



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro de Educação e Humanidades

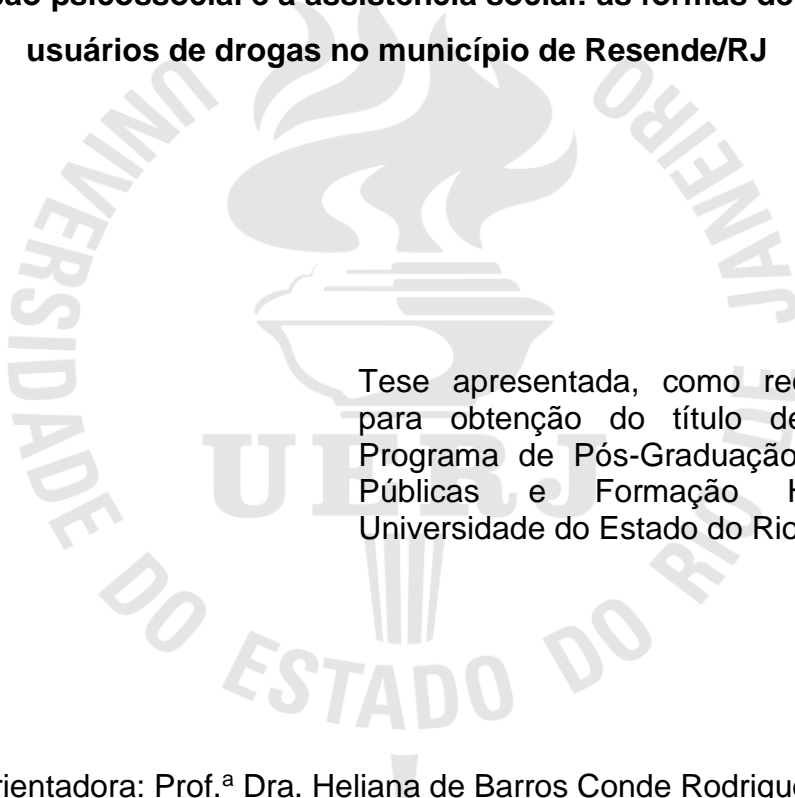
Ingrid de Assis Camilo Cabral

**Entre a atenção psicossocial e a assistência social: as formas de  
cuidado aos usuários de drogas no município de Resende/RJ**

Rio de Janeiro  
2023

Ingrid de Assis Camilo Cabral

**Entre a atenção psicossocial e a assistência social: as formas de cuidado aos usuários de drogas no município de Resende/RJ**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Heliana de Barros Conde Rodrigues

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C117	<p>Cabral, Ingrid de Assis Camilo. Entre a atenção psicossocial e a assistência social: as formas de cuidado aos usuários de drogas no município de Resende / RJ / Ingrid de Assis Camilo Cabral. – 2023. 267 f.</p> <p>Orientadora: Heliana de Barros Conde Rodrigues. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades.</p> <p>1. Políticas Públicas – Teses. 2. Assistência social – Teses. 3. Usuários de drogas – Teses. I. Rodrigues, Heliana de Barros Conde. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades. III. Título.</p>
br	CDU 364.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

---

Assinatura

---

Data

Ingrid de Assis Camilo Cabral

**Entre a atenção psicossocial e a assistência social: as formas de cuidado aos usuários de drogas no município de Resende/RJ**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 13 de julho de 2023.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Heliana de Barros Conde Rodrigues (Orientadora)  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Cibele da Silva Henriques  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Viviane Cristina Barbosa  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof. Dr. Ney Luiz Teixeira de Almeida  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

Prof. Dr. Luiz Antonio Saléh Amado  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Rio de Janeiro

2023

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos aqueles que contribuíram para o seu desenvolvimento. Mas principalmente a você, mãe, que se foi torcendo para eu entrar e hoje finalizo esse processo por nós!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço aos que se foram. À minha mãe Francisca, pessoa mais iluminada que conheci na vida, minha fonte maior de inspiração e amor. Sei que nunca me deixou só. Sua presença segue viva comigo.

Ao meu pai José, que mesmo em pouco tempo de contato comigo me ensinou a cuidar de quem amamos.

À minha avó Cícera, a quem eu amava demais e, no auge de sua velhice, sempre soube me acolher e estimular.

Aos meus filhos, Geovana e Gabriel, que são a minha maior força e a minha melhor versão; por vocês não desisti, para que saibam que sonhos podem se tornar realidade.

Agradeço ao meu marido Carlos Henrique, pela paciência, dedicação, cuidado, investimento. Nosso amor nasceu junto com a construção dessa tese, sobreviveu a essa loucura, a uma pandemia e à monotonia do cotidiano. Esses laços estão bem fortificados.

Agradeço ao meu filho pet Bolt, que me acompanhou no decorrer das longas tardes e noites de escrita.

Agradeço às amigas Katielly, Shirlei e Maria Regina que me acolheram e me acalmaram em todo meu período de escrita, desde o acordar cedo às crises de ansiedade existentes no bloqueio da escrita.

Agradeço às amigas Karla, Adriana e Keiza pela paciência nas minhas crises histéricas e nas ausências nesse longo período do curso.

Agradeço aos membros das bancas de qualificação e defesa por aceitarem o convite e por compartilharem os seus olhares.

Agradeço imensamente à minha querida orientadora Heliana pela paciência, dedicação e por acreditar em mim em momentos em que nem eu acreditava.

Agradeço aos profissionais e usuários do serviço que aceitaram dividir comigo suas vivências e saberes.

Não estamos no mesmo barco, estamos na mesma tempestade. Uns de iate e outros a nado.

*Padre Júlio Lanceloti*

## RESUMO

CABRAL, Ingrid de Assis Camilo. *Entre a atenção psicossocial e a assistência social: as formas de cuidado aos usuários de drogas no município de Resende/RJ*. 2023. 267 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este estudo busca compreender como são efetivadas as políticas de saúde mental e de assistência social para os usuários de álcool e drogas assistidos no município de Resende/RJ. Para tanto, foi realizada uma revisão conceitual, tanto da própria concepção de direitos como das políticas de saúde mental e de assistência social, correlacionando-as com a temática do uso de álcool e outras drogas e situando-as, singularmente, no território pesquisado. A pesquisa teve por objetivo geral analisar os efeitos das políticas públicas de saúde e de assistência social na garantia de direitos dos usuários de álcool e outras drogas e, por objetivos específicos: (1) estudar a percepção dos usuários quanto às atribuições das políticas de saúde e de assistência social; (2) identificar as relações existentes entre as políticas setoriais; (3) apreender a concepção dos profissionais acerca das políticas de garantia de direitos no município; (4) entender de que forma os usuários acessam as políticas de saúde e de assistência social e, por fim, (5) identificar as formas de cuidado ofertadas pelos executores das políticas. Metodologicamente, dadas às condições político-sanitárias do período de realização da pesquisa – uma epidemia de covid-19 tratada de forma necropolítica pelo governo federal –, empreendemos um percurso metodológico exploratório, tendo por referencial de base a análise institucional. Os principais instrumentos utilizados foram a observação participante realizada nos dispositivos/serviços da rede e as entrevistas, levadas a cabo tanto com os usuários como com os profissionais lotados nas políticas de saúde mental e de assistência social. Como resultado preliminar percebeu-se, entre outros destaques, que os usuários se sentem gratos e acolhidos pela política a que estão vinculados e que os profissionais percebem que suas ações produzem cuidado e garantem o acesso da população aos serviços. Porém, foi identificado um desconforto relacionado ao processo formativo e à atuação dos assistentes sociais como técnicos de saúde mental. Esses achados reforçam a importância do trabalho desenvolvido, mas apontam para a necessidade de dar prosseguimento a estudos sobre o tema proposto.

**Palavras-chave:** Política de Assistência Social. Política de Saúde. Direitos sociais . Profissionais. Usuários de drogas. Cuidado.



## ABSTRACT

CABRAL, Ingrid de Assis Camilo. *Between psychosocial care and social assistance: forms of care for drug users*. 2023. 267 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This study seeks to understand how mental health and social assistance policies are carried out for alcohol and drug users assisted in the municipality of Resende/RJ. To this end, a conceptual review was carried out, both of the very conception of rights and of mental health and social assistance policies, correlating them with the theme of alcohol and other drug use and placing them, singularly, in the researched territory. The general objective of the research was to analyze the effects of public health and social assistance policies in guaranteeing the rights of users of alcohol and other drugs and, for specific objectives: (1) to study the perception of users regarding the attributions of health policies and social assistance; (2) identify existing relationships between sectoral policies; (3) apprehend the professionals' conception about the rights guarantee policies in the municipality; (4) understand how users access health and social assistance policies and, finally, (5) identify the forms of care offered by policy executors. Methodologically, given the political-sanitary conditions of the period in which the research was carried out – a covid-19 epidemic treated in a necropolitical manner by the federal government –, we undertook an exploratory methodological path, based on institutional analysis. The main instruments used were participant observation carried out in the network's devices/services and interviews, carried out both with users and with professionals assigned to mental health and social assistance policies. As a preliminary result, it was noticed, among other highlights, that users feel grateful and welcomed by the policy to which they are bound and that professionals perceive that their actions produce care and guarantee the population's access to services. However, discomfort related to the training process and the performance of social workers as mental health technicians was identified. These findings reinforce the importance of the work carried out, but point to the need to continue studies on the proposed topic.

**Keywords:** Social Assistance Policy. Health Policy. Social rights. Professionals. Drug users. Careful.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Política a que o profissional está vinculado, profissão e serviço .....	91
Quadro 2 – Usuários e seus nomes fictícios .....	92
Quadro 3 – Dificuldade e vontade de parar.....	124
Quadro 4 – Forma de lidar com a droga .....	124
Quadro 5 – Estrutura do serviço.....	125
Quadro 6 – Os serviços, funções, equipe e objetivos .....	148
Quadro 7 – Acesso, serviços e direcionamento .....	149
Quadro 8 – A dimensão do cuidado .....	163

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Análise institucional
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CAPSAD	Centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CAPSI	Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil
Centro Pop	Centro de referência especializado em população em situação de rua
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CNAR	Consultório na rua, ambulatório ampliado e residência terapêutica
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTI	Centro de terapia intensiva
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DEGASE	Departamento geral de ações socioeducativas
DIP	Clínica de doenças transmissíveis
ESF	Estratégia de saúde da família
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HE	Hospital de emergência
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LA	Liberdade assistida

LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexual e outros
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MTSM	Movimento de trabalhadores em saúde mental
PADEQ	Programa de Atenção em Dependência Química
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PEC	Proposta de emenda constitucional
PETI	Programa de erradicação do trabalho infantil
PIA	Plano individual de atendimento
PNAD	Pesquisa nacional por amostras de domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSC	Prestação de serviços comunitários
PTS	Projeto terapêutico singular
RAPS	Rede de atenção psicossocial
RD	Redução de danos
RPA	Recibo de pagamento autônomo
SEAS	Serviço especializado de abordagem social
SISNAD	Sistema nacional de políticas sobre drogas
SRHSM	Serviço de referência hospitalar em saúde mental
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de acolhimento adulto
UAI	Unidade de acolhimento infanto-juvenil

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1</b>	<b>O DISCURSO OFICIAL – ENTRE O PREVISTO E O EXISTENTE.....</b>	<b>19</b>
1.1	Direito, o objeto dourado – conquista ou manutenção	19
1.2	A assistente social no campo psicossocial e suas implicações.....	24
1.3	A política de saúde mental e o atendimento ao usuário de drogas.....	28
1.4	A construção da política de assistência social e sua interface com as drogas.....	37
<b>2</b>	<b>A BELA RESENDE – RETRATO DA INSERÇÃO DAS POLÍTICAS NO CENÁRIO MUNICIPAL.....</b>	<b>58</b>
2.1	O marco disparador.....	60
2.2	O caminhar metodológico e a caracterização do campo.....	63
2.3	Dialogando com os teóricos.....	66
2.4	Saúde mental e assistência social – campos para a análise institucional sob o olhar implicado da assistente social.....	72
<b>3</b>	<b>ENTRE OS QUE USAM E OS QUE “SUPOSTAMENTE” CURAM.....</b>	<b>87</b>
3.1	Antes, durante e após.....	88
3.2	Um pouco de nós.....	91
3.3	O meu, o seu e o nosso olhar.....	96
3.3.1	Direitos sim, temos?!.....	96
3.3.2	Conheço a política ou apenas consigo acessar?.....	100
3.3.3	<u>Preconceito, reinserção social e território.....</u>	<u>101</u>

3.3.4	<u>Ações e funções</u> .....	104
3.3.5	<u>Ação conjunta entre os serviços</u> .....	108
3.3.6	<u>Acesso</u> .....	111
3.3.7	<u>Espaço de cuidado serviços/tratamento</u> .....	117
3.3.8	<u>Abordagem – fala que eu te escuto!</u> .....	121
3.3.9	<u>Aspectos relacionados aos usuários que não foram citados e/ou percebidos pelos profissionais</u> .....	124
3.4	<b>Quem são os protagonistas: usuários e/ou as drogas?!</b>	128
3.4.1	<u>Singularidade dos sujeitos nas abordagens noturnas</u> .....	135
3.4.2	<u>Será que era a hora de partir?</u> .....	137
3.4.3	<u>A orientação sexual chega aos serviços, e agora, o que fazer?</u> .....	138
3.4.4	<u>Por que não pergunto a sua cor?</u> .....	139
3.5	<b>Processos de trabalho e cuidado – entre construções e desconstruções</b> .....	145
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS OU UM NOVO INÍCIO</b> .....	171
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	176
	<b>APÊNDICE A</b> – Roteiro de entrevista dos profissionais.....	187
	<b>APÊNDICE B</b> – Roteiro de entrevista dos usuários.....	188
	<b>APÊNDICE C</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido paraprofissionais.....	189
	<b>APÊNDICE D</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido para usuários.....	191
	<b>ANEXO</b> – Entrevistas com os profissionais e os usuários.....	193

## INTRODUÇÃO

As inquietações iniciais para o desenvolvimento desse estudo surgem da aproximação, enquanto profissional, ao campo empírico. Realizando um resgate de meu processo de formação, identifico algumas lacunas que me inclinaram para essa temática. A graduação em serviço social é de cunho generalista, ofertando possibilidade de atuação em qualquer política setorial, porém não é trabalhado o desenvolvimento de todas elas; tampouco o público que recebe a assistência é abordado, o que implica certa dificuldade em fazer as correlações necessárias entre política pública de atuação, serviços e pessoas assistidas. Assim, ao longo desse processo inicial de formação, senti a necessidade de, antes de atuar de fato enquanto profissional responsável, realizar treinamento em serviço. Visava realizar as junções necessárias, tratando-se da relação entre teoria e prática, no intuito de obter uma segurança maior.

A partir daí, participei do concurso público para os programas de Residências multiprofissionais do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Após aprovação, escolhi o mais próximo de casa, HUCFF. No ano seguinte, iniciei o curso que, a meu ver, colocou novos desafios, pois, enquanto assistente social, era parte de uma equipe com mais outras seis especialidades (enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e farmácia). Isso me forçava a singularizar o meu papel, bem como o dos outros profissionais, além de compreender que todos nós fazíamos parte de um processo de trabalho cujo produto-fim era o direito do usuário a ter acesso ao serviço prestado, com qualidade. Para tanto, uma equipe coesa se mostrava indispensável.

