tutela pode, ao mesmo tempo, aprisionar o sujeito ou ajudá-lo para ter maior autonomia no seu caminhar na vida, já que “o mesmo lugar, ocupado pela interdição, é também espaço de encontro autopoietico (MERHY, 2007, P. 28). Refletir sobre autonomia e tutela é fundamental para pensarmos que tipo de cuidado promovemos e se estamos atentos a esses movimentos de tamanha tensão e proximidade; é possível produzir tutela pela ato de cuidar de maneira a ampliar sua autonomia. ”Tornar os nossos estabelecimentos de saúde lugares de tutelas que produzam cidadania é um compromisso ético-político dos nossos agires tecnológicos”. (MERHY, 1998).

Cabe dizer que em alguns casos mediar a autonomia do sujeito é inclusive um pedido do próprio usuário. “A autonomia mediada significa incentivar os sujeitos a empoderar-se da sua vida, desde as pequenas escolhas até o projeto de vida mais elaborado. É um processo complexo porque envolve a reabilitação psicossocial, ou seja, construir novas habilidades e identidades para a vida em sociedade” (SARACENO, 2011)

Estar atento aos processos de ampliação de autonomia é também levar em consideração suas escolhas sobre os diferentes modos de ser cuidado. Segundo Elisângela: “Com o tempo fomos entendendo que a UAA é lugar de cuidado tanto de dentro, quanto para fora, e tem muitos sujeitos que sempre viveram na rua, e a rua também precisa ser cena de cuidado”.

Dizer que existe cuidado fora dos espaços ditos como espaços de saúde é reconhecer as múltiplas maneiras de produções, já que os lugares fora da rede instituída também são agenciadores, produtores de fluxos e conexões, como nos trazem Cerqueira e Merhy (2014). Um acontecimento, uma dobra, pela produção do encontro das diferenças, pela conexão de mundos, produzindo deslocamentos (TALLEMBERG, 2015).

A potência das redes vivas e de fluxos que convocam os sujeitos; espaços que acolham e relações que vinculem profissional, usuário, equipe; o protagonismo como potência para romper as barreiras; dispositivos da gestão e do serviço que

acionem coletivos dando passagens para os aprendizados com o mundo do trabalho, considerando que todos somos experimentadores e sabidos. (CERQUEIRA e MERHY, 2014)

A produção de autonomia vai muito além de “respeitar” as escolhas dos usuários. Trabalhar na ampliação deste processo é produzir outras fontes de conexão, de redes, de territórios. É o cuidado vivo em ato. Cuidar pode começar com um bom dia e com uma multitude de possibilidades.

Assim, observamos que a passagem de um regime tutelar para outra forma de cuidado que proponha a produção de práticas de liberdade constitui um processo cheio de atravessamentos, de modo que mesmo nos serviços substitutivos sobrevivem condutas e posicionamentos que, apesar de não terem uma estrutura manicomial, revelam idéias manicomiais que ainda circulam e se fazem presentes nos serviços de saúde mental e se atualizam "em práticas/discursos de exacerbada medicalização, de interpretações violentas, de posturas rígidas e despóticas" (BAPTISTA, 2005).

4.3 “É fácil se embolar com os usuários, com as intervenções, com os afetos e contra-afetos” :Atravessamentos no cotidiano

Amanda, ao ser questionada quanto ao trabalho no cotidiano: “Acho que a gente tem uma relação que é muito mais próxima dos usuários, mas que também precisa ter algum distanciamento. Acho que a gente vai fazendo algumas intervenções no dia a dia, por exemplo no almoço. Acho que isso é muito rico na UAA, perceber o detalhe, como é que os usuários acordam, como eles ficam quando voltam do CAPS”.

A palavra *detalhe*, já mencionada em outros momentos, produz uma questão: será o detalhe operador das práticas de cuidado da UAA? Lembrei-me do poeta Manoel de Barros: “Passava os dias ali, quieto, no meio das coisas miúdas. E me encantei”.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para além do processo saúde-doença, como um processo de produção de vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde (MERHY, FEUERWERKER, CERQUEIRA, 2010).

Uma das peculiaridades do trabalho em uma Unidade de Acolhimento é a participação diária na vida dos usuários, onde há a possibilidade de conhecer sua história, seus diferentes

modos de viver, diferenciando-se do que conseguimos recolher em alguns dispositivos de cuidado em saúde.

Para Samanta: “A UAA serve para um acolhimento de maior data, dependendo de cada caso, porque o acolhimento no CAPSad é menor, e por a UAA ser uma casa, é possível construir outras possibilidades. Inclusive eu acho que o vínculo é maior, por que a gente tá mais de perto, no cotidiano deles”. De que cotidianos estamos falando? No dicionário⁴ a palavra cotidiano significa: “De todos os dias; que acontece diariamente = DIÁRIO”. Discutir o que realmente é o cotidiano de uma UAA não é algo de forma concreta, há muitas maneiras de dizer sobre isso, desde os aspectos de uma certa rotina, até as sutilezas, já atribuídas por essa equipe como detalhe. Dizer dos detalhes desse convívio é trazer à tona a delicadeza do olhar para o outro. Ana, durante nossa conversa, lembrando de uma paciente: “tinha dias que ele não queria falar com ninguém, nada fazia ele sair do sofá, durante algum tempo achamos que isso era preguiça... ah, quer ficar deitado o dia todo, só depois me dei conta que isso mudava, tinha dois dias específicos que Luiz ficava deitado, quarta e sexta”. Me conta que ficou intrigada com esse comportamento e resolveu perguntar o que acontecia esses dias. Luiz respondeu: “quando era casado, e ainda podia ver meus filhos, ficávamos sempre à noite deitados na quarta, era dia de jogo. Na sexta, sempre queria ficar em casa, sabia que quando saísse para trabalhar, não voltaria mais por todo final de semana, pegava o dinheiro que recebia e virava o final de semana, bebendo e cheirando. Agora estou aqui, sem a minha família, mas indo ao CAPS sempre, não me peça para sair do sofá na sexta, por favor!”. Ana, indagou:” Esse dia foi muito difícil, porque me dei conta que não percebia o sofrimento dele.

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. “Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida)” (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Hesitações acerca do trabalho apareciam. Uma constante era a “formação”: a maior parte da equipe é de cuidadores e técnicos de enfermagem; por isso, haveria uma falta de “formação específica”. Segundo Ana: “A maioria dos profissionais não necessariamente tem formação para estar neste espaço de cuidado, com usuário de álcool e outras drogas, com todo estigma que eles carregam. Isso interfere no trabalho”.

Será que o não saber dito como específico é também o que possibilita esse dispositivo a operar o cuidado de outra maneira? Atentando-se aos detalhes? “Desta maneira, produzir atos

⁴ COTIDIANO. In: DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa 2018. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/di%C3%A1rio>

de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos e sabedoria adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários” (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Outro ponto de tensionamento é quanto à reprodução das lógicas manicomiais. Aliás, nenhum serviço substitutivo, só por se configurar desta maneira, está excluído de operar a lógica manicomial no seu cotidiano. Segundo Mariana, “é preciso atenção em não reproduzir uma lógica manicomial, principalmente quanto à tutela e à autonomia. Todas essas práticas da UAA envolvem a necessidade de uma autoanálise de si e uma autoanálise institucional, pois são questões que atravessam os corpos dos trabalhadores. E não só o meu, enquanto um, mas em um coletivo”.