Passei dois anos num hospital de alta complexidade, rodando por diversas clínicas (cirúrgica, médica, CTI, cuidados paliativos, nefrologia, geriatria, entre outras), me especializando e aprimorando. O maior tempo foi passado na DIP – conhecida como a Clínica de Doenças Transmissíveis -, sendo que as patologias mais presentes eram as de cunho infecto-contagioso. A partir do diagnóstico, identificavam-se as relações com o campo social, o que era singular e/ou coletivo no processo saúde-doença e suas implicações, elaborando estratégias para a intervenção profissional. A

partir do atendimento, percebemos que muitos dos casos possuíam interface com a questão de álcool e outras drogas. Tinha-se alguém na família, ou a própria pessoa estava ligada a uso, abuso ou dependência. Surgiu então a necessidade de estudar esse público e suas interfaces. Apesar disso, não tivemos, na residência<sup>1</sup>, uma disciplina a respeito do tema. E acabei, naquele momento, direcionando o meu trabalho final para analisar como as mulheres soropositivas vivenciavam a sua sexualidade.

Terminada a residência, fui convocada para assumir o cargo obtido, via concurso público, na Prefeitura Municipal de Resende. Na escolha de vaga havia, entre as opções, o CAPSAD – Centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. No ato, foi a minha escolha. Finalmente conseguiria atuar na saúde mental. Tive um misto de felicidade e de medo também: sempre escutei que os assistentes sociais não gostam da saúde mental, ficam perdidos, descaracterizados. No começo foi efetivamente difícil: possuía muitos questionamentos, não entendia alguns processos. Logo eu, “mega concreta”, inserida no “lugar da subjetividade”. Percebi então que precisava novamente me aproximar e estudar conceitos daquela clínica, bem como revisitar leituras do serviço social. Essa vontade de atuar e esse desejo por conhecimento, somados à dedicação, fizeram com que, em seis meses na unidade, eu assumisse um cargo de Gestão - a Coordenação do CAPSAD – e, nas horas vagas, o de Assessora da Superintendência. Nesse momento, não tinha só os meus usuários para atender, e sim uma equipe a direcionar na resolução dos casos. Era um desafio novo: aceitei e segui.

Na época, a questão relativa a álcool e drogas estava gritante na mídia e, com isso, chamava a atenção do poder público e da sociedade civil. Em Resende, só tínhamos uma unidade com um quantitativo de usuários julgado expressivo. Possuíamos muitas frentes de trabalho e uma equipe mínima, que crescia a cada projeto novo – éramos, por assim dizer, a “menina dos olhos”. O perfil dos usuários começou a mudar, pois aquele público mais velho, crônico e alcoologista, foi dando lugar a jovens, usuários de múltiplas drogas, inseridos nas “casas de uso”<sup>2</sup>. Eles até

---

<sup>1</sup> Programa de pós-graduação na modalidade lato senso realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho entre os anos de 2010 e 2012.

<sup>2</sup> Nome utilizado pelos usuários de substância psicoativa para se referir ao local onde realizam o uso da droga. Possuem visualmente uma imagem de casas comuns; entretanto, dentro do espaço,



chegavam aos serviços, porém em geral não permaneciam. Alguns desejavam mudanças na vida, mas faltavam serviços de moradia assistida, por exemplo. O tratamento começava, porém muitos iam dormir na rua; em decorrência, a incidência de não adesão ao tratamento era significativa, embora não faltasse desejo de diminuir o uso e, em alguns casos, de interrompê-lo. Sendo assim, entre aqueles usuários que possuíam algum tipo de vínculo (familiar ou de amigos), ou seja, que tinham suporte e amparo, a permanência era maior. Já aqueles que não possuíam tais vínculos tinham dificuldade maior em prosseguir, inclusive por não terem um lugar noturno em que pudessem dar continuidade, efetivamente, ao cuidado ofertado pelos serviços no período do dia.

Nesse momento de minha experiência em Resende, surge a possibilidade de uma capacitação específica para os gestores - um mestrado na área de álcool e outras drogas subordinado à área da Psiquiatria, ligado a um Centro de Pesquisa (CPAD) e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Tinha por objetivo capacitar os gestores e profissionais que atuavam em alguma política que prestasse atendimento a esse público. Fiz o processo seletivo e fui selecionada.

O projeto do mestrado visava trabalhar o conceito de intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência social, na sua interface com o atendimento previsto aos usuários de álcool e outras drogas. Embora eu atuasse na política de saúde, sentia falta de uma interação maior com a política de assistência social, porque, para o público atendido por nós, era e ainda é necessária uma interlocução entre serviços e políticas, já que possuem funções diferenciadas no que se refere ao atendimento às necessidades. Acreditava-se que, quando tal interlocução não acontecia, a ação não estava sendo efetiva: uma única política setorial não conseguiria dar conta de atender todas as necessidades dos sujeitos, pois suas demandas atravessariam vários aspectos.

Nesse âmbito, foi possível identificar entraves e formular propostas de melhora. Contudo, percebi que cometi um deslize, talvez, no desenvolvimento da pesquisa: não dei espaço à voz dos próprios usuários, os mais interessados na efetividade da

---

geralmente são lugares mal conservados, sem muita limpeza e sem utilização como moradia fixa. Todavia, como os usuários muitas vezes estão em grupo e passam o dia nesses locais, ali realizam suas refeições. Aqueles que ficam por períodos maiores são os que estão em situação de rua, mas nesses espaços também permanecem pessoas com algum tipo de vínculo familiar.

articulação de políticas. A análise, no mestrado, foi feita sob a perspectiva dos gestores e dos profissionais das unidades. Senti-me em dívida e resolvi me candidatar ao doutorado. Dessa vez, gostaria de compreender como vem ganhando forma o sistema de garantia de direitos implementado através das políticas de saúde e assistência social, fazendo um novo recorte: apreciar tal sistema na percepção dos usuários dos serviços nas duas políticas setoriais, bem como dos profissionais que atuam diretamente no desenvolvimento do cuidado.

O objetivo principal da presente tese, portanto, é analisar os possíveis efeitos das políticas públicas de saúde e de assistência social na garantia de direitos dos usuários de álcool e outras drogas, no município de Resende/RJ. Os objetivos específicos são: estudar a percepção dos usuários quanto às atribuições das políticas de saúde e de assistência social; identificar que relações existem hoje entre as políticas setoriais; apreender a concepção dos profissionais acerca das políticas sobre a garantia de direitos no município; entender de que forma os usuários acessam as políticas de saúde e assistência social e, por fim, identificar as formas de cuidado ofertadas pelos executores das políticas.

Tendo em vista que a legislação pertinente ao tema já direcionaria ações e serviços para dar conta da proteção social com o presumido avanço na garantia dos direitos sociais, a seguridade social, conforme definida pela Constituição Federal de 1988, reorganizou as políticas com base em ampliação dos direitos existentes e introdução de novos direitos. Os princípios de base são: universalidade; uniformidade e equivalência; seletividade e distributividade; irredutibilidade; equidade; diversidade; e caráter democrático e descentralizado da administração.<sup>3</sup> Estas políticas deveriam se articular de modo a formar uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente, permitindo assim que as ações dos poderes públicos e da sociedade sejam integradas, no sentido de garantir os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social (BOSCHETTI, 2003). Nesse sentido, a assistência prestada aos

---

<sup>3</sup> Universalidade - determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços. Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; Irredutibilidade do valor dos benefícios; Equidade na forma de participação no custeio; Diversidade da base de financiamento; Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Constituição Federal de 1988)

usuários de álcool e outras drogas requer uma articulação entre setores diversos, que deveriam atuar de forma integrada, para responder a um objetivo comum.

Quando se procura pensar o uso de drogas, percebe-se que as perspectivas a respeito variam de acordo com interesses políticos, econômicos, sociais e ideológicos em evidência em cada momento histórico. Diz-se, no entanto, que a questão vem se apresentando, entre nós, como uma “demanda reprimida”<sup>4</sup>; ou seja, ainda não foram colocadas como prioridade na agenda governamental proposições efetivas no que tange ao trato do uso de substâncias psicoativa e/ou à eventual dependência química relacionada.

Diante desse cenário, pretendo desenvolver este estudo em três capítulos. O primeiro realizará uma discussão a respeito do conceito de direito, da forma como este se apresenta no cenário das políticas sociais; da inserção profissional do assistente social no campo psicossocial e suas implicações; da evolução da temática das drogas e de sua relação com as políticas de saúde mental e assistência social.

O segundo fará uma breve caracterização do campo empírico, do contexto local, sua conjuntura, trazendo o método que utilizaremos e os conceitos que irão apoiar a análise. Cabe ressaltar, em relação à Análise Institucional (AI) – base do método –, que até o ingresso do doutorado eu não possuía dela nenhum conhecimento. Porém pretendo utilizá-la enquanto referencial teórico-metodológico para a pesquisa. Tendo em vista os objetivos propostos e os conceitos desenvolvidos pela AI, acredito que tenha grande correlação com o estudo pretendido.

No terceiro capítulo, analisaremos os resultados obtidos, considerando a percepção da equipe técnica (profissionais) e a percepção dos usuários que foram assistidos pelas políticas de saúde e assistência social do município de Resende, para, em seguida, tentar articulá-los.

---

<sup>4</sup> Ocorre uma discrepância no número de pessoas que fazem uso de substâncias, que acessam os serviços e/ou que necessitam de algum tipo de atendimento. Muitas pessoas sequer acessam os serviços; daí a utilização da expressão “demanda reprimida”, não necessariamente a mais adequada.

## 1 O DISCURSO OFICIAL – ENTRE O PREVISTO E O EXISTENTE

Mas de fato, somos e não somos sujeitos.  
Ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas  
situações, e somos sujeitos e não sujeitamos em outras.  
Isto é, somos sujeitos e não sujeitos em diferentes  
situações.  
Instituídos e instituintes.  
*Merhy*

### 1.1 Direito, o objeto dourado – conquista ou manutenção

Quem tem necessidade é girafa, nos temos direitos.  
*Chico de Oliveira*

Desde que me reconheço como ser social com alguma autonomia, escuto que “*para todo direito há um dever*”. Com essa afirmação, um dito popular, entende-se que não há como ter qualquer direito sem que isso implique a “devolução” de algo. Será que tal assertiva sempre foi um dito comum? Ou é uma forma, digamos ideológica, que impulsiona todos nós a acreditar que, efetivamente, não temos direito a nada? A considerar, por exemplo, que aquilo que auferimos socialmente, seria fruto apenas e tão somente de nossas escolhas individuais, e não de situações de caráter coletivo? Tais indagações nos conduzem, nesse momento inicial da pesquisa, a questionar de que maneira são apresentados os direitos em nossa sociedade atual, ou melhor, em que condições e com quais efeitos são ofertados. Mas... são ofertados ou conquistados?

A palavra direito, em seu sentido denotativo, consiste na

reunião das regras e das leis que mantêm ou regulam a vida em sociedade; reunião dessas leis e normas que vigoram num país; aquilo que é garantido ao indivíduo por razão da lei ou dos hábitos sociais; prerrogativa legal para impor ou para obedecer uma medida a alguém; que expressa justiça<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Dicionário online de Português. Acesso em 22/09/2019.

Tal definição nos direciona para o campo de algo normativo, que orientaria não apenas o que é ter direitos como o próprio exercício adequado dos mesmos. Contudo, os textos legais não são garantias para a efetividade dos direitos. A partir desse ponto, surgem novas indagações: as leis são justas? Para o cumprimento da lei não se pode violar outro direito? É papel do Estado garantir os direitos aos membros da sociedade? De quais direitos estamos falando? Qual a necessidade de haver um sistema de garantia de direitos, na sociedade atual?

Vários estudiosos abordam o conceito de direito, em diversas áreas do saber. Couto (2010), entre eles, evidencia a importância de apreender o desenvolvimento cronológico dos direitos, a saber: os direitos civis, no século XVIII; os direitos políticos, no século XIX; e os direitos sociais, no século XX. Cabe considerar que a autora pressupõe dois paradigmas distintos para explicar a conquista progressiva desses direitos: a) um conduzido pelos jusnaturalistas, que identificam o campo do direito como inerente à natureza humana; logo, em essência o ser já é detentor de direitos; e b) outro, orientado pela ideia de que os direitos são consequências de um movimento histórico, correspondendo a certo homem e suas carências, circunscritas pelas condições sociais, econômicas e culturais de determinada sociedade.

Outra forma de apresentar os direitos é pela ideia de gerações<sup>6</sup>. Os que dizem respeito à primeira geração são os direitos civis e políticos. Os direitos civis, exercidos pelos homens individualmente, não devem contar com a intervenção do Estado para o seu desenvolvimento, uma vez que, direcionado pelo conceito de liberdade, o homem deve ser o provedor de seu direito e utilizar-se dele em relação ao próprio Estado. Já os direitos políticos seriam a efetiva intervenção dos homens no Estado a partir da escolha dos seus governantes. Os direitos da segunda geração, por sua vez, são os direitos sociais. Esses direitos são exercidos pelos homens através da intervenção do Estado, que teria o dever de concedê-los.

Os direitos civis iniciariam um processo de avanço social. No entanto, ainda havia pessoas, no século XVIII, o das Luzes, que se encontravam na condição de escravos e não eram, portanto, reconhecidas como sujeitos de direitos; por exemplo,

---

<sup>6</sup> Foi Marshall quem introduziu a ideia de gerações de direitos. Para aprofundamento, consultar: *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

mulheres, crianças e não proprietários. Eram merecedores de direitos civis unicamente homens livres e donos de propriedade, que, por sua vez, decidiam o destino daqueles não enquadrados em tal condição.

Pode-se com isso perceber que os direitos civis foram limitados a um segmento específico, e não estendidos a toda a população. Desde sua emergência, diversas lutas na sociedade têm por objetivo universalizar os direitos civis, sem esquecer os demais direitos. Cabe ainda considerar que na “Declaração dos direitos dos homens e do cidadão”, na revolução Francesa (1789), e na Declaração dos Direitos do Estado da Virginia, na Independência dos Estados Unidos, em 1776, já se expressava o desejo de luta contra a opressão. Apresentavam-se os direitos civis não mais como vontade divina, mas como de responsabilidade dos governantes.

Com as transformações históricas, emerge a concepção de direito social como uma forma de reconhecimento das necessidades coletivas, já que ele possui um caráter redistributivo – por meio do acesso a bens socialmente produzidos, procura-se manter o equilíbrio e a coesão social. Compreende-se, portanto, que mesmo que o direito exista, seu uso não está garantido; em muitos casos, como é comum se dizer, certo direito existe formalmente, mas não se consegue o acesso a ele ou a sua permanência em uso. Embora instituídos, muitos direitos se mantêm na dependência das condições econômicas momentâneas do Estado, responsável, paradoxalmente, por sempre garanti-los. O Estado teria a função de ofertar, por meio da prestação de serviços e de políticas, direitos para o bem-estar do cidadão, no intuito de atender às suas demandas de saúde, moradia, habitação etc. Essa garantia era, e ainda é, em alguns momentos, questionada, pois poderia atrapalhar a livre concorrência ou estimular a preguiça, a vagabundagem – como alegam, ainda hoje, certos liberais, neoliberais e/ou conservadores.

Em determinados momentos da história, os direitos sociais são inclusive negados em nome do direito à liberdade, porque, para os liberais e neoliberais, o acesso aos direitos sociais poderia minorizar os valores associados aos direitos civis e políticos (ditos direitos à liberdade). Entretanto, cumpre argumentar que, sob a perspectiva dos direitos sociais, busca-se exatamente remover os obstáculos para o exercício da liberdade, pois, sem o acesso à garantia de mínimas condições de vida, a liberdade não pode ser efetivamente exercida. Entende-se, nesse sentido, que o

direito social é uma proposta inserida no chamado Estado Social, implementada mediante políticas sociais cujo objetivo é garantir acesso aos direitos individuais ou sociais, criando aparatos jurídicos e elaborando leis/constituições para normatizar e dar materialidade ao acesso.

Segundo Couto (2010), com quem concordo, a garantia de direitos da população é fruto de muitos embates historicamente construídos entre as classes sociais e, por sua vez, as legislações materializam o pacto firmado entre os diversos interesses de tais classes. A esse respeito, podemos tecer duas considerações: a) a necessidade de que esses contratos sociais, estabelecidos em forma de lei, não caiam num aprisionamento, virando letra morta e/ou b) a possibilidade de que permaneçam em nível individual aquelas demandas que possuem caráter coletivo.

Esses mesmos contratos sociais também podem ser vistos como um instrumento de acesso aos serviços ofertados pelas políticas, pois promovem uma forma, embora instituída, de luta – por meio tanto de condições objetivas para sua socialização quanto de cobrança para sua efetivação. Isso leva em consideração a existência do direito na forma de lei, o que permite pleiteá-lo seja por vias comuns, como as lutas dos movimentos sociais, seja judicializando<sup>7</sup> o processo. Caso haja necessidade de intermediar um direito que já existe, o Estado deverá assegurá-lo por intermédio das instituições que ofertam os serviços pertinentes.

Seguindo essa linha de análise, trago para a discussão um embate caro a nós, assistentes sociais, que estamos diretamente ligados ao exercício profissional instituído nos serviços ofertados pelas políticas sociais (saúde mental e assistência social) – permeadas, como sugerimos acima, pelo binômio concessão ou conquista. Para tanto, levanto dois questionamentos: primeiro, até que ponto há uma concessão direcionada pela perspectiva de que o acesso a determinados direitos reforça a acumulação capitalista por parte dos grandes empresários, na medida em que mantém a reprodução da força de trabalho? Ninguém ignora, nesse sentido, que se proporciona acesso a condições materiais de subsistência de camadas da classe

---

<sup>7</sup> É comum o direito estar previsto em lei, mas não haver a garantia do acesso. Como exemplo disso, na saúde mental, há usuários que, em virtude de comorbidades, necessitam de acompanhamento de outra especialidade. Dependendo do especialista, há dificuldade de agenda e demora do atendimento. Abre-se então um processo dentro do âmbito municipal para antecipar a consulta e, em alguns casos, isso é feito via defensoria pública.

trabalhadora para que estas possuam condições de se manter produtivas. Segundo, cumpre notar que se trata, no caso em pauta, de uma conquista de direitos que não existiam, mas agora existem, o que exige considerar a presença de um processo contraditório, um processo de luta pela ampliação dos direitos para a classe trabalhadora, incorporada no cenário atual.

Segundo Guerra (2013), nesse processo de concessão/conquista, os direitos funcionam como instrumentos de consenso social. Todavia, os direitos sociais instituídos permitem o acesso dos usuários aos serviços e, nestes, os usuários podem exercer seu poder como classe social. Isso ocorre na medida em que se faz necessário um conjunto de mediações (econômicas, institucionais, jurídico-formais etc.) solicitadas, criadas e demandadas ora pelos sujeitos assistidos, ora pelos profissionais que os assistem, em âmbito individual e coletivo, propondo mudanças que culminem, minimamente, na construção de um Estado de Bem Estar Social.

Em termos normativos, a Constituição Federal de 1988 inova, pois os direitos e garantias<sup>8</sup> fundamentais estão inseridos nos princípios da ordem social (art. 193), entre os quais constam os direitos sociais. Em constituições anteriores, estes ficavam em plano secundário, atrelados ao regime econômico. Atualmente, passam a ser considerados em decorrência de situações ditas de risco e vulnerabilidade<sup>9</sup>. Nessa perspectiva, Simões (2011) enfatiza que os direitos sociais estão agora inseridos no âmbito dos direitos e garantias fundamentais, ao lado dos direitos individuais e coletivos da nacionalidade e do direito político, tendo por objetivo assegurar os benefícios e serviços instituídos pelo Estado através dos mecanismos para a sua execução (exemplo: Sistema Único de Saúde – SUS, Sistema Único de Assistência Social – SUAS).

Passando ao plano dos exercícios cotidianos, trazemos a usuária S., que, em 20/06/2019, no “Bom dia, Resende”, fez um questionamento nas mídias sociais (facebook) relacionado ao tempo de espera na Saúde Mental. Segue-se o fragmento:

---

<sup>8</sup> É necessário pontuar que as garantias são de natureza processual, constituindo-se em instrumentos com que o poder público visa assegurar ao cidadão a proteção, reparação ou o reingresso do direito. (SIMÕES, 2011)

<sup>9</sup> Essa circunstância abre o precedente de uma possibilidade de argumentação mediante uma perspectiva técnica, e não somente relacionada ao campo jurídico ou submetida à política econômica. Em outro momento, abordaremos mais detidamente o conceito de vulnerabilidade.



Não gosto de expor certas situações, mas estou muito chateada com o CAPS. O paciente que precisa de um atendimento e tem que passar pela referência (servidor responsável pelo bairro) para isso, tem que ser agendado e demora acerca de uns 15 dias, para ver se e o caso tem indicação para o psiquiatra, e, além disso, caso esteja com algum problema clínico até por consequência dos medicamentos não tem clínico lá, antes quando era no bairro da vicentina tinha suporte para isto, acho que vale fazer uma revisão neste procedimento, pois pode ser tarde de mais quando for passar pelo médico.

O relato de S. reforça a perspectiva de que o acesso existe, mas não está garantido nem protegido nos termos estabelecidos em lei. Corrobora o que diz Vieira (2004, p. 30) em sua lúcida afirmação de que “*não há direito sem a sua realização*”.

Podemos concluir que permanece um desafio, na sociedade atual, pensar no(s) direito(s) e em sua concretização. A sua normatização foi fruto de lutas e conquistas da classe trabalhadora. A respeito, Guerra (2013, p. 45) aponta que o que está posto na atualidade “*não é o reconhecimento legal – positivo dos direitos, mas a luta para efetivá-los, ou seja, a passagem do formal para o real, em outras palavras, do âmbito jurídico-formal para o da sua realização*”.

## 1.2 O assistente social no campo psicossocial e suas implicações

O assistente social é hegemonicamente formado para atuar nas políticas setoriais sob a perspectiva da garantia de direitos. Sua formação é construída através de três aspectos: teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo. Visto isso, Weisshaupt (1985) aponta o serviço social como uma Instituição<sup>10</sup> e frisa que a atuação profissional de seus agentes (assistentes sociais) se desenvolve no interior de várias outras instituições. Nesse movimento, percebe-se um contraponto no interior dos espaços sócio-ocupacionais: os objetivos institucionais e os objetivos profissionais quase sempre são divergentes. Também se observa, muitas vezes, a não definição do fazer profissional dos assistentes sociais, o que acarreta acúmulo de

---

<sup>10</sup> Para RODRIGUES (2019, p.31), no âmbito de movimentos como a Psicoterapia Institucional e a Pedagogia Institucional, as instituições podem ser entendidas em três dimensões: a) as regras que funcionam como leis, b) o que se institui na ação profissional (lugares, papéis) e c) os conselhos (de classe escolar, de saúde), capazes de criar novas instituições. Mas o conceito de instituição é polissêmico e precisará de uma discussão à parte na presente tese.

funções (trabalhador polivalente) e/ou a realização de práticas “sobrantes”<sup>11</sup>. Em sua atuação, o profissional do serviço social realiza a mediação entre os usuários e a instituição. Dependendo da natureza do atendimento e da demanda apresentada, sua função é realizar a institucionalização, o enquadre, o controle, a normatização – aspectos nada simples, nada neutros, ético-politicamente fundamentais.

As ações profissionais do assistente social incidem no âmbito das relações sociais até mesmo quando a questão é a saúde. Quando um membro da família é acometido por alguma patologia, por exemplo, toda a família precisa se organizar para assumir o cuidado e, dependendo da função social desse membro, é necessário colocar um substituto na sua função – principalmente se tal familiar for o de sustentação afetiva/ financeira dessa família.

Outra ressonância importante remete à perda de sustento quando uma pessoa está vinculada ao mercado informal e passa à condição de doente, logo sem renda. Tais ocorrências não são, evidentemente, naturais: decorrem de um sistema econômico excludente e, por vezes – aspecto pelo qual nos interessamos particularmente – causam retrocessos no desenvolvimento das políticas sociais (trabalho/renda/assistência social); logo, rebatem-se no corte de gastos com os serviços assistenciais.

Cabe também considerar que essas ocorrências, ao emergirem no campo institucional, não implicam uma necessidade de atendimento exclusivo por parte do serviço social. Porém, quase sempre somos nós, e apenas nós, os profissionais chamados a realizar o manejo dessas situações familiares, de relacionamento e vinculadas às equipes dos serviços.

Segundo Weisshaupt (1985), os assistentes sociais podem ser vistos sob três referenciais: na relação com o “cliente”<sup>12</sup>; no contexto institucional, neste caso seja internamente – no local em que realizam a prática profissional - ou externamente – em contato com outras organizações.

---

<sup>11</sup> Aquelas atividades profissionais que não necessitam de um profissional específico e/ou aquelas ligadas a demandas da população que não possuem um profissional de referência, sendo encaminhadas para que o Assistente Social as dilua e/ou direcione.

<sup>12</sup> Termo usado para denominar as pessoas que eram atendidas na época da publicação do livro. Atualmente, utilizamos usuário.

Dessa forma, sua ação é considerada como um saber que, na relação com usuários e familiares, procura uma resolutividade, mas que, já na escuta, produz reflexão, orientação e direcionamento específicos. No que se refere ao âmbito institucional, sua atuação corre inevitavelmente o risco de ir ao encontro da manutenção da disciplina, ou seja, de realizar o enquadramento dos usuários às normas institucionais. E, em sua relação com outras organizações, de meramente assegurar o respeito à soberania Institucional.

Prolongando esse debate em direção aos objetivos da presente tese, cumpre mais uma vez dizer que o campo da saúde mental, com seus desdobramentos, sempre foi, para mim, um lugar de inquietação. Ao longo de minha formação acadêmica, não existia uma disciplina específica que trabalhasse aspectos relacionados à temática. Pelo contrário, a presença de assistentes sociais na saúde mental era vista com “maus olhos”, por ser um campo presumidamente direcionado à área *psi*, com seus saberes hegemonicamente individualizantes e privatizantes. Nesse sentido, minha inserção no CAPSAD ocorreu num momento muito oportuno. Outra assistente social havia saído de lá há aproximadamente seis meses; então, eu e outra colega éramos muito esperadas. Até a entrada nessa unidade, eu não possuía nenhum conhecimento do campo psicossocial. Com a inserção no serviço, foram apresentados a nós (à rede de atenção em geral) os conceitos relacionados à clínica e ao direcionamento da intervenção profissional, por meio de uma fala que procurava unificar todas as categoriais – “somos todos profissionais da saúde mental”–, veiculando assim o primeiro estranhamento: na unidade, assim como em todos os dispositivos da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, o assistente social desenvolvia não só a intervenção ligada à sua especificidade profissional como possuía funções comuns às de todos os outros profissionais do serviço.

Na unidade ocorriam, contudo, muitos embates teóricos, por divergência de perspectiva. Foi quando decidimos estudar o pensamento e a ação profissional de cada membro da equipe, relacionando-a com a temática da atuação. Nós, recém chegadas, tínhamos muita insegurança em lidar com algumas situações e nos deparávamos, ao mesmo tempo, com dificuldades para entender os usuários. Demoramos algum tempo para identificar os três tipos de usuários do serviço que a equipe já nomeava (e ainda nomeia), não necessariamente de uma forma produtiva

para sua própria atuação: primeiro, aquele usuário que é “neurótico”, faz uso de álcool e/ou drogas e, em decorrência disso, procura assistência; segundo, aquele que tem um transtorno mental severo e, em decorrência deste, faz uso para amenizar os sintomas; terceiro, aquele que, após tanto uso, desenvolve um transtorno mental ou acarreta um dano severo ao sistema neurológico.

Em termos mais condizentes com uma atuação em políticas públicas, a cada momento é importante identificar a rede de suporte desses usuários para que, junto à equipe, se possa auxiliá-los em seu tratamento e implicá-los nas consequências do mesmo, respeitando o seu desejo. Além disso, vale notar que os próprios usuários costumam se classificar como usuários de drogas lícitas e de drogas ilícitas<sup>13</sup>. Fazem essa diferenciação no cotidiano, nos atendimentos, nos grupos, definindo comportamentos e agrupamentos, e se identificando por intermédio da droga de eleição. Já nós, profissionais da unidade, evitamos colocar o foco nessa divisão entre lícito e ilícito, que alude a legal e ilegal, respectivamente. Privilegiamos avaliar a implicação do consumo na vida dos usuários; melhor dizendo, se tal consumo está, efetivamente, produzindo danos a eles próprios e/ou a terceiros.

É perceptível que os usuários se sentem mais seguros nos atendimentos realizados mediante dispositivos e equipe a eles especificamente direcionados. De modo geral, afirmam sofrer preconceito e ser objeto de estigmatização em outros serviços, inclusive nos de outras políticas setoriais, principalmente no que tange à concessão de benefícios sociais: segundo o que relatam, muitos profissionais acreditam que o acesso a algum rendimento pode direcionar o usuário justamente ao uso de substâncias psicoativas, e não a suprir necessidades.

Percebe-se, com isso, que ainda há relutância, por parte de diversas equipes, em compreender que estar na condição de “usuário de substância psicoativa” não impede o usuário – no caso, usuário em sentido geral – de ser um sujeito de direitos, condição que não deveria ser anulada, violada ou ignorada. Nesse sentido, deve ser respeitado seu direito sobre o próprio corpo – direito de viver, de ficar doente, de se curar e até mesmo de morrer. O direito, no caso, está ligado ao desejo: estar na

---

<sup>13</sup> Drogas lícitas e ilícitas: lícitas são aquelas legalizadas, assim instituídas socialmente; ilícitas são as não legalizadas. Na maior parte das vezes, pessoas que fazem uso de drogas lícitas são tratadas como sujeitos de direitos, ao passo que aquelas que fazem uso de drogas ilícitas são relegadas à condição de viciadas e drogadas (BRITES, 2016).

condição de uso, abuso e/ou dependência é visto como uma escolha, por mais que o problema não seja assim tão simples. Quando o usuário decide realizar um tratamento, isso é feito por contratações, sempre locais e provisórias, e as instituições que prestam o serviço devem ter o cuidado, por meio dos profissionais que operam a política, de não violar tal circunstância.