Observamos que a passagem de um regime tutelar para outra forma de cuidado que proponha a produção de práticas de liberdade constitui um processo cheio de atravessamentos, de modo que mesmo nos serviços substitutivos essas condutas e posicionamentos se perpetuam. Não é somente a estrutura física que possibilita novas ações. Diante da complexidade do processo de desinstitucionalização e das problemáticas em torno dele, é preciso considerar a existência de uma lógica manicomial que atravessa as mais diferentes realidades no campo da saúde mental, dizendo respeito ao caráter asilar, segregante e tutelar dos processos de subjetivação na contemporaneidade, para além desse campo específico de interesse. Esta lógica manicomial parece estar presente nos diferentes espaços e tempos, configurando diferentes formas de controle da vida que superam as formas disciplinares de aprisionamento dos corpos (FOUCAULT, 1984)

Para realizar a análise da lógica manicomial em diferentes campos, as contribuições de Michel Foucault sobre o biopoder e as de Gilles Deleuze e Félix Guattari sobre a chamada sociedade de controle e os processos de subjetivação na contemporaneidade capitalista revelam-se potentes na produção de reflexões.

A noção de biopoder no sentido do "poder sobre a vida" (PELBART, 2003) pontua a gestão da vida incidindo já não mais sobre os indivíduos (como no sistema disciplinar), mas sobre a população que passa a ser controlada, regulada em seus processos orgânicos (tais como a reprodução, a natalidade, a mortalidade e o nível de saúde). Assim, de acordo com Foucault, sobre a disciplina e o controle dos corpos dos indivíduos e seus desejos nas fábricas,

prisões e manicômios, o poder de regulação da vida administra o homem enquanto espécie viva nas cidades, na população, nas diversas instituições. Há, com a "derrubada dos muros" no sentido físico, uma diluição dos "muros" e o transbordamento da lógica de poder para outros setores da vida, fazendo-nos "prisioneiros a céu aberto" (PELBART, 2003). Nessa perspectiva Deleuze (1992) sugere que os poderes sobre a vida encontram-se diluídos na "sociedade de controle" através do cruzamento entre a norma da disciplina e a norma da regulamentação.

Os controles implícitos da vida nos atravessam de modo insistente na "sociedade de controle" que dizem a respeito da relação humana com o tempo e o espaço de existência. Diante dessas considerações, a Unidade de Acolhimento adulto é um dispositivo fundamentalmente problematizador da atenção em saúde mental, pois nos exige a constante reflexão sobre as práticas e saberes em jogo no processo de cuidado a essa clientela, ainda em construção nesse serviço, sob pena de cairmos nas armadilhas da lógica manicomial, da "prisão a céu aberto" (PELBART, 2003).

É sempre um desafio a reflexão sobre a possível reprodução das instituições manicomiais nos novos serviços de saúde. Pertencer à rede substitutiva não exclui a possibilidade de produzir lógica manicomial. Entretanto, pode ser produtor de encontros, liberdade e vida. Quando falamos sobre um dispositivo que oferta como possibilidade de "tratamento" o habitar, é necessária uma atenção às reproduções do cotidiano.

Sarlo aponta: "Habitar não é estar passivamente em um lugar, habitar pressupõe criar sentidos, criar relações, desdobramentos e aprofundamentos na espacialidade onde se inscreve um homem. Habitar é uma experiência de amorosidade, de afetividade, é um processo de imaginação. O ato de habitar não se resume somente à casa como objeto de construção" (2014, p. 147).

Trabalhar o habitar dentro do campo da saúde mental é um exercer atento ao encontro com o usuário, visto que o campo da saúde mental é permeado por conflitos e contradições, evidenciados em transformações importantes na vida das pessoas que vivenciam sofrimentos psíquicos (seus familiares e muitas vezes a comunidade em que o usuário está inserido). Na medida em que o processo de reabilitação psicossocial requer, fundamentalmente, uma mudança da relação social com o fenômeno da loucura, a comunidade pode ser compreendida também como um espaço privilegiado para a produção de novos sentidos para a vida. A compreensão dessa forma de (re)apropriar ou viver articulado a uma rede social é fundamental, pois se trata de uma tentativa de compreender como as pessoas que vivenciam

uma condição de sofrimento psíquico ressignificam sua forma de viver e existir em sua comunidade de origem, por meio da "produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização dos espaços coletivos de convivência dispersa" (ROTELLI, 1990, p. 30).

Trazer o território como um dos principais instrumentos deste dispositivo é um desvio dentro dos impasses referentes às “institucionalizações”, problemática que pode ser estendida para qualquer tipo de serviço substitutivo da rede de saúde mental. Se por um lado esta institucionalidade é necessária à legitimidade destes serviços na rede de saúde, por outro, corre-se o risco de que ela se transforme em institucionalização crônica e cronificada, reproduzindo o manicômio do qual quer escapar (BARROS, 2003).

Assim sendo, a concepção de território é fundamental na construção deste dispositivo. O território é uma "força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam" (AMARANTE, 1994) . O trabalho no território é um modelo de invenção sobre o cuidar mental.

Vânia, durante a reunião de equipe, a respeito de um caso, pergunta: “Se ele diz que o território dele não é esse e que faz coisas na zona oeste, porque não podemos acompanhá-lo lá? Ele pediu! Disse que retornar lá, com a ajuda de algum profissional, e resgatar sua história que ficou dividida entre o Mauro cabeleireiro e o Mauro cheirador. Na sequência, quando questionada o que respondeu para o usuário, conta: “perguntei se isso seria importante para a continuidade do tratamento”, e ele respondeu: “sim”. Empolgada, mesmo com a equipe dizendo que ir até a zona oeste não era uma possibilidade, ela responde: ”É por isso que trabalhamos em parceria com o CAPS, vou convidar as referências do caso para uma conversa”.

Nesta proposta, os encontros devem ser atravessados pelas práticas de cuidado promovidas pelos serviços substitutivos, mas também por outras estratégias, que possam vir a ser desenvolvidas na cidade, nos espaços micropolíticos de vida, como extensão. “Aqui lembramos o acompanhamento terapêutico como estratégia e a potência deste encontro com a cidade, possibilitando uma clínica em movimento" (PALOMBINI, 2004).

Resgatar histórias e possibilitar outros desvios são recriações de si mesmo. Trata-se de uma parte importante do trabalho executado no território. Quando afirmamos o habitar como estratégia de atenção nesse dispositivo não é possível operar isso fora do território de existência do usuário, lugar que envolve diversos fatores – condições sociais, econômicas, sanitárias, culturais – mas também, colada e misturada a eles, há sempre essa dimensão

processual. Entendendo território como uma dimensão viva do sujeito, Guattari afirma que no território existencial “uma instância expressiva se funda sobre uma relação matéria-forma, que extrai formas complexas a partir de uma matéria caótica. A expressividade do território, que é anterior a formação de seus personagens, dá forma e consistência a uma matéria informe e heterogênea – matéria que podemos entender como um plano relacional” (p. 44, 1992).

Isso quer dizer que o território existe efetivamente em um espaço relacional, que é uma dimensão importante das relações, onde não se pode definir um sujeito isolado do outro, um objeto isolado do outro. Olhar para o cuidado dessa população é envolver o território como lugar de potência, é onde muitas vezes “aparece outra pessoa”, diferente de quando permanece nos serviços. Incluir isso na dinâmica do cuidar é permitir que usuário seja protagonista e amplie suas “redes vivas” (MERHY et al.).

4.4 E os enfrentamentos? “Temos muito ainda a apresentar sobre a UAA”

Este trabalho não pretende mensurar os desafios e as potencialidades desse dispositivo, mas publicizá-los. Colocar esse dispositivo em evidência parte do meu desejo por investir e insistir no cuidado operado por este serviço. Ao longo de minha trajetória, sempre questioneei o que faço no campo AD. É o encontro com cada usuário que me proporciona maneiras de acreditar e resistir neste processo.