Entendemos que os profissionais, no desenvolvimento da assistência, precisam adotar uma postura que está para além de um mero posicionamento profissional e/ou carregado de valores morais. Quanto a isso, cumpre ainda lembrar que os profissionais também sofrem rebatimentos das políticas de Estado e/ou de governo, que com frequência acarretam mudanças nas orientações oficiais sobre seu fazer: a depender de quem está exercendo o poder (governando), isso tem notáveis efeitos sobre a população (governados), da qual eles também são parte, embora de forma singularizada, além de implicar mudanças evidentes no direcionamento dado às políticas em que atuam.

### **1.3 A política de saúde mental e o atendimento ao usuário de drogas**

Sob uma certa perspectiva, todo o processo de transformação no campo da saúde mental poderia ser visto como uma busca pelo direito dos usuários – direitos que, muitas vezes, foram violados, aspecto justificado por uma suposta “oferta de cuidado”. Sendo assim, o modo de tratamento anterior à reforma psiquiátrica precisou ser rompido – o que demandou muitas lutas -, tendo em vista que os usuários sofriam dores físicas e psíquicas decorrentes da maneira como eram “cuidados” - em sua grande maioria, encontravam-se isolados socialmente.

A luta por melhores condições na assistência disponibilizada a esses usuários procurava (e segue buscando) garantir um cuidado de qualidade e teve por consequência a reforma do modelo assistencial. Essa mudança de paradigma implica um olhar que não mais se volta para a doença mental, mas para a promoção da saúde mental – alteração não apenas conceitual, mas presente no âmbito da assistência direta. Esta promoção da saúde mental tem implicado um direcionamento da atenção

para a comunidade, passando assim do âmbito individual para o coletivo, derivando de uma atenção apenas assistencial para um pensamento de tipo preventivo, com todos os cuidados ético-políticos que a prevenção requer para não se transformar em vigilância e tutela.

Conforme expõe Amarante (2013, p. 46), o hoje dito usuário, antes “louco”, era cuidado por meio de medicamentos e, em especial, de isolamento, ou seja, de internações em estabelecimentos que o afastavam de suas relações sociais anteriores. Ficava, em suma, retido nos manicômios de todo o tipo, sob a justificativa de ser necessário controlar sua periculosidade – quanto a si próprio e aos demais –, eventualmente aliada à crença de que o ambiente manicomial seria, por si só, terapêutico. O louco ficava visível e era passível de intervenções diversas por parte dos profissionais que atuavam nas instituições de internação. Entretanto, era invisibilizado em sua existência social, já que afastado de seu meio para estar em um outro lugar, supostamente protetor/protegido, mas que dava margem, ao contrário, a toda sorte de arbítrios. As práticas manicomiais sempre foram mais direcionadas para conter o (também dito) paciente do que para acolher sua existência/sofrimento. A opção por privilegiar tal acolhimento, muito inspirada na psiquiatria democrática italiana, modificou sobremaneira a assistência em saúde mental, embora não tenha solucionado todos os seus problemas. Para justificar essa afirmação, recorreremos a Franco Basaglia, citado em escrito brasileiro:

A velha fórmula que justificava o internamento compulsório (perigoso para si ou para os outros ou de escândalo público) é substituída por um artigo de lei que, por conservar ao médico a inteira responsabilidade do julgamento de periculosidade social, introduz confusamente um elemento novo, a avaliação dos recursos disponíveis para resolver o caso, permanecendo, enfim, o julgamento de gravidade, avaliado pela rejeição do paciente à internação voluntária. Abre-se, porém, a possibilidade de soluções alternativas á internação: apenas quando se está de acordo de que estas não existem é, então, obrigado o tratamento de autoridade. De quem é a responsabilidade pela inexistência de soluções diferentes? Como organizar um sistema de serviços que possam tendencialmente eliminar a necessidade do tratamento obrigatório? Não existem garantias de que a situação mudará de modo substancial. É facilmente previsível uma genética reconversão da assistência psiquiátrica na medicina, como já ocorre em outros países. Além do mais, o fato de que um dos componentes que permitem o juízo de gravidade seja também a inexistência de outras soluções, abre no corpo social um novo espaço de contradições. (BASAGLIA et al, 1980, p. 17-23, apud AMARANTE, 2013, p.46)

Como se pôde identificar já naquela época (anos 1970-1980), as instituições

eram espaços que deveriam ofertar cuidado e proteção; porém eram alienantes e opressoras, a ponto de os funcionários e os usuários dos serviços, inclusive, terem dificuldade em aceitar que as práticas manicomiais não tratavam ninguém, não curavam ninguém. Pelo contrário, causavam mais dor e sofrimento<sup>14</sup>.

É relevante reconhecer que a categoria doença mental veicula, historicamente, a marginalização e a exclusão social, e que a nova perspectiva de cuidado, digamos reformista ou desinstitucionalizante, tem por objetivo promover um resgate da cidadania, ofertando condições de vida dignas. Espera-se que traga possibilidades de garantir o acesso aos recursos, entre eles o direito de escolher a forma de ser tratado, e por quem ser tratado. Os usuários, portanto, precisam participar da elaboração e do acompanhamento das orientações referentes ao modelo antimanicomial de assistência.

A modalidade de atenção atualmente em vigor no país, na área da saúde mental, é resultante de um processo surgido entre os anos 1970 e 1980, no contexto de redemocratização do cenário sócio-político. Está especificamente vinculada ao movimento de crítica ao sistema nacional de saúde e ao subsistema de saúde mental, reivindicando uma outra lógica de organização. Mas somente nos anos 1990 as diretrizes da Reforma Psiquiátrica são incorporadas e, assim, passam a se constituir como política oficial de governo, expressa na Política Nacional de Saúde Mental.

Em abordagem mais minuciosa, cumpre dizer que o movimento da Reforma Psiquiátrica surge no final da década de 1970, efetuando então uma crítica ao Sistema Nacional de Saúde Mental. Nessa linha, estava direcionado à crítica ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, até então orientadoras da assistência. Surge, nesse momento, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que desempenha um papel desencadeante na formulação das novas práticas (AMARANTE, 1994, p.88). Isso não quer dizer que as velhas práticas tenham

---

<sup>14</sup> É importante pensar nas relações de poder (psiquiátrico, no caso) estabelecidas entre os profissionais, entre os profissionais e os usuários, entre as instituições e, principalmente, entre a política pública e os problemas de saúde apresentados. No paradigma psiquiátrico-manicomial, visava-se a reforçar a clínica como lugar preponderante do saber, portanto principal detentora do poder. Ela teria, assim, privilégios em relação ao saber dos outros profissionais, bem como ao saber dos usuários assistidos. São vários os atravessamentos presentes nessa perspectiva de cuidado. A nova forma – já não tão nova, por sinal - ao menos oportuniza mudanças de paradigma, pois favorece outras relações de poder entre as classes profissionais e entre estas e os usuários.

desaparecido inteiramente: o grande trabalho, por sinal, é o movimento de desconstrução de práticas e de orientações teóricas.

Até aquele momento, cabia ao médico psiquiatra restringir o espaço de convívio do doente por meio de um aprisionamento (supostamente terapêutico) e da atribuição de um diagnóstico (supostamente orientador do processo de cura). Esse profissional, portanto, tinha uma posição de privilégio em relação ao doente: a este só cabia obedecer, pois lhe era aprioristicamente subtraída a possibilidade de fazer escolhas. Nem se acreditava, na verdade, que fosse capaz de tomar decisões acerca de sua própria vida.

Na década de 1980, reforma psiquiátrica e reforma sanitária se aproximam. A partir desse processo, o movimento ligado à saúde/doença mental ocupa certos espaços públicos e aufere alguns lugares de tomada de decisão, o que possibilita introduzir mudanças no sistema de saúde – por mais que, com isso, a radicalidade que marcara a década de 1970 se veja um tanto atenuada. É o momento de reorganização do sistema dos serviços, recursos e instituições, associado aos governos de Estado.

Sendo assim, o MTSM organiza uma reunião para rever suas estratégias. No II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (1987), surge o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e se propõem novos debates críticos sobre a associação entre doença mental, psiquiatria e manicômios. Implantam-se experiências de *desinstitucionalização*, isto é, não só as de tirar do hospital (desospitalizar) os pacientes, mas voltadas à desconstrução do próprio paradigma psiquiátrico<sup>15</sup>. É nesse contexto que surgem os CAPS como novo modelo de atenção em saúde mental no Brasil.

É com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial<sup>16</sup> - CAPS, na década de 1980, por sinal, que se materializa o modelo de atendimento substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Esses centros, no entanto,

---

<sup>15</sup> Amarante (1994) assinala que o Projeto de Lei 3657/89 propõe a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades assistenciais, o que desencadeia um Debate Nacional. Com isso, aprovam-se vários projetos e, bem mais tarde, a lei da reforma psiquiátrica. (Lei nº10.216 de 6 de abril de 2001)

<sup>16</sup> Esses dispositivos, os CAPS, funcionam como uma estratégia que visa alterar o cenário até então instituído no tratamento dos usuários. Para tanto, é necessário analisar as relações de poder existentes nesse processo, sem esquecer as características setoriais.



passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, momento no qual esses serviços experimentaram grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2005, p.17).

Os CAPS surgem com o objetivo de prestar atenção psicossocial a pessoas com sofrimento mental grave e persistente ou que fazem uso de substâncias psicoativas, pautados nos princípios do SUS, quais sejam: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. A criação de serviços municipais como os CAPS está fundamentada na perspectiva territorial. Assim, reorienta o atendimento na área, além de aproximar a assistência em saúde mental dos cidadãos. Assume, como característica principal, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania. Com isso, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços tanto de saúde como sociais. Tanto de forma geral como no caso específico da oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a atenção aos usuários deve estar baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde.

Tais dispositivos extra-hospitalares, conforme previstos na política, devem fazer uso dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos. Entendemos que uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intersetoriais possíveis aos programas da política de saúde, o mesmo ocorrendo em relação a outras políticas setoriais, organizações governamentais e não governamentais, e demais representações e setores da sociedade civil organizada (POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL EM ÁLCOOL E

OUTRAS DROGAS, 2004).

No que se refere às decisões em relação aos usuários, estas são compartilhadas entre os membros da equipe, o próprio interessado e sua família, numa perspectiva de co-responsabilização. Como afirmado anteriormente, respeita-se o desejo do usuário de querer ou não realizar o tratamento e acatar ou não a forma de cuidado oferecida.

Segundo o psiquiatra italiano Franco Rotelli (1990), citado em escrito brasileiro:

já não estamos mais lidando com o conceito da doença mental enquanto entidade abstrata, que se apossa de sujeitos-objetos, mas sim lidando com sujeitos-concretos que vivenciam experiências singulares, estamos de frente a um novo objeto.” E se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada)” (ROTELLI, 1990, p. 90-91, apud AMARANTE, 1994, p.142).

No município de Resende, *locus* da presente pesquisa de doutorado, no que se refere à rede de atenção psicossocial (RAPS<sup>17</sup>), contamos com vários dos serviços preconizados atualmente: CAPS II – Centro de atenção Psicossocial; CAPSAD – Centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas; CAPSI – Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil; SRHSM – Serviço de referência hospitalar em saúde mental; CNAR – Consultório na rua, ambulatório ampliado e residência terapêutica.

Entretanto, vale dizer que alguns desses serviços foram implementados sem atender a todos os critérios estabelecidos na legislação. Há dois anos, aproximadamente, pactuamos a mudança da modalidade do CAPSAD para CAPSAD III<sup>18</sup>; entretanto, tal alteração não foi possível em virtude de o orçamento para a sua efetivação ter sido bem alto e o município ter alegado impossibilidade de subsidiá-lo. Também solicitamos a implantação da UA – Unidade de acolhimento adulto e da UAI – Unidade de acolhimento infanto-juvenil. Apenas a UA foi aprovada, e ainda não foi desenvolvida no território.

---

<sup>17</sup> Não utilizaremos todos os dispositivos da rede para a pesquisa. Iremos nos debruçar apenas sobre aqueles que possuem atendimento mais direcionado ao público de usuários de álcool e drogas.

<sup>18</sup> CAPSAD – serviço com atendimento em três turnos (manhã, tarde e noite) e CAPSAD III – serviço com atendimento ininterrupto.

O CAPSAD é o dispositivo que oferece atendimento aos adultos com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Em Resende, temos cerca de 2 mil usuários cadastrados, assistidos em dois turnos – manhã e tarde – e divididos nas modalidades seguintes: atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo<sup>19</sup>. Essas modalidades são definidas por meio da elaboração, pela equipe, juntamente com os usuários e seus familiares, do projeto terapêutico singular. Na unidade de atenção, o tratamento se constrói a partir da perspectiva da Redução de Danos. Nessa perspectiva, considera-se que o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário é a primeira premissa para que se sustente a continuidade do cuidado, por mais que o sujeito não se mantenha abstinente. Trata-se, pois, de garantir o cuidado, mesmo que o sujeito não interrompa o uso de substâncias psicoativas. Parte-se do pressuposto de que todo cidadão tem o direito de receber os cuidados necessários, como temos enfatizado no presente trabalho.

Segundo a abordagem da redução de danos, o saber do chamado usuário-cidadão deve ser considerado para a criação/sustentação de estratégias para seu tratamento. Os usuários-cidadãos são estimulados e empoderados para, assim, ocuparem um papel autorregulador e de corresponsabilidade em relação ao gerenciamento do seu tratamento.

A redução de danos era a estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas. Com a Lei nº13.840 de 2019, ligada ao governo recentemente encerrado, no entanto, estão previstas as modalidades seguintes: internação, inclusão em comunidades terapêuticas, além da recomendação de que o tratamento deve ser baseado na perspectiva de abstinência. (BRASIL, 2019). Isso poderia alterar, decerto, a forma de cuidado nas unidades de atenção.

---

<sup>19</sup> De acordo com a Portaria GM 336/02, temos: Atendimento Intensivo - atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico/uso intenso de substância psicoativa, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Semi-Intensivo - nessa modalidade, o usuário pode ser atendido até 12 dias a cada mês. É oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas ela ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendida até três dias por mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

No serviço cotidiano são desenvolvidas as seguintes atividades: acolhimento, atendimento individual, atendimento familiar, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas, manejo de crise, articulação com a rede, visita domiciliares, visitas institucionais, matriciamento, assembléia com usuários, familiares/cuidadores e profissionais, reuniões de equipe e supervisão. Todas elas são desenvolvidas com propósito terapêutico, de reabilitação psicossocial e de reinserção social dos usuários e seus familiares.

O CAPSI, do qual ainda não nos ocupamos em detalhe, é um dispositivo que assiste crianças e adolescentes com transtornos mentais graves ou que fazem uso de substâncias psicoativas. A demanda dos adolescentes que fazem esse uso é acolhida pela equipe da unidade. Embora se faça um recorte – o de uso de substância psicoativa –, são assistidos na unidade infanto-juvenil porque considerados pessoas em desenvolvimento.

No CAPSI realizam-se as mesmas atividades que no CAPSAD, ou seja: acolhimento, atendimento individual, atendimento familiar, grupo terapêutico, oficinas terapêuticas, manejo de crise, articulação com a rede, visita domiciliares, visitas institucionais, matriciamento, assembléia com usuários, familiares/cuidadores e profissionais, reuniões de equipe e supervisão. Acrescentam-se ainda, contudo, o matriciamento escolar e no DEGASE.