Trabalhar em uma Unidade de Acolhimento Adulto, com usuários tão graves (histórico de diversas internações psiquiátricas ou em instituições religiosas, em uso abusivo de drogas, com passagem pela justiça, em situação de vulnerabilidade, em risco no território, comprometidos fisicamente por diferentes tipos de doenças...) ouvindo de muitas equipes que “A tentativa é que agora ele fique na UAA”, e “Se ele não for para a UAA, vai morrer” era uma maneira de repensar o fazer. Neste dispositivo aprendi a lançar mão de um cuidado, feito do acaso, pelo encontro, com o corpo, com o outro. Não se tratava mais só do que aprendi na graduação e na residência, mas sim do plano de imersão na experiência. Por isso a necessidade de ecoar.

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da vulnerabilidade/redução dos fatores de risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente em inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais

disponíveis (BRASIL, 2003).

O vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência de álcool ou de outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados “Comunidades Terapêuticas”. Estes serviços multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles. Uma determinação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) o estabeleceu um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários (BRASIL, 2003).

Embora as CTs ganhem terreno em função da escassez de políticas públicas, ou de sua pouca efetividade (COSTA, 2014), sua presença no cenário brasileiro é anterior à formulação da política pública específica para o uso abusivo de álcool e outras drogas. Somam-se: a ausência de estratégias efetivas que deem conta do problema crescente das drogas; a inexistência de diretrizes e de fiscalização contínua das escassas iniciativas, assim como, uma concepção muito presente no senso comum a favor da internação (ARAÚJO, 2003).

A proposta das CTs é que os indivíduos se mantenham em um ambiente residencial 24 horas por dia, segregados da sociedade, o que provoca uma ruptura com os papéis anteriormente exercidos: "uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada" (DAMAS, 2013). As instituições totais não permitem qualquer contato entre o indivíduo internado e o mundo externo, a fim de que o sujeito internalize totalmente as regras e as normas institucionais e incorpore-as ao seu processo de aprendizagem (GOFFMAN, 2001), enquanto afirmam que seu objetivo é reabilitar e recuperar os sujeitos para a vida em sociedade (FRACASSO, 2011).

Esse tipo de serviço tem uma lógica repressora, moral e que afirma a idéia da abstinência, pois o que está colocado é a renúncia de si. Foucault (2004) fala sobre a “renúncia de si” como um dispositivo proposto pelo Cristianismo, que se caracteriza como uma nova concepção de subjetividade e de experiência ética. A renúncia de si concerne a uma direção de consciência voltada para a salvação, que está calcada na obediência e na abdicação completa da vontade, de maneira que "não haja outra vontade senão a de não ter vontade" (FOUCAULT, 2004, p. 181).

Segundo um estudo publicado em 2014 sobre Comunidades terapêuticas, existiam então no Brasil 5.496 vagas em 252 CTs e, até o final daquele ano, a proposta era chegar a 10.000 vagas. No entanto, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, como afirma

Kurlander (2014), existiriam entre 2.000 e 503.000 CTs no país, atendendo a 60.000 pessoas por ano. Já Silva e Damas (2013), seguindo dados do Ministério da Saúde, afirmam que há 2.500 CTs que atendem 80% dos dependentes de drogas. O desencontro de informações sugere que há diversas entidades funcionando sem nenhum tipo de registro, o que traz desafios relacionados à fiscalização do cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento”. (RIBEIRO, MINAYO et. al, 2015)

Enquanto isso, segundo publicação do Ministério da Saúde em 2017, existem 35 Unidades de Acolhimentos Adulto habilitadas no Brasil (BRASIL, 2017), número muito inferior ao necessário. No município do Rio de Janeiro, contamos com apenas duas.

Em diferentes momentos, tanto como trabalhadora quanto como pesquisadora, ouvi pessoas dizendo: “a Unidade de Acolhimento Adulto é o serviço que pode fazer frente às comunidades terapêuticas”. É de fato o que acredito, contudo é fundamental assinalar essas diferenças. Alceu, profissional da UAA, afirma: “Fico pensando de como a gente é importante nesse cenário todo, antes do avanço das Comunidades Terapêuticas, e como a gente precisa dar voz a isso. Às vezes o cara diminuir o uso da droga, mudar a droga, ou conseguir tá na rua sem se colocar em risco, faz parte do nosso trabalho. E fazer frente às Comunidades Terapêuticas é sustentar os princípios do SUS”.

Além de trabalhar articulada com a Rede de Atenção Psicossocial, a UAA é um dispositivo que trabalha a partir do território, possibilitando acesso à cidade e participando ativamente da construção de cidadania para essas pessoas, apostando em que não existe um reabilitar para a vida social que precisa ser feito pela exclusão. O reabilitar só é possível em meio à vida na cidade, e não em instituições fechadas. É com o usuário que se constrói o tratamento, diferente do tratamento como isolamento social ofertado pelas CTs, sem falar nas práticas de violência apontadas por outros estudos. Apesar de funcionamentos distintos, as CTs encontram-se na mesma modalidade de serviço das Unidades de Acolhimento, como serviços de caráter residencial transitório. Todavia, precisamos levar em consideração as questões orçamentárias e a venda de um “cardápio de oferta” desse serviço, visto que um dos principais pontos é o recurso financeiro e não o ponto de vista técnico e ético. Segundo o Governo Federal, mais de R\$ 87 milhões estão assegurados ao novo projeto federal de acolhimento em comunidades terapêuticas (SENAD,2018). A portaria descreve diferentes funções e ampliação de vagas a partir de um levantamento pelas regiões do Brasil, ofertando como orçamento R\$ 1.172,88 (um mil cento e setenta e dois reais e oitenta e oito centavos), por mês, por serviços de acolhimento de adulto, levando em consideração que um indivíduo pode ficar acolhido por até 12 meses consecutivos ou intercalados através de internações

voluntárias e involuntárias, gerando entorno de 30 vagas por local. (SENAD, 2018). Comparando com as Unidades de Acolhimento Adulto, pela portaria fica instituído incentivo financeiro de custeio para apoiar a implantação no valor de R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) e como incentivo financeiro de custeio mensal o valor de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais). As Unidades possuem no máximo 15 vagas e tempo máximo de acolhimento pela portaria de 6 meses. Se avaliarmos puramente pela questão financeira, as Unidades de Acolhimento Adulto são investimentos caros para o Governo, o que é um indicativo forte para legitimar as Comunidades Terapêuticas. Porém, a questão é saber: por que não investir e inovar nos serviços já construídos? Por que não repensar questões orçamentárias já que existem tantas outras possibilidades de se desenvolver esse trabalho? Por que investir em entidades privadas, religiosas? Para tantas interrogações, respostas difíceis – será essa a oportunidade de “limpar” a cidade, respondendo a esse enorme e complexo problema de Saúde Pública com grandes centros de isolamento?

De acordo com o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas: “As CTs visitadas têm isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido, locais de asilamento, trazem restrições à livre circulação e ao contato com o mundo exterior” (2018). Ainda sobre as práticas, na comunidade terapêutica Fazenda Vitória, em Lagoa Santa (MG), por exemplo, “internas relataram que entre as sanções recebidas em casos de ‘mau comportamento’ estava a de copiar, por inúmeras vezes, do Salmo 119 da Bíblia. Nessa unidade, a lavagem de pratos e panelas durante uma semana também foi anunciada como uma das modalidades de punição” (BRASIL DF: CFP, 2018).

A violência física também foi apontada como prática, sobretudo em casos de tentativas de fugas, sendo relatados “o uso de socos nos olhos e aquilo que os internos denominam ‘mata-leão’, conforme apontado nas vistorias às comunidades Crisameta (RJ) e Recanto da Paz (SP)” (BRASIL DF: CFP, 2018). Temos sofrido com as mudanças nas portarias, como a de Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que criou a nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 horas por dia nas regiões das “cracolândias”; determinou também a ampliação dos leitos em hospitais psiquiátricos, investimentos em práticas como electroconvulsoterapia, ambulatórios especializados, alteração nos leitos especializados em hospital geral e mudança no tempo de permanência (BRASIL, 2017).

No início do ano de 2018, ocorreram também modificações nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD 01/2018), com o objetivo de promover ações que façam frente às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país.

Abaixo, seguem as principais mudanças apresentadas pela Resolução do CONAD 01/2018:

- Alinhamento entre a Política Nacional sobre Drogas e a recém-publicada Política Nacional de Saúde Mental;
- Ações de Prevenção, Promoção à Saúde e Tratamento passam a ser baseadas em evidências científicas;
- Posição contrária à legalização das drogas; estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos;
- Fomento à pesquisa deve se dar de forma equânime, garantindo a participação de pesquisadores de diferentes correntes de pensamento e atuação;
- Ações Intersetoriais;
- Apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas;
- Modificação dos documentos legais de orientação sobre a Política Nacional sobre Drogas, destinados aos parceiros governamentais, profissionais da saúde e população em geral
- Atualização da posição do Governo brasileiro nos foros internacionais, seguindo a presente Resolução.

As últimas notícias sufocam, mas não desmobilizam o investimento nesse trabalho. Olga se emociona, dizendo: “é um serviço que atende uma população grave, vulnerável, em uso abusivo de drogas, negligenciada. Poder ter um ponto de apoio que vai na contramão da violência estatal, um serviço que atende o sofrimento psicossocial, que sai da lógica da marginalização dessa população, pensar o sofrimento, cenas de uso, uso de drogas, tá relacionado a essas questões de uma não política de deixar morrer”.

Com base nos padrões normalizadores e em nome dos que devem viver, estipula-se quem deve morrer – “a morte do outro, da raça ruim é o que vai deixar a vida em geral mais sadia” (FOUCAULT, 2002).

Todavia, mesmo reconhecendo as atuais dificuldades, Luciana, com sorriso no rosto, afirma: “Vamos botar esse projeto para frente. A UAA recebe as pessoas mais debilitadas, que precisam da gente, então temos que tocar pra frente. O desafio é fazer o novo, o diferente, mesmo com todas essas questões políticas eu acho que é possível construir outras

possibilidades”.

Atualmente está Unidade enfrenta, novamente, diversos problemas financeiros, e a não consolidação do convênio que garante seu funcionamento. A respeito dos repasses de verba, vem sendo divulgado através das redes sociais que a Unidade passou dias sem ter comida para ofertar aos usuários, e sofreu atrasos salariais. Com esses desafios colocados, como produzir potência? Na atualidade, mostrar o trabalho da Unidade de Acolhimento é o desafio?

Vânia declara: “O maior desafio é querer mostrar que o que você faz é importante. Esse trabalho precisa ser mais reconhecido, tenho ouvido falar que a UAA não tem aparecido muito, mas ela é um serviço da prefeitura, um serviço público, é necessária! Precisamos dar mais visibilidade para a UAA! Precisamos mostrar nosso trabalho para o mundo”.

Alceu indaga: “Esse serviço é importante para essas pessoas que não tiveram acesso a nada. Se eles não estivessem aqui, onde estariam?”.

Sendo assim, é absolutamente necessário deixar registrados os impactos desta nova política, assim como os desafios para sustentar a existência das Unidades de Acolhimento Adulto. Precisamos criar maneiras de insistir e resistir para que as Unidades de Acolhimento continuem a existir.

5 A REFLEXÃO SOBRE NÃO CONCLUIR: DA DERIVA À ANCORAGEM

*Um fim de mar colore os horizontes.
(MANOEL DE BARROS)*

O trabalho de não finalizar algo que se inicia é, de certa forma, desenraizar o verbo concluir. Assim, esta cartografia vai se construindo, acompanhada de muitos questionamentos e reflexões acerca desta experiência. A Unidade de Acolhimento Adulto é um dispositivo de potência e resistência, em tempos de tamanho retrocesso. Em minha saída da Unidade como profissional, me interrogava se sair daquela função era “abandonar o barco”. Hoje sei que apenas mudei minha função nesse grande projeto.

No início da UAA, tratávamos desse dispositivo como um projeto de construção de um barco. Questionávamos: “Quem está preparado e quer navegar nesse barco”? Após olhar o mar e enxergar tantas outras belezas, mudei minhas perguntas... O que mesmo queremos com esse projeto chamado Unidade de Acolhimento Adulto? Quais cuidados produzimos nesse serviço? São esses cuidados que permitem estrutura para os projetos de vida? Qual é a função desse dispositivo? Como trabalhar para que esses serviços não tenham fim?

Em meio a tantas descobertas, não sei se haverá respostas para tantas perguntas. Entretanto, a aposta desta pesquisa é publicizar o trabalhado feito por esse dispositivo, assim como entender as disputas dos planos de cuidado. Presumo que a Unidade de Acolhimento Adulto pode ser entendida como dispositivo que trabalha na direção de vivificar diferentes modos de existência. É um trabalho complexo e que exige multiplicidade, permitindo ser um lugar do acontecer, das experimentações.

Olhar para o cotidiano do trabalho e perceber os processos, as produções e os acontecimentos não é tarefa simples. É necessário lidar com as incertezas, a exposição, a exigência de um cuidado inventivo, que acontece de maneira tão próxima aos usuários e seus modos de vida. Uma reflexão é a necessidade da educação permanente como ferramenta nos processos de trabalho, assim como a supervisão clínico-institucional, esta última um recurso indispensável: um investimento na gestão do cuidado, das invenções da equipe e do conhecimento a respeito dessa modalidade de serviço.

Ressaltar que até mesmo os serviços nomeados substitutivos aos manicômios correm o risco de reproduzir as mesmas lógicas é também mostrar que hoje temos mais recursos para problematizar esses modos. Quando colocamos em cena a produção de acesso como operador do cuidado, assim como a partir de quais fundamentos podemos trabalhar para ampliar as

redes e os projetos de vida dos usuários, podemos nos questionar sobre o cuidado que ofertamos e o como realmente conseguimos acompanhar esses usuários; sobre se realmente conseguimos nos despir da moral, dos preconceitos sobre a reabilitação esperada socialmente mas que por tantas vezes não é a desejada pelo usuário. Quando conseguimos de fato produzir a partir do encontro com cada usuário um novo olhar para o detalhe, diferentes formas de acolher e escutar, podemos então ter pistas do que realmente é o cuidar. Foi preciso tempo para tantas elaborações, entrar, sair, voltar, pesquisar, duvidar, escrever, afirmar, visitar.... Descobrir: fazemos!

As Unidades de Acolhimento, assim como toda a Rede de Atenção Psicossocial, hoje vem enfrentando grandes desafios, incluindo o desafio de existir. As novas portarias desejadas por outras instâncias, as quais mesmo durante todo esse tempo de luta e processo de Reforma Psiquiátrica não foram “atingidas”, são as mesmas que acham que lugar de louco é no hospício, que usar droga é falta de caráter ou que na verdade o que essas pessoas precisam é de medidas mais duras de controle, controle de vida, dos corpos, da possibilidade de viver, do ir e vir. Entretanto, não estamos mais desavisados e sim avisados sobre a existência de muitas outras formas de cuidar, começando pela liberdade!

O impulso das Comunidades terapêuticas é o maior exemplo de desmonte e retrocesso desta Rede, lugar que fala em nome de um cuidar, onde na verdade o “maior cuidado” é a exclusão, a violência e nula oferta de troca. Vivemos, junto a isso, um dos maiores desgovernos da história do nosso país, que possibilita e dá espaço para tantas práticas contra o SUS, com intensa mercadorização dos direitos instituídos e a privatização dos serviços públicos.