Ainda acrescentamos mais um serviço à rede, o SRHSM, que é o dispositivo previsto para internação de curta permanência – 3 a 10 dias – para pessoas com transtornos mentais graves e usuários de substâncias psicoativas que necessitem de manejo de crise<sup>20</sup>, suspensão do território por intoxicação aguda, que desejem estar abstinentes ou que coloquem a si próprios ou a terceiros em risco.

A lei 11.343/2006 foi alterada pela lei 13.840/2019, também ligada ao governo federal terminado, que determina que haja duas modalidades de internação: voluntária e involuntária. A internação voluntária terá documento escrito contendo a aceitação do usuário no momento de entrada e de saída. Já a internação involuntária é aquela realizada sem o consentimento do usuário, a pedido da família ou do responsável legal e, na falta destes, de servidor público da saúde, assistência social ou órgãos

---

<sup>20</sup> Pessoas que estão em surto psicótico, tentativa de suicídio, intoxicação por uso de substância psicoativa, alucinações visuais e auditivas.

integrantes da SISNAD. Vale ressaltar que a internação compulsória é a realizada por determinação judicial.

Outro serviço existente na rede e que atua realizando o cuidado àqueles que se encontram em situação de rua é o consultório na rua. O CNAR é uma equipe que assiste pessoas que se encontram em situação de rua, sendo um organizador e um gerenciador do atendimento à saúde dessa população. Atualmente possui uma sede em Resende, a antiga casa do CAPSAD. Entretanto, todos os atendimentos acontecem em territórios pré-determinados, ou seja, estabelecidos previamente pela equipe após mapeamento dos territórios.

Vasconcellos (2008) aponta para a forma como é desenvolvido o processo de trabalho na atenção psicossocial: um trabalho intensivo, com relações pessoais diretas entre os trabalhadores e a população de um modo geral, realizado através de forte implicação social. Esse trabalho enfrenta condições bastante desfavoráveis no contexto neoliberal, marcado pelo desinvestimento em políticas sociais. Com componentes de dimensão simbólica profunda (questões religiosas, espirituais e/ou ideológico /políticas) e contato com uma realidade de sofrimento que requer decisões importantes, exige autonomia, diferenciação profissional e conhecimento da rede de serviços, o que nem sempre (muito raramente, se formos menos otimistas) ocorre.

Os profissionais da área *psi* inseridos nessa nova modalidade de atendimento não abandonaram sua formação específica; entretanto, permitiram-se atuar em um campo de experimentação, buscando novas formas de apropriação teórica para instaurar práticas inovadoras. Passaram a atuar, como os demais profissionais no campo da saúde mental, em dispositivos coletivos como oficinas terapêuticas, grupos operativos, assembleia etc., extrapolando o modelo clínico convencional, talvez ainda hegemônico entre os psicólogos.

A partir dessa atuação, passaram a ser reconhecidos, as demais especificidades profissionais lotadas nos dispositivos da saúde mental, incluindo assistentes sociais, como "*trabalhadores da saúde mental*". Em uma analogia, para o serviço social isso implica atender não só a nossas atribuições privativas, mas também às de atenção psicossocial relacionadas à temática de álcool e outras drogas.

Nesse campo<sup>21</sup> – o das abordagens psicossociais –, há um esforço em compreender os pontos em comum de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, a fim de executar, como equipe, intervenções no campo profissional e/ou na política pública.

#### **1.4 A construção da política de assistência social e sua interface com as drogas**

A Constituição Federal de 1988 e a LOAS (1993) definem a assistência social como política pública de caráter não contributivo, voltada para as necessidades da população. Ela passa a transitar, conseqüentemente, do campo do assistencialismo clientelista para o campo da política social, defendendo a atenção aos interesses dos segmentos mais empobrecidos da sociedade. Dentre tais segmentos, estão aqueles que não conseguiam ter assegurada sua subsistência pela insuficiência da renda do trabalho, pela condição geracional ou por limites físicos e mentais. Essa nova forma de ação da assistência social, por meio de parâmetros legalizados, conferiu a esta política outro destaque.

É importante ressaltar que a LOAS definiu, ao menos na forma da lei, um novo desenho institucional, apontando para a universalização, a garantia dos direitos sociais, o acesso aos serviços sociais e a participação da população através do controle social (COUTO, 2011). Ao longo do processo ocorreram vários debates, que acabaram por resultar na aprovação da PNAS – Política Nacional de Assistência Social.

---

<sup>21</sup> Tal campo é afetado por grandes atravessamentos políticos, atualmente por meio de medidas de cunho neoliberal. A começar pelo corte na saúde, pelo congelamento de recursos por 20 anos pela PEC95/2016, pelas reformas previdenciária e trabalhista, e por propostas que impõem retrocessos na política de saúde mental via portaria 3.588/2017, aprovada pela CIT, sem consulta à sociedade.

A PNAS foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (2004)<sup>22</sup>, efetivando a criação do Sistema Único de Assistência Social (2005)<sup>23</sup>, que tipifica os serviços e direciona sua forma de atuação. Num breve histórico, retomaremos acontecimentos da década de 1990, momento em que localizamos um período de crise política e econômica: a referida política não conseguiu absorver as demandas de proteção social que então surgiram, limitando-se a ações pontuais. Cumpre ressaltar que as características que destacaremos extrapolam os muros da assistência social, a exemplo do desemprego e da precarização do trabalho.

Nesse período, a ação das classes dominantes objetivava transformar a política de assistência social em um dos principais mecanismos de enfrentamento das desigualdades sociais provenientes do sistema capitalista. Seu escopo de atuação foi, conseqüentemente, aumentado, pois, além de assistir aos pobres, miseráveis e inaptos para produzir, inclinou-se também para o atendimento aos desempregados oriundos da (suposta) crise econômica. Os profissionais executores dessa política, por sua vez, foram direcionados a atuar no combate à pobreza.

Como destaca Mota (2011), as abordagens estão postas em dois campos: o teórico e o político. A saber:

O campo da democratização do capitalismo, fundado na flexibilização das relações institucionais de poder e no acesso de parte da riqueza social produzida é a base do compromisso entre classes antagônicas; e o da sua superação que, enquanto prática social, apresenta-se sob proposições anticapitalistas, de inspiração socialista, amparadas na defesa da socialização do poder político e da riqueza, materializadas em lutas pela reapropriação do valor de uso social e coletivo do trabalho humano. (MOTA, 2011, p.09).

A política de assistência social passa então a funcionar como um elo nas relações de produção e reprodução social<sup>24</sup>. O trabalhador, no capitalismo, necessita vender, no mercado, a sua força de trabalho, pois é daí que auferir seu modo de

---

<sup>22</sup> Explicita as diretrizes para efetivação da política enquanto direito de cidadania, responsabilidade do Estado. Tem suas bases num modelo de gestão compartilhada pautada nos três níveis de governo com suas atribuições e competências definidas. (COUTO, 2011)

<sup>23</sup> O SUAS está fundamentado na visão do Estado como garantidor do direito, responsável por formular políticas públicas em todo o território nacional, organizar o sistema de serviços, benefícios e ações da assistência social de caráter permanente e eventual. (COUTO, 2011)

<sup>24</sup> Para maior aprofundamento desse conceito, consultar a obra *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*, de Marilda Villela Iamamoto (2017).

subsistência. Quando esse trabalhador não encontra acesso ao mercado de trabalho, à regulação das relações trabalhistas, à cultura, a algum controle social dos riscos associados ao fato de não estar eventualmente inserido no mercado, ocorre um impacto significativo na seguridade social, dado ser necessário o consumo para a reprodução do sistema. Quando os trabalhadores ficam destituídos da possibilidade de efetivar sua própria subsistência, o Estado os ampara para que o sistema possa se manter.

Cabral e Paiva (2020) afirmam que a política nacional de assistência social foi construída para promover a integração dos serviços ofertados no âmbito da assistência social com as demais políticas públicas. São, assim, prerrogativas dessa legislação: 1) promover ações preventivas; 2) promover a proteção básica e/ou especial por meio da inserção social de famílias grupos e indivíduos que delas necessitam para manter a sua segurança de sobrevivência através de rendimento e de autonomia de acolhida de convívio ou vivência familiar.

A parcela da população que não consegue suprir suas necessidades por intermédio do salário passa, em decorrência disso, a ser o público da política de assistência social. Podemos, nessa linha, apreender a relação existente entre trabalho, assistência social e intervenção do Estado na reprodução material e social da força de trabalho. A política de assistência social aparece como a responsável por cumprir um papel econômico e político, na medida em que possibilita, a esse público “destituído”, algum acesso aos bens de consumo. Isso indica, uma vez mais, a centralidade que tal política vem apresentando. Em muitos casos, os programas de transferência de renda constituem a única fonte de recurso de determinadas famílias brasileiras (MOTA, 2011).

Ainda na década de 2000, como aponta Couto (2011), a crise fiscal do Estado implicou sucateamento dos serviços públicos por meio do corte de recursos - processo iniciado no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) e mantido no Governo Lula. Com o objetivo de realizar o pagamento da dívida pública, houve uma redução no financiamento e nos repasses para Estados e municípios. Cabe ainda ressaltar que a política econômica, dentro desses parâmetros, vem produzindo o agravamento das questões sociais, pois não se enfrentam as contradições em curso. Com isso, vemos



o aumento da desigualdade, as más condições de emprego, a falta de acesso à moradia, o sucateamento da política de saúde etc.

Com todas essas dificuldades relacionadas ao mundo do trabalho, a assistência social passa a absorver a função integradora da ordem social, anteriormente pertencente ao próprio trabalho assalariado. Essa expansão ocorre ao mesmo tempo em que a do mercado, na qualidade de mediações para o atendimento às necessidades sociais. Para quem não consegue se inserir no modelo do mercado, o Estado oferta serviços socioassistenciais.

Outro fator que corrobora as afirmativas acima é o fato de ter acontecido um aumento de recursos na política de assistência social, mas de tal aumento ter sido, tendenciosamente, canalizado para os programas de transferência de renda (Bolsa família e Benefício de Prestação Continuada). Só o programa Bolsa família, no ano de 2005, acompanhava 11 milhões de famílias, tendo sido nele investidos aproximadamente 5 milhões de reais, ou seja, 30% dos recursos do MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Os governos FHC e Lula tiveram rumos parecidos, caracterizando-se por ações de cunho emergencial, assistencialista, intermitente, fundadas na solidariedade, atuação filantrópica, trabalho voluntário e parcerias. Os marcos legais não passaram ilesos por essas questões. O Sistema Único de Assistência Social, criado no governo Lula, surge de uma iniciativa de ressignificar a relação entre Estado e Sociedade Civil, objetivando organizar, racionalizar e regulamentar a relação público/privado, evitando a sobreposição de ações e desperdício dos recursos.

O direcionamento das políticas públicas, ancoradas num modelo de Estado mínimo, reedita velhas fórmulas, na medida em que legitima formas privadas de provisão social, através da parceria público/privado. Estimula-se a colaboração e a mobilização dos recursos existentes na sociedade mediante a participação da sociedade civil nas ações.

Tal modalidade advém das transformações societárias decorrentes do capital, tendo sido estabelecidas por meio da reestruturação produtiva e da agenda neoliberal de contrarreformas do Estado. Estas últimas repercutem em uma nova forma de intervenção social: o Estado aponta como medida um *Estado mínimo para o social e*

*Máximo para o capital*, tendendo para a desregulamentação do trabalho e a desresponsabilização pela questão social.

Corroborando a afirmação,

Aqui reside a idéia de construção de um Estado gerente, no qual a provisão de alguns serviços sociais pode ser transferida para a sociedade. O Estado deve favorecer a multiplicação desses auto-serviços coletivos ou serviços públicos pontuais de iniciativa local. Para tanto, faz-se necessário reinserir a “solidariedade voluntária” na sociedade. (MOTA, 2011, p. 115).

Percebe-se que a redução da intervenção estatal no enfrentamento das questões sociais está em correlação com o crescimento da participação das entidades da sociedade civil no desenvolvimento das políticas sociais. Esse movimento é defendido por meio de duas justificativas: (1) a existência de entidade prestadoras desses serviços em longo prazo, em virtude da ausência do estado nessa área e (2) o aumento da participação social sob a égide da democratização do Estado. Esses argumentos, por sua vez, reforçam as propostas das agências multilaterais (Banco mundial, CEPAL, PNUD/BID), que se diferenciam muito pouco entre si, pois têm todas o objetivo principal de reduzir a função Estatal diante dos mais vulneráveis, repassando para a sociedade civil esta função, já que a prioridade seria atenuar a crise fiscal através da redução dos gastos.

Tal cenário não apresentou grandes mudanças, mesmo depois da implantação do SUAS. O sistema de assistência colaborou para definir e delimitar de que forma a política iria ser desenvolvida, pois, de forma clara, prevê em seus objetivos: prover os serviços de proteção social básica e especial às famílias; assegurar as ações que tenham centralidade na família e que garantam a convivência familiar e comunitária.

Com base nessa perspectiva, percebe-se a necessidade de respostas que visem ao desenvolvimento de abordagens de cunho intersetorial, ou seja, que estabeleçam relações entre as diversas políticas para a realização de ações conjuntas no que se refere à proteção social básica e especial, e ao enfrentamento das desigualdades sociais. Essas políticas intersetoriais funcionariam como um orientador para a construção de redes municipais, na medida em que transcendem o caráter específico de cada política, possibilitando, em tese, sair de um atendimento compartimentado. Esse conceito de intersetorialidade também pressupõe a articulação entre os sujeitos e visa à promoção de relações entre os executores das

políticas setoriais no espaço institucional, respeitando as particularidades de cada setor.

A fim de especificar o funcionamento oficial do SUAS, pode-se dizer que ele é um sistema único constituído por Proteção social básica e Proteção social especial.<sup>25</sup>

A proteção social básica possui a perspectiva da prevenção de situações de risco através do fortalecimento dos vínculos familiares/comunitários e desenvolvimento de suas potencialidades. Como público, inclui pessoas em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação de renda, fragilização de vínculos afetivo-relacionais ou de pertencimento, tendo como dispositivos de referência os CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

No cenário escolhido para a pesquisa (Resende), possuímos sete CRAS, que são divididos em sete territórios, e um itinerante. Cada unidade é referência para, em média, de quatro a dez bairros, que possuem em média 600 famílias em acompanhamento. O CRAS oferta o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Entre os objetivos desse serviço, estão a prevenção da ruptura dos vínculos familiares e comunitários, a promoção de ganhos sociais e materiais das famílias e o acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais. Realiza-se também a gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo a organização e a articulação das unidades a ela referenciadas e o gerenciamento dos processos nela envolvidos.

A proteção social especial, por sua vez, é direcionada para o enfrentamento de situações de risco familiar e a indivíduos cujos direitos já tenham sido violados ou estejam em situações em que já tenha ocorrido o rompimento familiar e comunitário. Destina-se, pois, a pessoas que se encontrem em situação de alta vulnerabilidade social decorrente de abandono, privação, perda de vínculos familiares, exploração, violência, entre outros. Os serviços são divididos em: média complexidade ou alta complexidade.