Quando me produzi pesquisadora, ativei muitas lembranças e memórias que me acompanharam; uma, em especial, era o desejo e aposta em permanecer no SUS. Era quase impossível a ideia de não trabalhar mais na Saúde Mental. Foi uma aposta alta “apenas escrever” sobre esse trabalho, porém, foi o mais precioso debruçar. Escrever sobre todos esses temas evoca ainda mais meu lugar militante, de reafirmação da formação para o SUS e com o SUS. Espero que, por meio desse estudo, outros modos de operar o cuidado sejam agenciados e que possamos lutar pela existência das Unidades de Acolhimento em todo território nacional.

Se olharmos os detalhes, é em dispositivos como a Unidade de Acolhimento que os usuários podem existir dentro de suas precaridades, nas pluralidades de vida, onde se pode construir um corpo a partir das diferentes existências, no compor das experiências já vividas. Após algumas elaborações, retomo a antigas questões que me acompanham: por que um

dispositivo cuidado-moradia? Moradia temporária? Concluo que “moradia é tudo”, vai muito além de ter uma casa, mas de seguridade sobre o direito de viver, e que inclui múltiplas conexões com e na vida.

Neste sentido, o que importa são de fato as construções de modos de se produzir vida, e ampliar a discussão sobre as produções e as práticas de cuidado pelos serviços de saúde mental, principalmente das Unidades de Acolhimento Adulto, é urgente e indispensável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. **Cartografar é habitar um território existencial**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 131-149.

AMARANTE, P **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, P. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. (Otg.). In: **Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

_____. **Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil**. *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.1998, Pp. 73-84.

ARAÚJO, F. **Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos à política da amizade**. Niterói: 2007. 192p.

ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; DOLINA, Janderléia Valéria; PETEAN, Elen; MUSQUIM, Cleiciene dos Anjos; BELLATO, Rosene; LUCIETTO, Grasiela Cristina. **Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde**. Revista Brasileira Pesquisa Saúde, Vitória, Espírito Santo, p. 53-61, jul./set. 2013.

ARAÚJO MR. **Comunidades terapêuticas: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Programa Álcool e Drogas. 2003 Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm >. Acesso em: 12 março. 2019.

ASSIS, J.T; BARREIROS, C.A. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. In: **Redes de Atenção à Saúde: construindo o cuidado integral**. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Número 52 – Rio de Janeiro, outubro 2014, p.88-113.

BACHELARD, G. **A poética do espaço**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BAREMBIITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, L.P., & KASTRUP, V. (2012). Cartografar é acompanhar processos. In: Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** (pp. 52-75). Porto Alegre: Sulina

BAPTISTA, LA. **Dispositivos e as máquinas do morar**. In: Jacó-Vilela AM, Cerezzo AC, Rodrigues HB, organizadores. *Clio-Psyché – História e memória*. Rio de Janeiro: Clio Edições Eletrônicas; 2005. p. 71-9.

BELLO, AP. RODRIGUES, O C C, SILVA, J M- **O início, os meios e fins da Unidade de Acolhimento Adulto da RAPS de Campinas/SP: Um relato de experiência**. Disponível

em:

<<http://www.congressointernacional2017.abramd.org/arquivo/downloadpublicq=YToyOntzOjY6InBhemFtcyI7czozNDoiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSVZPIjtzOjM6IjYxNCI7fSI7czoXOiJoIjtzOjMyOiJmNGYyNDZiN2RjZmRjZThmMDU3YTdjMmI4ZWU0N2ZjMSI7fQ%3D%3D>>. Acesso em 11 set. 2018.

BEZERRA, Benilton. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, pp. 243-250, 2007.

BOLLNOW, OF. **O homem e o espaço**. Curitiba: Editora UFPR; 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Saúde Mental no SUS: **Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:
<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em 20 dez. 2018.

BRASIL. **Portaria nº1.028/GM de 1º de Julho de 2005**. Redução de Danos: 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. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em 10 maio. 2019.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em 05 nov.2018.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed., ampl. Brasília, 2004. p. 17-20. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Republicada em 21 de maio de 2013. 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. Brasília, 2012 a, b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0121_25_01_2012_rep.html>. Acesso em 17 mai. 2017.

BRASIL, **Relatório de Gestão 2011-2015.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. Disponível em:
<<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat>>. Acesso em 05 jul. 2017.

BRASIL, **Nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS** -Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em 02 março. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem /** Ministério da Saúde 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> >. Acesso em 18 de out. 2018.

BRASIL, **Portaria Nº 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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em 13 jul. 2019.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CAMARGO, E. N. **Casa, doce lar: o habitar doméstico percebido e vivenciado**. 2007. Tese (Doutorado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São paulo 2007.

COSTA-ROSA, A. **A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade**. Assis: UNES , 2006.

COSTA SF. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química**. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20O%20DO%20AUTOR.pdf> > Acesso em 15 de jan. 2019.

CRP-Conselho Federal de Psicologia. O Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos, além do **Relatório da IV Inspeção Nacional de Direitos Humanos**. Disponível em: <http://saudelivre.blogspot.com.br/p/links-com-denuncias-de-maus-tratos-em.html>> Acesso em 10 maio. 2019

DAMAS FB. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social**. Rev Saude Publica. 2013; 6(1):50-65.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v. 2.

DELGADO, G P: **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**; Trab. educ. saúde vol.17 no.2 Rio de Janeiro Maio, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200200 > Acesso em 20 jul. 2019.

DOBIES, Daniel .V L'ABBATE, Solange. **A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional**. *Saúde debate* [online]. 2016, vol.40, n.110, pp.120-133. ISSN 0103-1104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611009> > .Acesso em 15 de junho 2019.

DONABEDIAN, A. – **Aspects of medical care administration**. Boston, Harvard University Press, 1973.

ESPINOS, B. (2005). **Ética e tratado político** (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Nova Cultural.

FIGUEIREDO, M. D.; SANTOS, D. V. D. **A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações**. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. et al.(Org.). Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008.

FRANCO, T.B.; **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. 2002. São Paulo, Martins Fontes.
_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 33.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
_____. **O Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRACASSO L. **Comunidades Terapêuticas**. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 61-9.

GUATTARI, F. **Caosmose**. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

HAGGERTY, J.L. et al. **Continuity of care: a multidisciplinary review**. BMJ, Londres, n. 327, 2003, p. 1219-1221.

IHRA- **International Harm Reduction Association Briefing**. O que é redução de danos: uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos [Internet]. London; 2010 [acesso em 01 nov. 2019]. Disponível em:
<http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf>. Acesso em 09 de ago. 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em:
<<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em 02 de fev. 2018.

KURLANDER PA. **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?** Cienc Saude Colet. 2014; 19(2):569-80.

LANA, L. C. C. ; FRANÇA, R. O. **Do cotidiano ao acontecimento, do acontecimento ao cotidiano**. In: E-Compós, Revista da Associação Brasileira dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação. Brasília, v. 11, n. 3, p. 1-13, set/dez 2008. Disponível em:
<<http://www2.fafich.ufmg.br/gris/images/Do%20cotidiano%20ao%20acontecimento.pdf> >
Acesso em 23 jul. 2019.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

LARROSA, J. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Revista Brasileira da Educação, Rio de Janeiro: ANPED, n. 19, jan/ fev/mar/abr, 2002.

LARROSA, J. **Experiência e alteridade em Educação**. Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul, 19(2,), p. 04-27, jul./dez. 2011.

LEAL, E.M.; MUÑOZ, M.N, SERPA, D.O: **Além da compulsão e da escolha: autonomia, temporalidade e recuperação pessoal**; Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 22(1), 130-149 mar2019. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n1p130.8> > Acesso em 10 jul. 2019.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUZ, MT. **Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje**. In: Pinheiro R, Mattos R. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p.7-19.

MACRAE, E. GORGULHO, M: **Redução de Danos e Tratamento de Substituição Posicionamento da Reduc**(Rede Brasileira de Redução de Danos) Jornal Brasileiro de Psiquiatria. vol. 52, set-out 2003, pp. 371-374.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. **Loucura e subjetividade**. In: MACHADO, L. D; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.45-58.

MATUMOTO S; FORTUNA CM, PEREIRA MJB, KAWATA LSK. **A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção**. Rev Lat de Enfermagem 2013.

MERHY EE 1997. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**, p.125-142. In SMF Teixeira - Democracia e Saúde a Luta do Cebes. Lemos, São Paulo, 324 pp.

MERHY EE, CERQUEIRA MPG, SANTOS MFL et al. **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde**. Rev. Divulgação em Saúde para Debate. 2014; 52:153-164.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Reestruturação produtiva em saúde**. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Julio César F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008a. p. 348-352.

MERHY, E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CERQUEIRA, M.P.. **Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado**. In: FRANCO, T.B, RAMOS, V.C. Afecção e Cuidado em Saúde. São Paulo: 2010, pp.60-75.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, 7ª Ed: Hucitec. 2004.

NASI, C.; SCHNEIDER, J.F. **O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários**. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1.157-1.163, out. 2011.

ONOCKO.C; FURTADO. JP. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.5, pp.1053-1062. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018> > Acesso em 08 jun.2019.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: **‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’.** *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

PALOMBINI, Analice (et al). **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento.** Porto Alegre: UFRGS, 2004

PASSOS. E., & BENEVIDES. B R.(2012). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In Passos,E., Kastrup,V., & Escóssia, L. **Pista do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** (pp. 17-31). Porto Alegre: Sulina.

PEREIRA, AA. ANDRADE, LOM. **Rede integral de atenção à saúde mental, de Sobral, Ceará.** In: Lancetti A, organizadora. *Saúde Mental e Saúde da Família*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. Coleção Saúde & Loucura, n. 7.

PELBART, P.P. **Vida capital: ensaios de biopolítica.** São Paulo: Iluminuras, 2003.

PETUCO, D.R.S. **O Pomo da Discórdia? A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas.** Tese: doutorado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, 2016.

QUÉRÉ, L.. **Entre o facto e o sentido: a dualidade do acontecimento.** In: *Trajectos*, Lisboa, n.6, 2005, p.59-75.

RIBEIRO, LGF. MINAYO , SCM. **PAinterface- comunicação, saúde, educação: As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil.** vol.19 no.54 Botucatu July/Sept. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300515 >. Acesso em 02 nov.2019.

ROLNIK, S. **Cartografi a sentimental.** Porto Alegre: Sulina, 2007.

REIS,Vilma in **Grupo Temático de Saúde Mental da Abrasco**, 2017. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/ocultar-home/nota-em-defesa-da-reforma-psiquiatrica-e-de-uma-politica-de-saude-mental-digna-e-contemporanea/30550/> >. Acesso em 12 set.2018.

REIS,Vilma in **Grupo Temático de Saúde Mental da Abrasco**, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/> >. Acesso em 25 maio. 2019.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal

dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

ROTELLI, F. et al, 1992. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos**. In: BEZERRA, B. et al. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SARLO, B. **A cidade vista: mercadorias e cultura urbana**. São Paulo: Editora WWF Martins Fontes; 2014.

SANTOS,, L M R **Cartografia de um cotidiano de trabalho e Atenção à crise no CAPS AD III**. 2018. (dissertação de Mestrado). Instituto de psiquiatria da UFRJ.

SARACENO BA. **Reabilitação como cidadania**. In: Saraceno BA, organizador. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá; 1999. *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. In: Pitt a A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.13-18.

SENAD Nº 1/2018- **EDITAL DE CREDENCIAMENTO** .Publicado em: 25/04/2018 Diário Oficial da União | Edição: 79 | Seção: 3 | Página: 93 Órgão: Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SILVA, Junior DV, Belloc MM. **Habitar invisible: producción de vida y cuidado en la experiencia urbana**. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(67):1065-75.

SILVIA, Rosimeire Aparecida. **Reforma psiquiátrica e redução de danos [manuscrito]: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam**. / Rosimeire Aparecida da Silva.(Tese de Doutorado) - Belo Horizonte: 2015.

SOUZA, P. J. **Resposta à Crise: a Experiência de Belo Horizonte**. In: *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: Cotidiano de Uma Utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

TALLEMBERG, C.A.A. **Passagem de uma Prática Clínico-Política Menor: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão**. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro,2015.

TEDESCO Silvia Helena; SADE Christian; CALIMAN Luciana Vieira Fractal. **A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer**; *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 25 – n. 2, p. 299-322, Maio/Ago. 2013.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZOURABICHVILI, F. Deleuze. **Uma filosofia do acontecimento**. São Paulo: Editora 34, 2016. 160p.

ANEXO I

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB/ UFRJ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: **Processos, produções e acontecimentos: sobre a prática de cuidados em uma Unidade de Acolhimento Adulto.**

Objetivo geral: Descrever e identificar os diferentes processos de trabalho presentes em uma equipe de uma Unidade de Acolhimento Adulto na Zona Norte do Município do Rio Janeiro.

Pesquisadora envolvida: Thamiris dos Santos Gonçalves, discente do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial no IPUB/ UFRJ, localizado na Avenida Venceslau Brás, 71, Campus da Praia Vermelha. Telefone para contato: (21) 971032176 /email: thaenf.santos@gmail.com.

Gostaria de convidar a equipe técnica desta instituição, para participação deste estudo que se dará através de entrevista, informando que todos os dados coletados serão guardados com o pesquisador durante cinco anos e após esse período serão descartados virtualmente e as transcrições incineradas.

As entrevistas aconteceram na própria instituição, em salas de atendimento para garantir a privacidade das informações, tendo duração máxima de 30 minutos, sendo registradas de acordo com a preferência do entrevistado, com a possibilidade de ser usado o gravador ou registro manuscrito.

É garantido o respeito à privacidade. Os dados pessoais ou quaisquer outros elementos que possam, de qualquer forma, identificar os participantes dessa pesquisa serão mantido em sigilo e gratuidade. Informamos que não haverá nenhum prejuízo se o profissional não quiser participar e não será necessário justificar a saída da pesquisa em qualquer etapa de sua realização.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais, tudo o que haja interesse em saber antes, durante e depois da sua participação nesta pesquisa.

Crítérios de inclusão: Ter acima de 18 anos; trabalhar na unidade mais que 1 ano, apresentar interesse e concordar com os termos da pesquisa, por meio da assinatura do TCLE.

Participação voluntária: Não haverá nenhum valor econômico, a receber ou a pagar pela participação neste estudo. Caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, o participante será devidamente indenizado, conforme

determina a lei e de acordo com as determinações e diretrizes éticas constantes na resolução nº 466/2012.

Benefícios: Não haverá qualquer benefício econômico ou de qualquer outro tipo por sua participação neste estudo. Entretanto, através desta pesquisa você estará contribuindo para a produção de conhecimentos e possibilitando melhorias nos dispositivos de saúde ligados a pesquisa. Riscos: Esta pesquisa tem risco mínimo para os participantes deste estudo, inerentes aos desconfortos e incômodos decorrentes dos temas abordados durante a pesquisa. Caso experimente algum desconforto ou sinta que necessita de ajuda, por favor, informe a pesquisadora para que lhe oriente e providencie o apoio adequado

Enfim,

Eu

 _____, brasileiro (a), RG:
 _____, data de nascimento: _____,
 endereço: _____

_____, após os esclarecimentos já mencionados e tendo sido orientado (a) com tempo suficiente para fazer perguntas relativas à minha participação e compreendido satisfatoriamente a natureza e objetivo deste estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente informado (a) sobre esta pesquisa. Minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente. Reconheço que não terei nenhum benefício direto com a minha participação neste estudo. Sei que minha participação depende completamente de minha vontade e que tenho o direito de me recusar a responder algumas perguntas ou a interromper a minha participação a qualquer momento, sem penalidades ou restrições . Eu recebi uma Via deste documento para guardar comigo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

 Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

 Assinatura do Pesquisador

Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB. Endereço: Avenida Venceslau Brás, 71 – Fundos – 2º andar. Campus da Praia Vermelha, Botafogo. CEP: 22290-140 – Rio de Janeiro/RJ. Telefone: (21) 39385510 e pelo e mail: comite.etica@ipub.ufrj.br ou para o Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde- RJ, na Rua Afonso Cavalcanti,455 - Cidade Nova - CEP: 20211-110 Tel.: (21) 2215.1485 e pelo e mail: cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO II



UFRJ - INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processos, produções e acontecimentos: sobre a prática de cuidados em uma Unidade de Acolhimento Adulto.