Nos de média complexidade, as famílias e indivíduos tiveram seus direitos violados, mas os vínculos não foram rompidos. Nos de alta complexidade, os

---

<sup>25</sup> Cabe considerar que os equipamentos da assistência social no município aqui abordado são pactuados e credenciados para o recebimento de incentivos. A realidade do município é de profissionais lotados nas unidades via concurso público.

indivíduos e famílias com direitos violados estão sem referências e/ou sob ameaça, necessitando por isso ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário, respectivamente. Os dispositivos de referência são os Centros de referência especializados de assistência social – CREAS e o Centro de referência especializado em população em situação de rua – Centro Pop. (PNAS, 2004)

Na cidade de Resende, na média complexidade temos: um CREAS; um serviço especializado de abordagem social – SEAS; o Programa de Erradicação do trabalho infantil – PETI; e um Centro Pop. No presente estudo, abordaremos somente o CREAS, o SEAS e Centro Pop, por serem os equipamentos que possuem uma interface maior com a temática de álcool e outras drogas.

O CREAS é um serviço que tem como objetivo acolher, orientar e acompanhar famílias e indivíduos em situação de violação de direitos, fortalecendo e/ou reconstruindo os vínculos familiares e comunitários. O CREAS possui o papel de executar, coordenar e fortalecer a articulação dos serviços socioassistenciais com as demais políticas públicas e com o sistema judiciário. Os serviços ofertados no equipamento são: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).

Os usuários atendidos no CREAS se encontram em situação de risco pessoal ou social, com direitos violados ou ameaçados. São exemplos de violações: o abuso sexual, a violência física ou psicológica e o abandono ou afastamento do convívio familiar.

O Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS) integra a rede de serviços de proteção social especial (PSE) de média complexidade e, em Resende, está atrelado ao CREAS. O SEAS tem por finalidade assegurar um trabalho de abordagem e busca ativa que identifique, nos espaços públicos, a incidência de pessoas em situação de risco social. Essas buscas são realizadas de forma continuada e programada, procurando, nos espaços públicos, famílias e indivíduos com direitos violados. Tenta-se construir, mediante o desejo dos usuários, o processo de saída das ruas, e procura-se ofertar condições de acesso tanto à rede de serviços como a benefícios socioassistenciais. Em articulação com o PAEFI e o Serviço

Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro Pop), o SEAS deve promover ações para a reinserção familiar e comunitária das pessoas em situação de rua, potencializando a rede de proteção social. Portanto, precisa empreender um trabalho contínuo, com ênfase em um processo educativo centrado na orientação, comunicação e defesa de direitos, a fim de garantir o acesso dessa população aos programas sociais ofertados pelo Estado.

O Centro Pop presta assistência a famílias e indivíduos nas mais diversas situações de vulnerabilidade social ou violação de direitos, como violência física, sexual, psicológica, situação de rua, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, entre outros.

As formas de acesso ao serviço são várias. A primeira, e mais comum, ocorre por identificação e encaminhamento pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que analisa a eventual situação de vulnerabilidade. Outros tipos de acesso são feitos: por serviços de proteção e vigilância social; por encaminhamento de outros serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas setoriais, dos demais órgãos do sistema de garantia de direitos; e/ou por demanda espontânea do indivíduo ou família. O acolhimento pelo Centro Pop tem como propósito potencializar a capacidade de proteção da família, além de favorecer a reparação da situação vivida.

Especificamente no cenário do município, o Centro Pop tem funcionado como um centro dia, das 8h às 18h - dez horas por dia, portanto -, de segunda a sexta-feira. São ofertadas três refeições: café, almoço e lanche. Os usuários acessam o banheiro para realizar a higiene pessoal e têm à disposição: lavanderia; área de convivência, com televisão, mesa de jogos; oficinas. Entre as últimas, temos: a de futebol, a de cidadania, a de cinema, e pretendemos retomar a de geração de renda. A equipe técnica é composta por psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, que fazem o acompanhamento dos usuários: atuam no encaminhamento para tirar documentos, bem como para a área da Saúde, Educação, Trabalho e Renda; realizam atendimentos voltados para o fortalecimento e/ou retomada do vínculo familiar.

Na alta complexidade, anteriormente (entre 2016 e 2017), tínhamos o que chamávamos de “república”. Funcionou por oito meses, porém parece ser um dispositivo voltado para um público cujo perfil difere daquele de Resende. Na época, a república contava com uma casa, que abrigava até dez pessoas; mas não possuía

equipe técnica, apenas um guarda, que ficava com os usuários no período noturno. Para que a república funcionasse, deveria contar com usuários com bastante autonomia e em que o uso de substância psicoativa não estivesse comprometendo as tomadas de decisão. Esse modelo foi encerrado pela gestão, após concluir que nesse formato as ações não estavam sendo efetivas.

Atualmente, no que se refere de Serviço de acolhimento Institucional, o que temos é o abrigo<sup>26</sup>. O Estado do Rio de Janeiro já o reconhece, porém ainda não estamos recebendo incentivos, nem estaduais nem federais. O abrigo se caracteriza por uma “casa” na qual o usuário pode ficar por volta de seis meses, prorrogáveis por mais seis. Possui 28 vagas para acolhimento, das quais 20 fixas, 5 flutuantes e 3 exclusivas para encaminhamentos da saúde. Caso não haja usuários nesse último perfil, essas 3 vagas se tornam flutuantes.

O encaminhamento, segundo o regimento interno do abrigo, dá-se pelo Centro Pop. Este encaminha para o acolhimento, a fim de que o usuário acesse o serviço. Como critério de inclusão, ele deve estar em acompanhamento pelo Centro Pop há três meses, no mínimo. Se hoje chegar um migrante, por exemplo, e este permanecer na cidade e demandar o acolhimento, só terá acesso a partir do momento em que completar três meses de acompanhamento. Mas há casos e casos. Quando se percebe que determinado usuário precisa ter acesso mais rápido ao abrigo, as equipes (Centro Pop e Abrigo) se reúnem e o encaminhamento é antecipado. O lado delicado dessa questão é que, pela tipificação geral dos serviços da Assistência, há 3 modalidades de acolhimento de adultos e famílias: o albergue, a casa de passagem e a república. Em Resende, no entanto, ocorre a junção das três numa só. Ao mesmo tempo em que a chamamos de casa de passagem, também a chamamos de abrigo ou de acolhimento noturno.

Retornando a questão das políticas, há alguns aspectos inovadores a que cabe dar destaque, pois introduziram mudanças notáveis. São eles: os usuários da política; a abordagem territorial; a matricialidade sociofamiliar<sup>27</sup> e o financiamento.

---

<sup>26</sup> Inicialmente esse serviço surge com o formato de uma “Casa de passagem” em que os usuários poderiam ficar por até três meses, renováveis por mais três. Após um ano de funcionamento, concluiu-se que a modalidade abrigo atenderia melhor o perfil daquele território.

<sup>27</sup> Aspecto de grande relevância, pois visa o deslocamento da concepção do indivíduo isolado para o núcleo familiar, trazendo para o debate, inclusive, as novas concepções de família. (COUTO, 2011)

Quanto aos usuários da política, a partir da PNAS passa-se a ter, deles, uma nova concepção. Para além dos sujeitos tradicionalmente assistidos, há a incorporação da população inapta para o trabalho e, ainda, de uma parcela da população que se encontra desempregada, subempregada ou precarizada em seus vínculos laborais. Tudo isso implica rebatimentos na política e reflexos sobre a relação existente entre pobreza, trabalho e desigualdade social, como já antecipamos. Essa perspectiva supera, de certo modo, a fragmentação anterior, na medida em que abrange, como sujeitos, aqueles que se encontram em situações de vulnerabilidade social, e não os conceitua mais por segmentos (adolescentes/ idosos). (COUTO, 2011)

A abordagem territorial procura romper com a fragmentação, ao propor que as ações sejam planejadas territorialmente, visando à universalidade da cobertura e ao monitoramento da rede de serviços socioassistenciais. Constitui também o espaço privilegiado das manifestações da questão social sobre a qual as políticas devem atuar.

A matricialidade sociofamiliar, por sua vez, indica a presença e a centralidade da família na proteção social, sendo ela o princípio ordenador das ações, principalmente no enfrentamento das necessidades sociais.

Finalmente, quanto ao financiamento, cabe ao gestor da política, em seu respectivo âmbito, a responsabilidade de administrar o fundo, com orientação, controle e fiscalização dos conselhos. Ocorreu, assim, um rompimento com a lógica anterior, havendo agora repasses fundo a fundo e cofinanciamento pautado em pisos de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

Santos et al (2018, p. 03) apontam que, nos governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, é notório que a política nacional de assistência social teve grandes avanços através de alguma redistribuição de renda, o que implicou certa redução das desigualdades sociais. Isso foi fruto de um esforço através do aumento de número de programas sociais lançados nesse período, por exemplo: o Bolsa Família, o programa Minha Casa Minha Vida, Luz para todos, o Programa Universidade para Todos (PROUNI), entre outros. Em 2011, Dilma Rousseff instituiu o sistema único de assistência social através da lei número 12.435, que efetiva um

processo constituinte de 1988. Cabe dizer que já na primeira década dos governos democráticos se provou que é possível crescer com distribuição de renda.

O governo Temer, entretanto, adotou a direção de retirada dos direitos dos usuários da assistência social através de uma agenda de cortes de investimentos. Os governos de Lula e Dilma foram reconhecidos por retirar 220 milhões de pessoas da extrema pobreza, mas, logo depois, a sociedade brasileira assistiu ao desmantelamento do sistema único de assistência social e à redução do Programa Bolsa Família. Somado a isso, ainda houve o congelamento dos recursos com a aprovação da emenda constitucional 95/2016. A falta de responsabilidade com quem mais necessita, no caso, mostra-se irrefutável.

Ainda identificamos muitos entraves no Sistema Único de Assistência Social, mas sua instituição foi um marco: unificou o desenvolvimento dessa política em nível nacional, embora respeitando as questões regionais. Seu desenvolvimento ocorreu na forma de política de Estado, e não de governo. Contando com determinação jurídica e fiscalização, inclusive, pela sociedade civil, possibilitou o acesso da população aos serviços socioassistenciais enquanto direito, e não como favor ou ajuda por solidariedade. Porém um Golpe de Estado<sup>28</sup> ocorre em 2016, no cenário instaurado no governo da então presidenta Dilma Rousseff. Tal cenário incluía, ao menos segundo as versões dominantes, estagnação econômica, falta de controle das taxas de inflação e crescentes gastos governamentais, o que apontaria para uma possível recessão. Tal conjuntura contribuiu para viabilizar o Golpe Jurídico-Parlamentar-Midiático que alterou a base de sustentação do governo federal e permitiu, com isso, a ascensão do governo ilegítimo de Michel Temer mediante a uma ampla coalizão que assegurou a intervenção econômica por meio de um duro plano de austeridade.

No tempo presente, estamos vivenciando uma forma avassaladora de desmonte dos sistemas públicos estatais. As políticas de defesa de direitos sofreram um duro golpe, que se materializa com o congelamento dos recursos pela aplicação

---

<sup>28</sup>Esse golpe possui contornos diferenciados dos anteriormente vividos no país. O novo governo deixa clara a sua marca conservadora e ainda conta com o auxílio da mídia, que reforça esse comportamento. Tal atuação é ainda reforçada por uma política de negócios que direciona o Congresso, com a conivência do Judiciário.



do Novo Marco Fiscal – medida neoliberal acompanhada de contrarreformas que ameaçam as conquistas do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Anteriormente, o CNAS havia aprovado, em 19 de julho 2017, a Proposta Orçamentária da Assistência Social no valor de R\$ 59 bilhões para 2018 (Resolução nº 12/2017), sendo 2,7 bilhões para manter a rede de serviços e pagar parcelas em atraso (1,3 bilhões). No entanto, em 2018, o Ministério do Planejamento, além de estabelecer o limite de R\$ 900 milhões para toda a rede de serviços e programas na área, lançou uma proposta de orçamento bem abaixo desse mesmo limite: apenas R\$ 78 milhões. (MDS, 2018)

Essa situação inviabiliza a manutenção do que pode ser considerado a maior rede de serviços, programas, projetos e benefícios da América Latina, com os seguintes indicadores: mais de 30 milhões de famílias referenciadas nos mais de 8 mil Centros de Referência de Assistência Social e Centros Especializados de Assistência Social; mais de 160 mil pessoas acolhidas e protegidas por uma rede estatal complementada por organizações de assistência social, que atende crianças e adolescentes em risco, pessoas idosas e com deficiência, mulheres em situação de violência, população LGBTQIA+, adolescentes em conflito com a lei, população em situação de rua, migrantes e famílias. Ou seja, com as mudanças relacionadas ao golpe de 2016, milhares de pessoas podem ficar sem proteção devido à descontinuidade dos serviços especializados. Cumpre ainda ressaltar que mais de 4,4 milhões de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, sendo 2,4 milhões de pessoas com deficiência e 2 milhões de pessoas idosas, estão com seus direitos ameaçados. E mais de 13 milhões de famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família correm o risco de perder seus direitos pela redução em 11% dos recursos, o que demonstra uma intenção de redução no acesso, além dos impactos na rede de serviços. Nesta rede, o maior impacto previsto incide sobre as mulheres, que são, em sua maioria, usuárias dessa política e, ao mesmo tempo, responsabilizadas socialmente pela função de cuidadoras das crianças, das pessoas com deficiência e dos idosos - público prioritário da política de assistência social.

Somam-se a tal panorama mais de 650 mil trabalhadores/as do SUAS atuando nessa rede de serviços, programas, projetos e benefícios, que serão afetados/as diretamente. Por esse motivo, o golpe contra o SUAS é um golpe contra todos e todas,

mas, especialmente, contra aqueles e aquelas que vivem diariamente as consequências da desigualdade e as violações de direitos.<sup>29</sup>

O governo Temer assume, como projeto, fazer com que o Brasil volte a gerar lucro, sem problematizar como essa perspectiva afetará os mais pobres e trabalhadores. Para garantir o *ajuste*, investe-se no *retrocesso*. Realiza-se um investimento pesado contra os direitos civis, políticos, trabalhistas e sociais. Põem-se também em risco os mecanismos constituintes das Políticas de Enfrentamento à Pobreza dos governos petistas anteriores, que, a despeito de seus diversos percalços, viabilizaram a inclusão de amplos segmentos pauperizados pela via do consumo. A rigor, há permanente ameaça à democracia brasileira, inclusive com o avanço do desmonte da Constituição Federal de 1988 mediante Propostas de Emenda à Constituição – PECs. Neste cenário, vê-se ainda um congresso reacionário, repleto de deputados e senadores processados ou réus da justiça, e um judiciário silenciado.

Insistindo um pouco mais na dimensão conservadora do governo Temer, cabe destacar a minimização dos programas sociais, em particular o Bolsa Família e o BPC, aumentando significativamente os critérios restritivos. Somado a isso, suspendem-se novas contratações do “Minha Casa, Minha Vida”, abandonando a meta traçada pelo governo Dilma de contratar dois milhões de moradias até o fim de 2018.

É desastroso o desmonte do SUAS, que está instituído em todos os 5.570 municípios brasileiros, inserindo em torno de 2 milhões de famílias nos serviços socioassistenciais, básicos e especializados de Proteção Social. Tal desmonte aponta para o que chamamos de *retrocesso* no modo como o Estado Brasileiro vê, atende e cuida das famílias pobres.

Tanto os governos Lula e Dilma quanto o governo Temer não se preocuparam por “cortar na unha” os direitos históricos da classe trabalhadora a fim de garantir os lucros do sistema financeiro e das elites burguesas. Entretanto, foi no governo Temer, aprofundado no de Bolsonaro, que se deu uma aceleração do desmonte de todo o sistema protetivo do trabalho como meio de atender aos interesses dos organismos internacionais e dos grandes oligopólios, nacionais e internacionais. Esse desmonte

---

<sup>29</sup> Além do corte orçamentário ao SUAS, o governo apresenta a previsão de R\$ 1 milhão para o Programa Criança Feliz, o que revela a prioridade de um programa pontual em detrimento de um sistema público estatal.

foi materializado por meio de um conjunto de projetos de lei e emendas constitucionais, voltados a garantir o cumprimento dos compromissos assumidos com o capital financeiro. A lógica é simples, mas perversa: demonstra a impossibilidade de continuação do projeto de conciliação de classes, emergente nos governos petistas, que ora mantinha os privilégios históricos da burguesia (nacional e internacional), ora investia em políticas compensatórias para os(as) trabalhadores(as).

Diante desse cenário, cabe resistir e, em nosso cotidiano, nos espaços socioocupacionais, informar a população da conjuntura atual e de suas implicações. O objetivo é criar estratégias de resistência coletivas, tendo em vista que o processo de privatização das políticas sociais acarreta um retrocesso dos direitos sociais, posto que os despolitiza.

Isso é feito quando se direciona a execução das atividades sociais para instituições privadas, embora com caráter dito público. Desconfiguram-se com isso os direitos sociais, que passam/voltam a ser concebidos como benefícios, podendo, portanto, ser oferecidos por quem quer que seja. Deles se subtrai, nesse sentido, a presença da luta de classes, ou melhor, o papel da classe trabalhadora na conquista de melhores condições de vida e de trabalho; logo, veem-se despolitizados. Podemos até mesmo pensar que ocorre uma retomada da assistencialização da pobreza e, ainda, uma refilantropização da questão social. Ao despolitizar os direitos sociais, retirando deles o caráter de luta e, conseqüentemente, de trabalho coletivo por transformações na vida social, individualizam-se as questões apresentadas pelos sujeitos que vivenciam as refrações do modo de produzir capitalista.

O consumo de álcool e outras drogas, presente nos usuários que assistimos, pode estar associado a outras questões vivenciadas por eles e suas famílias. Dentro da Política de Assistência Social, apresentam-se como situações de vulnerabilidade e risco social e, ainda, podem conter episódios de violação de direitos. Compreendemos que o usuário nessa situação requer um cuidado multifatorial; portanto, as ações não devem ser exclusivamente ofertadas pela proteção social (SUAS), embora certamente esta seja uma das políticas que necessitam estar presentes.

Os equipamentos da política de assistência social podem colaborar em situações que apresentam essa interface, tendo em vista que atuam cotidiana e

diretamente no fortalecimento dos vínculos, no enfrentamento da pobreza, nas situações de violência, no tráfico de pessoas, na situação de rua, ou seja, atuam diretamente no território, além de acompanhar situações de negligência, preconceito e exclusão social. É no território que nos deparamos com os acontecimentos que levam ao medo, ao preconceito, à criminalização, e a atuação profissional se faz no sentido de colaborar para a autonomia e a segurança dessas pessoas e famílias.

Para tanto, é necessário que a equipe dos serviços consiga compreender que o mundo está permeado por diversas culturas, que as pessoas estão em contato e realizam o consumo de substância de diversas naturezas. Elas bebem, fumam, aspiram e injetam e/ou comem por objetivos diversos, e esse consumo pode promover estados de alteração da consciência, ampliação da atenção, relaxamento, alucinações. As motivações para esse consumo podem ser busca espiritual, ampliação da capacidade profissional, prazer, sofrimento e até mesmo falta de coragem para enfrentar as vicissitudes da existência.

A questão do uso está ligada a diversos sentidos do corpo. Entretanto, quando se pensa sobre os seus efeitos, geralmente são privilegiados os efeitos colaterais, ou seja, o impacto do uso no organismo, evidenciando riscos e danos, e não outras sensações possíveis que podem se apresentar. Vale lembrar que a definição da OMS afirma que a droga é toda substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento (Brasil, 2011)

Os serviços instituídos no SUAS, através de suas equipes, podem realizar uma escuta qualificada que possibilita ampliar o olhar para essas questões dentro do contexto familiar, compreendendo as histórias de vidas e o sofrimento compartilhado contribuindo para atenuá-lo, restabelecendo os vínculos e ampliando a rede de proteção.

É extremamente importante que os serviços da assistência social, tanto aqueles inseridos na proteção social básica como na proteção social especial, atuem para fortalecer o protagonismo dos usuários na construção dos projetos pessoais, e também fortaleçam as famílias na sua função protetiva e vínculos comunitários. Todo usuário, inclusive o que consome drogas, é sujeito de direitos, devendo ser tratado

com dignidade e respeito, reportando-se às suas particularidades. Assim, o tipo de cuidado que eles desejarem deve ser ofertado pela rede de serviços.

Cabe também considerar que o SUAS está avançando na qualificação da rede de serviços, reafirmando princípios como o direito à cidadania e à integralidade, o que permite direcionar um cuidado para o sujeito, e não meramente focado nas drogas. Esse ato de se direcionar para as demandas dos sujeitos, inclusive para aquelas que parecem a princípio não ter relação com as drogas, tem o sentido de acolher tais sujeitos em sua integralidade e implica ampliar suas possibilidades e contribuições dentro do contexto familiar, o que fortalece as relações dentro do próprio território.

Conhecer as histórias de vida dos usuários permite-nos criar/oferecer distintas abordagens. Isso pressupõe reconhecer que as famílias, em suas singularidades, estão vivenciando uma série de situações de vulnerabilidade, tais como: ruptura de vínculos, convivência na extrema pobreza, baixa escolaridade, poucas oportunidades de trabalho, alguma deficiência, doença mental ou outras associadas, inexistência de documento, ameaça de morte, falta de comida. Esses problemas dificultam a sobrevivência, o acesso e a adesão ao tratamento proposto, aspecto que não é específico da política de assistência social. Mas é por isso que tal política deve dialogar diretamente com as outras políticas para forjar uma atuação conjunta. Isso aparece na literatura especializada e também nos discursos dos técnicos, seja da saúde seja da assistência social.

Outro ponto a destacar é que muitos profissionais entram nos serviços *sem a* qualificação necessária e esperada, ou seja, sem conhecimento e experiência na área e com dificuldade de perceber os diferentes atravessamentos que o território pode apresentar. Portanto, a capacitação permanente deve ocorrer dentro dos serviços, para que os profissionais da política consigam reconhecer as situações apresentadas pelos usuários que consomem drogas como passíveis de incluir: histórico de uso, eventuais desinteresse, desânimo e desmotivação, oscilações de humor, ansiedade, depressão etc..

Cabe, então, continuar realizando o cuidado e dando assistência às famílias e aos indivíduos, fortalecendo o vínculo, dando apoio, prestando acesso a informações, incentivando a adesão aos serviços especializados, viabilizando o acesso aos

benefícios, tais como documentação, inclusão no auxílio Brasil<sup>30</sup>, requerimento de BPC, entre outros. Além do mais, o trabalho a ser desenvolvido requer o enfrentamento de estigmas e preconceitos, incrementando o respeito a diferentes formas de ser e estar desses usuários no mundo, sem discriminação de qualquer natureza, seja por orientação sexual, etnia, credo, escolaridade, classe social etc.. O consumo de alguma substância não deve ser fator condicionante para a oferta e frequência do atendimento.

Cumprindo ainda acrescentar que o conceito vulnerabilidade social<sup>31</sup> adotado pela PNAS (2004) possibilitou uma visão ampla do fenômeno consumo de álcool e drogas, Para além da associação à extrema pobreza, consideram-se outros fatores na interação no território, como a discriminação, o preconceito, as barreiras sociais, o convívio social, o isolamento e os históricos de uso nas famílias.

Nem sempre a família é a ideal, ou seja, podem existir conflitos, violências, rebatimento de questões sociais no seu âmbito. A família pode não ser, portanto, um espaço de proteção e cuidado. Nesse sentido, é necessário que os profissionais fiquem atentos para que eles mesmos não reforcem estereótipos e culpabilização às famílias, super simplificando, com isso, a problemática em pauta e promovendo mera moralização em lugar de cuidado e direitos sociais.

A condição de vulnerabilidade e risco social associado ao uso de drogas não é um motivo para o encaminhamento desses indivíduos e suas famílias para os serviços de proteção social especial e/ou para os serviços especializados, como CAPSAD. Na realidade, o serviço de proteção social básico deve identificar as situações e compartilhar os casos com aqueles serviços que se acredita que possam contribuir nesse cuidado – simultaneamente do SUAS e do SUS –, implicando-os na atenção e mantendo suas responsabilidades respectivas na condução.

---

<sup>30</sup> O Auxílio Brasil é um programa de transferência de renda do governo Bolsonaro e que sucedeu o Bolsa Família. Entre as ações do programa está um benefício mínimo de R\$ 600, pago de forma temporária, a famílias elegíveis inscritas no Cadastro Único. A partir de janeiro de 2023, o programa social voltou a se chamar Bolsa Família após a aprovação da Emenda Constitucional da Transição. O presidente Luiz Inácio Lula da Silva manteve, com isso, o compromisso firmado durante a campanha às eleições presidenciais.

<sup>31</sup> A vulnerabilidade social é um conceito que aparece na PNAS. Porém poucas discussões teóricas consistentes se apresentam sobre ele. Nesse caso, indica-se uma recente tese *Da balbúrdia dos Vulneráveis ensaios sobre a noção de vulnerabilidade nas políticas sociais* do Paulo Armando Esteves Martins Viana.

Já na proteção social especial, os vínculos já foram rompidos e/ ou violados; portanto, há um nível maior de agravamento dos casos. Os serviços, através dos técnicos, devem então se articular para realizar o encaminhamento desses usuários para o território; para tanto, devem estar atentos à vinculação do usuário, ao encaminhamento e às respostas dos serviços da saúde, articulando os acompanhamentos em conjuntos e estimulando a continuidade dos atendimentos para promover a adesão. Esse tipo de ação requer que as pessoas atendidas compreendam o motivo do encaminhamento, a importância da adesão e a integralidade entre as ações dos serviços. O diálogo proposto entre eles visa discutir competências e delimitar atuações dos técnicos de cada área, para que consigam elaborar os instrumentos de trabalho em conjunto – tanto o Plano individual de Atendimento – PIA como o Projeto Terapêutico Singular- PTS<sup>32</sup>.

Merece destaque, ainda, a necessidade de desvincular a população em situação de rua do uso de drogas, porque tal nexos carrega uma estigmatização. Como deveria ser evidente, mas nem sempre é, há pessoas que usam drogas e não estão na rua, bem como pessoas que estão na rua e usam drogas, e outras ainda que usam drogas, mas não se encontram em situação de vulnerabilidade social, não sendo, portanto, um público da Assistência Social.

A criação do Centro Pop teve por finalidade ofertar um serviço especializado à população em situação de rua, previsto no decreto 7.053 /2009 que institui a política nacional para essa população. Esse serviço possui um espaço físico próprio, tem ambiente para realizar acolhimento, guarda de pertences, realização de oficinas educativas, higiene pessoal. Tais espaços devem ser entendidos como lugares para promover o resgate da autonomia e a ressignificação do sujeito, em sua vivência pessoal e social. Portanto, devem ser humanizados e acessíveis, servindo de endereço para essa população e também para a sua inserção no CadÚnico.

---

<sup>32</sup> O projeto terapêutico singular (PTS) funciona como organizador do cuidado na saúde e delimita as práticas a serem realizadas. Procura dar consistência ao desejo do usuário na configuração do como será desenvolvido o processo de tratamento, constituindo, nesse sentido, uma espécie de contrato que inclui não somente usuários e técnicos, mas igualmente a família, o território e seus recursos. O PTS não se reduz a algo burocrático: é necessário avaliar as demandas, as potencialidades e, notadamente, precisa-se contar com a participação dos usuários.

No que se refere às práticas profissionais, estas devem expressar a capacidade de acolhida inicial e uma postura receptiva em todo o acompanhamento. Precisam fornecer o acolhimento em condições de dignidade, minimizando os eventuais danos decorrentes de longas vivências de isolamento e abandono, reconstruindo os vínculos sociais e comunitários, apoiando projetos pessoais que favoreçam um processo gradativo de saída das ruas para vivências em espaços mais protegidos.

Cabe não esquecer que há pessoas em situação de rua que possuem moradia, mas usam o espaço da rua como espaço de trabalho e sobrevivência. A rua é um espaço de tensão e disputa de poder, ampliando riscos. Dentro desse contexto, o dispositivo de assistência deve promover o acesso à documentação pessoal e a inclusão no CadÚnico, assim como a obtenção de outros benefícios municipais, a essas pessoas.

No que diz respeito às ações da equipe técnica, as do Centro Pop são para oferecer suporte técnico, bem como incentivo e orientação para que as pessoas se vinculem aos serviços de saúde, dando continuidade ao acompanhamento. Percebemos, contudo, que há um desconhecimento, por parte da equipe da saúde, dessa função ou da maneira como sua execução tem sido feita. Como isso, vem ganhando forma certo estranhamento e/ou incômodo nas equipes de saúde: eventualmente veem as ações aqui focalizadas como uma “forçação de barra” para que o usuário passe a aderir o tratamento.

A saúde decide, efetivamente, sobre o processo de tratamento. Porém, quando o usuário está internado, os serviços do SUAS devem manter contato com ele(a), de modo a contribuir com seu processo terapêutico e preparar seu retorno aos serviços. As equipes, nesse caso, devem sensibilizar o usuário acerca da importância da adesão ao tratamento para a sua qualidade de vida, procurando fortalecer os vínculos familiares e ampliar a participação social. Mas percebemos que esse acaba sendo um processo um tanto isolado da saúde.

A percepção da dificuldade de enfrentar isoladamente esse tipo de demanda não aponta exatamente para uma fragilidade nas equipes, mas, talvez, para uma dificuldade de compreender a complexidade do tema e das situações apresentadas. Há uma necessidade de articulação permanente e consistente com os parceiros para encaminhar e eventualmente resolver os casos.



A exemplo disso, o dispositivo CAPSAD realiza atendimento aos usuários que fazem uso de drogas e, em algumas situações, necessita se relacionar com o Abrigo (para as crianças) e/ou família acolhedora. Normalmente isso ocorre quando esses responsáveis estão em processo de perda do poder familiar, entre outras questões. E notamos que a presença do serviço, através de seus profissionais, visa a esclarecer o contexto desse uso e a sua evolução no tratamento proposto. Contudo, o olhar moral do judiciário coloca em risco todo o vínculo construído, por entender que é necessária a abstinência total. Sendo assim, as pessoas têm receio de admitir o consumo, por medo de serem, por isso, impedidas de resgatar vínculos familiares e obter o retorno da guarda. Há uma necessidade de articulação para efetivação dos direitos, mas isso também é prejudicado pela diferenciação do olhar sobre as demandas dos usuários. As concepções morais, muitas vezes, violam os direitos.