Pesquisador: Thamiris Dos Santos Gonçalves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02763118.3.0000.5263

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.103.435

Apresentação do Projeto:

O espaço a ser cartografado será uma das Unidades de Acolhimento Adulto, localizada na área programática da 3.1, no município do Rio de Janeiro. Para completar esta análise também serão utilizados outros dispositivos metodológicos, a fim de dar corpo à cartografia:

- Diário de campo: caracterizado pelos registros de impressões, afetos e acontecimentos vivenciados ao longo do processo de acompanhamento da pesquisa.
 - Registros institucionais do serviço, tais como: prontuários, livros de reuniões de equipe.
 - Entrevistas abertas com informantes chaves: profissionais atuantes na Unidade de Acolhimento Adulto
- O estudo é vinculado ao programa de mestrado de atenção psicossocial IPUB-UFRJ

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar e descrever as práticas de cuidado operadas pela Unidade de Acolhimento Adulto.
- Identificar as linhas de cuidado em disputa, vigentes nessa unidade.
- Apresentar os desafios e as potencialidades dessa modalidade de serviço na atualidade.

Objetivo Secundário:

- Descrever e identificar os diferentes processos de trabalho presentes em uma equipe de uma Unidade de Acolhimento Adulto na Zona Norte do Município do Rio Janeiro

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

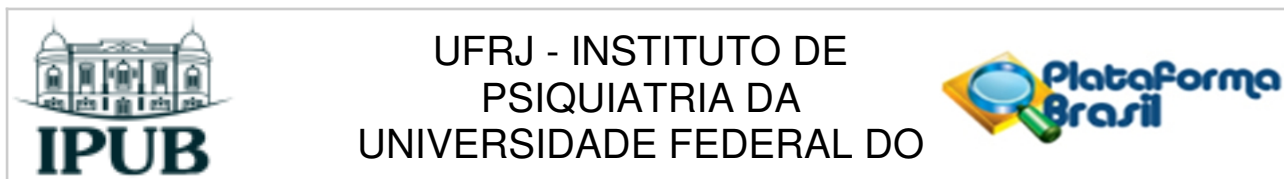
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.103.435

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

SOB A AVALIAÇÃO DO PESQUISADOR:

Riscos:

Modificação nas emoções, stress, culpa. Tipo de relacionamento estabelecido com as pessoas e comunidades: “forte relacionamento entre pesquisadores e participantes”.

Benefícios:

Contribuir para evidenciar as práticas de cuidados realizadas nas Unidades de Acolhimento Adulto, visto que desde sua implicação, não se tem muitos materiais científicos sobre seu funcionamento. Elucidar as potencialidade do dispositivo, ratificando sua importância na Rede de Atenção Psicossocial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador intenciona que os resultados dessa pesquisa evidenciem elementos do trabalho em saúde que possam contribuir para a Rede de Atenção Psicossocial. Aposta é de que essa pesquisa venha a ser um importante instrumento para evidenciar os processos de cuidado em saúde, realizados neste serviço e com base nesses achados contribuir para a produção do conhecimento capaz de potencializar o debate sobre a Política de Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas e as principais estratégias e seus dispositivos de cuidado.

Hipótese:

A Unidade de acolhimento como um dispositivo de moradia temporária da Rede de Atenção Psicossocial que visa à produção de autonomia, cidadania, laço social, considerando em particular, o ‘habitar’ como um dos eixos centrais nos processos de reabilitação psicossocial das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas

Métodos: abordagem qualitativa, pela cartografia, Diário de campo, Registros institucionais do serviço, tais como: prontuários, livros de reuniões de equipe, Entrevistas abertas com informantes chaves: profissionais atuantes na Unidade de Acolhimento Adulto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- * folha de rosto-assinada pelo pesquisador e diretor institucional proponente
- * cronograma-execução ordenada compatível
- * orçamento-exequível e próprio
- * anuência institucional- emitida
- * termo de autorização para acesso aos prontuários e documentos institucionais: não apresentou *

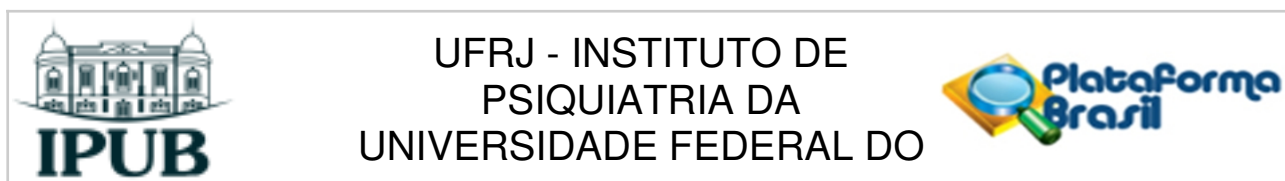
Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.103.435

folha de rosto-assinada pelo pesquisador e diretor institucional proponente

* cronograma-execução ordenada compatível

* orçamento-exequível e próprio

* anuência institucional- emitida

* termo de autorização para acesso aos prontuários e documentos institucionais: não apresentou

* entrevista: não apresentou * folha de rosto-assinada pelo pesquisador e diretor institucional proponente

* cronograma-execução ordenada compatível

* orçamento-exequível e próprio

* anuência institucional- emitida

* termo de autorização para acesso aos prontuários e documentos institucionais: apresentou neste segundo momento

* TCLE : ajustes executados

* entrevista: apresentou neste segundo momento

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não se aplica

Considerações Finais a critério do CEP:

É de responsabilidade do pesquisador, o envio de relatório final de pesquisa, ao término da mesma, via Plataforma Brasil, através de notificação.

Isto é normativa de execução exigida pela Resolução 466/12 e deve ser cumprida, conferindo boa prática de pesquisa.

O não envio do documento incorre em sanções previstas pelo sistema CONEP-CEPs

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1233374.pdf	19/12/2018 11:28:00		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	19/12/2018 11:26:25	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

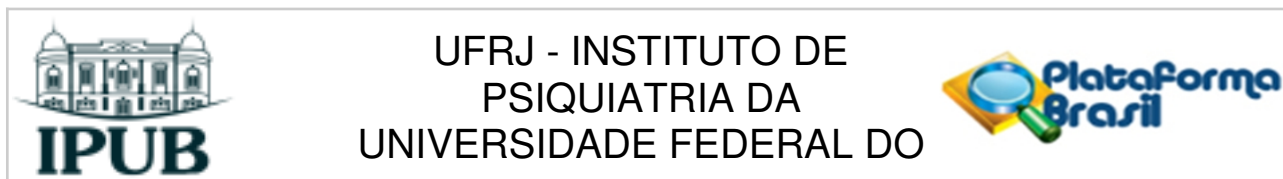
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.103.435

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2018 11:26:01	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Outros	entrevista.pdf	19/12/2018 10:55:33	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curriculo_orientador.pdf	13/11/2018 07:40:12	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curriculo.pdf	13/11/2018 07:23:52	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_instituicao.pdf	13/11/2018 06:33:14	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	13/11/2018 06:32:22	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	11/11/2018 11:16:39	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Cronograma	Cronograma_.pdf	06/11/2018 09:27:23	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Folha de Rosto	CCF06112018_00001.pdf	06/11/2018 08:24:54	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Rosa Gomes dos Santos Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processos, produções e acontecimentos: sobre a prática de cuidados em uma Unidade de Acolhimento Adulto.

Pesquisador: Thamiris Dos Santos Gonçalves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 02763118.3.3001.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.367.821

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado: Processos, produções e acontecimentos: sobre a prática de cuidados em uma Unidade de Acolhimento Adulto, que será desenvolvido pela pesquisadora responsável: Thamiris Dos Santos Gonçalves, enquanto dissertação de mestrado.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta como objetivo geral:

- Descrever e identificar os diferentes processos de trabalho presentes em uma equipe de uma Unidade de Acolhimento Adulto na Zona Norte do Município do Rio Janeiro.

Os objetivos Específicos são:

- Identificar e descrever as práticas de cuidado operadas pela Unidade de Acolhimento Adulto;

- Identificar as linhas de cuidado em disputa, vigentes nessa unidade;

- Apresentar os desafios e as potencialidades dessa modalidade de serviço na atualidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Igual ao Parecer nº 3.154.685 de 19 de fevereiro de 2019.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os esclarecimentos prestados pela pesquisadora em resposta ao parecer de pendência CEP/SMS-

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.367.821

RJ, contemplaram a compreensão do estudo e seus procedimentos de coleta de dados. Afastando assim, a identificação de possíveis impeditivos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há pendências

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora encaminhou as seguintes respostas, para as pendências elencadas no Parecer CEP/SMS-RJ nº 3.268.651 de 16 de abril de 2019:

Quanto a Pendência 01 sobre a falta de descrição detalhada e a justificativa da escolha dos entrevistados. A pesquisadora informou que: "Descrição: Como participante de pesquisa elencamos qualquer profissional da equipe técnica que exerça sua função a mais de um ano na Unidade-Cenário, sendo: Cuidador, Técnico de Enfermagem, Psicólogo, Enfermeiro e Assistente Social. Estes poderão fazer parte da entrevista, por voluntariado, cientes de todos os processos inerentes ao desenvolvimento da pesquisa, através da leitura do TCLE (termo de consentimento livre esclarecido)."

Pendência 02, versava sobre a necessidade de descrição da técnica de observação a ser utilizada no estudo, a pesquisadora esclareceu que: "Inserida no conjunto das metodologias denominadas de qualitativas, a observação Participante e o diário de campo são utilizados em estudos ditos exploratórios, descritivos, cartográficos ou, ainda, estudos que visam a generalização de teorias interpretativas. O diário de campo surge como ferramenta importante na observação participante evidenciando a documentação escrita produzida por parte do observador (Bogdan & Taylor, 1998). Utilizaremos o recurso metodológico da observação participante, a qual ocorrerá no período de 7 dias, de segunda-feira a domingo das 08 h às 17 h. Acontecerá nos espaços exclusivos da equipe de trabalho, reuniões de equipe, discussões de caso feitos pela equipe e passagem de plantão. A rotina de trabalho e pessoal dos participantes não sofrerá quaisquer alterações advinda deste processo de pesquisa."

Pendência 03, solicitou o envio do roteiro ou estrutura predefinida do registro da observação, de forma a esclarecer o que pretende-se observar. A pesquisadora respondeu: "Roteiro de

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.367.821

observação: Ao chegar na Unidade a Pesquisadora se manterá dentro da sala de equipe, espaço destinado a organização do trabalho, circulando apenas entre os espaços: sala de equipe e sala de reunião de equipe. Elementos referentes à observação: Atividades observadas na sala de equipe: como realizam a organização do dia de trabalho, quem vai ao território acompanhar o usuário, quem da equipe conversa com outros dispositivos, quem da equipe permanece na Unidade, Como é organizado entre a equipe o acolhimento de primeira vez. Como são preenchidos os dados dos usuários que chega para o acolhimento, com quais serviços de saúde a Unidade articula possíveis trabalhos no território, quais ofertas de cuidado são efetuadas no território.

Atividades observadas na sala de reunião de equipe: Todos os usuários são pautados na reunião de equipe? Como constroem a pauta de prioridade para as discussões? Como a equipe se organiza para participar das reuniões? Convidam outros profissionais para a discussão de caso? Questões referentes ao trabalho como: escala, rodízio dos profissionais em outros serviços, definição de referência para um caso. Atividades observadas durante a passagem de plantão: como a equipe informa as intercorrências do dia, usam algum recurso escrito para auxiliar ou não. Informa sobre todos os usuários acolhidos?"

Pendência 04 requisitou esclarecimentos sobre o objetivo da análise dos registros institucionais. A resposta foi que : "A pesquisadora declinou sobre o uso dos registros institucionais, não serão mais utilizados nesta pesquisa. Esta alteração foi executada no corpo do projeto integral, bem como no arquivo "Informações Básicas do Projeto".

Pendência 05 solicitou uma adequada descrição da técnica de análise dos dados da entrevista e do roteiro de observação, neste sentido a pesquisadora referiu que:

"1-Pré-análise: Ocorrerá através da transcrição integral dos registros das entrevistas, da observação participante e do diário de campo;

2-Elaboração do material, codificação e tratamento dos resultados obtidos: A partir das entrevistas, observação e diário de campo construiremos um mapa para auxiliar na análise das práticas discursivas do processo de trabalho dos profissionais da Unidade de Acolhimento Adulto. Adotaremos para a análise de conteúdo, a formação de categorias analíticas a partir das perguntas realizadas nas entrevistas, Tendo em vista os Objetivos específicos da pesquisa como direção

3-Interpretação: Usaremos o critério de categorização semântico, no objetivo de classificar as palavras segundo seu sentido. Lançando mão das entrevistas a partir das palavras semelhantes e

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.367.821

de repetição na transcrição, utilizando as perguntas disparadoras, como por exemplo: O que é uma Unidade de Acolhimento Adulto? E o sentido descrito por profissional. Os resultados esperados após esta interpretação dos dados é construir conhecimentos sobre os processos de trabalho inovadores no campo da saúde mental que promovam modelagens assistenciais centradas na defesa da vida e favoreça a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas."

A Pendência 06 que indicou a necessidade de adequações no Termo de Compromisso de Uso de Dados foi descartada, pois a pesquisadora declinou da projeção de acessar os documentos institucionais da unidade.

Pendência 07 solicitou o esclarecimento quanto a necessidade de inclusão dos gestores no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encaminhado porém, a pesquisadora esclareceu que: "Os gestores não estão incluídos nesta pesquisa, apenas a equipe técnica do serviço."

Após análise dos esclarecimentos fornecidos pela pesquisadora, observou-se que o projeto de pesquisa em questão, não apresenta impeditivos éticos ao cenário e participantes do estudo. Diante disto, corroboramos com a aprovação da pesquisa a ser executada na unidade, a saber: Unidade de Acolhimento Adulto Metamorfose Ambulante. Destaco que a pesquisadora declinou do procedimento de coleta de dados que contempla o acesso aos registros da unidade. Desta maneira, este parecer autoriza apenas a realização das entrevistas e observação de campo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.367.821

CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1281318.pdf	13/05/2019 09:19:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_atualizado.pdf	13/05/2019 09:11:36	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Resposta.odt	13/05/2019 09:10:16	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Outros	Resposta_parecer.pdf	02/03/2019 08:51:09	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Outros	TCUD.pdf	02/03/2019 08:46:48	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	02/03/2019 08:43:02	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.367.821

Investigador	Projeto.pdf	02/03/2019 08:43:02	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/03/2019 08:42:24	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/12/2018 11:26:01	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Outros	entrevista.pdf	19/12/2018 10:55:33	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	11/11/2018 11:16:39	Thamiris Dos Santos Gonçalves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Junho de 2019

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br