Não podemos deixar de citar que no governo do ex- presidente Jair Bolsonaro vivemos tempos tenebrosos, pois o avanço das contrarreformas reacionárias destruiu os sustentáculos essenciais da política de seguridade social: saúde, previdência e assistência social. Isso ocorreu através de uma perseguição sem precedentes a direitos historicamente conquistados, evidenciando-se uma política de negação de direitos, agravada no período pandêmico.

O projeto político do bolsonarismo naturalizou o uso da força e da violência. Ocorreram sucessivos cortes e privatizações na saúde pública, na previdência e na assistência social, que fizeram a diferença nas ações do Estado para conter (ou não) a pandemia em terras brasileiras.

Vivenciou-se uma retirada quase total dos direitos historicamente conquistados e a centralização e fortalecimento do poder nas mãos do executivo, que não deixou de lançar mão de um conjunto de medidas de caráter totalitário, sob a justificativa de garantir a proteção de seu governo. Este paradigma transformou uma situação de emergência em regra, conferindo legalidade jurídica a um conjunto de práticas não consideradas no regramento constitucional.

Em nenhuma das propostas apresentadas pelo então presidente ou por sua equipe existiu algo que se voltasse à proteção da vida da população que vivia em condições de miséria. Não houve nada que promovesse e preservasse a vida: todas as ações de governo foram direcionadas a viabilizar a morte, mediante o enxugamento

total do Estado brasileiro e a aplicação de uma política punitiva contra a classe trabalhadora - em especial, contra negros/as; população LGBTQI+ e mulheres.

O governo em pauta representou, portanto, uma reação patriarcal, misógina, racista e lgbtqiafóbica aos novos parâmetros de direitos até então conquistados por diversas populações que, com suas ações, colocaram as normativas tradicionais de comportamentos em xeque. A figura do ex-presidente encarnou, de forma patética, a alegada – por ele e seus apoiadores - “lacuna” criada pela decadência das figuras paternas. Com isso, teve repercussões na seguridade social brasileira: esta, que ao longo de muito tempo se limitara a modelos binários, recém começara a questioná-los, reconhecendo formas não normativas na sociedade capitalista.

O governo do ex-presidente representou a retomada da violência e do silêncio, da tentativa de aniquilamento de todos/as os/as outros/as que representassem, a seu ver, uma ameaça à ordem patriarcal. Alegando a reconquista do espaço perdido, visava a legitimar as perversidades contra determinados grupos e, com isso, recolocar o homem branco e heterossexual como representação dominante de nosso universo simbólico - na medida em que o enfraquecimento da ordem patriarcal favorecera novas formas de sociabilidade, instituindo novos modelos de produção de subjetividade. Esses novos modos de subjetivação não se limitam àqueles ligados às novas legislações protetivas e garantidoras de direitos, incluindo também, e por vezes primordialmente, aqueles que dizem das maneiras e dos jeitos cotidianos com que lidamos com pertencimento, corpos, sexo, identidade e reconhecimento na sociedade. Estas transformações nas práticas têm, em alguma medida, se constituído como elementos favoráveis às transformações (e destruições) no campo dos direitos sociais.

Felizmente, com as recentes eleições presidenciais (2022), Bolsonaro passou a ser conhecido como o único presidente da história brasileira que não se relegeu. Com a posse do atual presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no início de 2023, espera-se o retorno às políticas sociais de proteção e de uma equipe técnica qualificada que possa investir no planejamento das ações necessárias à reconstrução e união.

## 2 A BELA RESENDE – RETRATO DA INSERÇÃO DAS POLÍTICAS NO CENÁRIO MUNICIPAL

Bucólica cidade, calma e bela,  
 Ao pé da Mantiqueira ela nasceu!  
 Do tempo traz histórias que viveu,  
 Conversas na varanda... Na janela...  
 Bucólica cidade, que inda zela  
 Por coisas que seu povo ali aprendeu!  
 Quem é daquele tempo lembra dela,  
 Em coisas que a memória não esqueceu...  
 Gigante que o progresso alavanca,  
 Desponta, qual Detroit do Brasil,  
 Na mídia, nos jornais, em cada banca,  
 Assusta ao resendense ainda gentil,  
 Que abraça ao forasteiro, sem carranca,  
 E, aos poucos, vai mudando o seu perfil!

*Ineifran Varão*

O texto do poema expressa um encantamento - terra com raras belezas naturais, muito verde, um ar puro, relevos montanhosos, cachoeiras, rios cristalinos, fauna, flora, em sua vasta extensão territorial. A região tem, é verdade, lugares deslumbrantes como Visconde de Mauá, Serrinha do Alambari, Engenheiro Passos, que se destacam não só pelo encanto natural, mas também pela saborosa comida caseira. Há grande diversificação de entretenimento: de passeios a cavalo e/ou de charrete a passeio de balão e paraquedismo. Trata-se de uma das cidades mais visitadas do Estado do Rio de Janeiro, perdendo apenas para a capital. Em toda a sua singularidade, é um local de pessoas muito afáveis que, como disse *Ineifran Varão*, poeta da região, “abraça” literalmente quem chega.

Aos poucos, no entanto, o perfil dos munícipes vai ganhando outros contornos.

Esta ponte, que o povo, com carinho,  
 Chama de velha, sim, já fez cem anos.  
 No passado era o mágico caminho

Para as tropas, os carros, os humanos.  
 Em face do festivo burburinho,  
 A ponte revelava seus arcanos  
 Para todos, até para os insanos  
 Que a buscavam, em pleno torvelinho.  
 É certo que atraía suicidas,  
 Aquelas criaturas tão sofridas  
 Mirando o Paraíba revoltoso...  
 Mas unindo, inspirando alegorias,  
 Hoje suscita bênçãos, alegrias,  
 E pereniza um tempo mais airoso.

José Alberto Somavilla

Essa descrição poética é a de um dos marcos de Resende: a ponte Nilo Peçanha. Sim, a ponte e a igreja matriz formam o cenário histórico da cidade. A primeira, que marca a travessia do pedestre sobre o rio Paraíba do Sul, cortando os territórios da cidade, frequentemente é matéria de jornal com notícias tristes - como diz o poeta: cenas de suicídio. O que faz, em um local tão belo, tão cheio de vida, o munícipe e/ou o forasteiro se jogar no rio, no desatino de ser levado por ele? Local também, portanto, de encontro de muitas vidas findas. Entretanto, ali também há produção de vida, com muitas abordagens de cuidado, momentos de ressignificação, reencontro e vínculo.

A praça...  
 Quantos sonhos, quanta espera,  
 Quanta alegria de colegiais.  
 De repente era sempre primavera  
 No canto irreverente dos pardais.  
 Neste momento, em transeis terminais  
 A praça da matriz se desespera.  
 Ninguém escuta seus sentidos mais:  
 Infame, triste indiferença impera...  
 Sempre foi o centro, a alma desta terra:  
 Era aqui o lugar dos carnavais,  
 Das retetas, encontros, uma era  
 Desfigurada em pó e nada mais.  
 Regressar a outro tempo... Ah quem me dera...  
 A época dos pais dos nossos pais,  
 "Flertes" na quermesse, a gentil quimera:  
 O bar do ponto, encontro de casais.  
 Relembro "A Lira", doce, mas severa,  
 Na defesa de puros ideais  
 De uma democracia mais sincera  
 Que parece exaurir-se em carrascais.  
 A praça morre, já não reverbera,

Morrem também os sonhos, os jornais,  
A fimbria do olhar azul da serra,  
Fatos comuns nos dias atuais.

José Alberto Somavilla

A praça já não é a mesma, está triste e cinzenta – as festividades não mais acontecem lá. A cada dia mais fria e vazia, não há crianças brincando, não há brinquedos, não há idosos no carteado, não se escutam vozes. O coreto virou abrigo para aqueles que lugar não têm. O espaço de convívio se transformou em espaço do habitar e, com isso, cenário de ação do Estado para aqueles retirar. Produção de vida há, através de outras formas de expressar. O belo se confunde com o real, que não tem como se apagar. No simbolismo do local, essas ações algo querem despertar.

## 2.1 O marco disparador

O pontapé inicial surge das indagações que buscam apreender e correlacionar a forma como os profissionais, usuários e familiares das unidades constroem e se utilizam dos serviços ofertados pelo município, partindo da legislação regulamentadora, da concepção da proteção social e do sistema de garantia de direitos.

Compreender a interface entre as políticas de Saúde e de Assistência Social requer construir um caminho no qual é mister trazer à cena o sistema de proteção social brasileiro, tendo como marco a instituição da Seguridade Social, refletindo sobre suas particularidades históricas, intrinsecamente relacionadas ao contexto econômico, político e social. Como conceito amplo, a proteção social, desde meados do século XX, engloba a seguridade social (ou segurança social), o asseguramento ou garantias à seguridade e as políticas sociais (PEREIRA, 2000). A primeira constitui um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais, cuja ocorrência afeta negativamente as condições de vida. Já o asseguramento identifica-se com as regulamentações legais que garantem a seguridade social como direito do cidadão. As políticas sociais, por sua vez, referem-

se a uma ação pública que visa concretizar o direito à seguridade social por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros.

No campo econômico, cumpre falar da crise dos anos 1980, quando aumentam as taxas de inflação, bem como a recessão e o desemprego no país. Isso se deu juntamente com a organização política dos trabalhadores, construída ao longo da década, ampliando sua organização com a formação do novo sindicalismo político, a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e a construção do partido dos trabalhadores. Esse período, denominado “transição democrática” ou “Nova República”, como afirma Pereira (2000), foi caracterizado por uma reorganização institucional finalizada com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, em 1986, e por uma concepção de proteção social na qual tanto os direitos sociais quanto às políticas concretizadoras desses direitos receberam atenção especial.

Nesse período, ocorreram várias mobilizações na sociedade, tornando-se as políticas sociais centrais na agenda de reformas institucionais, o que resultou nas características assumidas pela Constituição Federal de 1988. Nessa constituição, a reformulação formal do sistema de proteção social incorporou valores e critérios que, não obstante já antigos fora do país, soaram, no Brasil como inovação semântica, conceitual e política. Categorias como “direitos sociais”, “seguridade social”, “universalização”, “equidade”, “descentralização político-administrativa”, “controles democráticos”, “mínimos sociais”, entre outros, passaram a nortear o novo padrão de política social a ser adotado. (PEREIRA, 2000, p.152)

Na área social, as novas diretrizes constitucionais previam: maior responsabilidade do Estado na regulação, no financiamento e na provisão das políticas sociais, bem como universalização de acesso aos benefícios e serviços, ampliando o caráter distributivo da seguridade social e evidenciando o controle democrático exercido pela sociedade, assim como a adoção de uma concepção de “mínimos sociais” como direitos de todos os cidadãos.

A Constituição Federal de 1988 avançou, por conseguinte, na esfera da seguridade social, envolvendo três políticas: Saúde, Assistência Social e Previdência Social – saúde universal, assistência social de caráter distributivo e previdência de caráter contributivo.

Concebendo essas três políticas como um conjunto integrado de proteção social pública, na perspectiva da cidadania, a constituição introduziu, de fato, tanto do ponto de vista conceitual quanto do arranjo institucional, inovações na experiência brasileira de bem-estar. Assim, além de considerar tais políticas como mecanismos imprescindíveis de concretização de direitos, concebeu um novo modo de financiamento da área, apoiado em fundos e orçamentos únicos e redefiniu benefícios e formas de organização pautadas pelo princípio da universalização. (DRAIBE, apud PEREIRA, 2000, p.155)

A política de saúde entende esta última em sentido ampliado, o que faz com que não seja vista como mera ausência de enfermidades, mas como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços. (BRASIL, 1988). Esse conceito de saúde, dada a sua amplitude e extensão, acaba por atribuir a uma política setorial o papel de formular políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Nesse sentido, tal política pública passa, necessariamente, a operar intersetorialmente, pois sua execução implica a mediação de outros setores para ser viabilizada. Vale mais uma vez lembrar que, ao final da década de 1980, a política de assistência social brasileira passa a ser tratada como política pública, integrante da Seguridade Social. O fato de ser alçada à condição de política pública, direito do cidadão e dever do Estado implica uma mudança de concepção, retirando a assistência social do campo da benemerência, do dever moral e do assistencialismo, e inserindo-a no dos direitos sociais.

A Assistência Social, portanto, passa a ser direito do cidadão e dever do Estado – política não contratual que deve prover os mínimos sociais por meio de um conjunto articulado de ações, de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas da população.

É importante salientar que ambas as políticas – de saúde e de assistência social – possuem direcionamentos distintos, que são ofertados aos usuários por intermédio dos serviços em que estes são atendidos. No entanto, em sua grande maioria, os mesmos sujeitos são assistidos pelos serviços das duas políticas e, caso encontrem

entraves para acessar um deles, isto pode se refletir negativamente no processo específico ligado ao outro.

## 2.2 O caminhar metodológico e a caracterização do campo

Iniciamos a construção do percurso da pesquisa por meio de uma revisão referente ao tema das políticas públicas, para subsidiar a definição do objeto e os objetivos. No momento, importa falar dos procedimentos que foram utilizados, situando-os no vasto campo dos métodos de pesquisa, com suas potencialidades e seus entraves. A abordagem do estudo foi de natureza qualitativa e o referencial de base foi a *análise institucional*. Os critérios de inclusão de participantes foram: profissionais e usuários que atuavam ou eram assistidos, respectivamente, nos dispositivos da Política de Saúde Mental e de Assistência Social do município de Resende.

A temática, de natureza complexa, foi estudada no intuito – bastante difícil, reconhecemos – de melhorar a relação entre as equipes e possibilitar uma melhor qualidade da assistência prestada à população do município.

Resende é um município do Estado do Rio de Janeiro localizado na região do médio vale do Paraíba. Possui uma área de 1.116,2 km<sup>2</sup>, distribuída em 7 (sete) Distritos (1º Centro, 2º Agulhas Negras, 3º Bulhões, 4º Visconde de Mauá, 5º Pedra Selada, 6º Fumaça e 7º Engenheiro Passos), representando 2,54% da área total do Estado do Rio de Janeiro, e tendo uma população estimada de cerca de 130.035 mil habitantes, segundo dados do IBGE (2017). É o 23º município mais populoso do Estado, sendo Resende considerada, atualmente, uma das cidades que mais cresce no Rio de Janeiro. A expectativa de vida média é de 75 anos. É o município mais antigo da região, pólo industrial, automotivo, metalúrgico, de energia nuclear, turístico e sede do segundo maior complexo militar do mundo e o maior da América Latina, a *Academia Militar das Agulhas Negras* – a única voltada à formação de oficiais combatentes do exército. Resende está a cerca de 146 quilômetros da capital estadual, Rio de Janeiro. Apresenta um clima tropical, ligeiramente suavizado pela



altitude de 407 metros acima do nível do mar. O município de Resende comporta três Centros de atenção psicossocial: CAPS Casa Aberta, CAPSI e CAPSAD – Resende. O CAPS Casa Aberta assiste pessoas que possuem algum tipo de transtorno mental grave ou severo; o CAPSI é porta de entrada para a saúde mental de crianças e adolescentes, absorvendo as gravemente comprometidas (autismo, psicose, neurose grave, violência doméstica) e/ou usuárias de álcool e outras drogas; o CAPSAD é responsável pelo atendimento e oferta de tratamento para a população adulta e usuária de álcool e outras drogas. O CAPSAD foi cadastrado em 17 de dezembro de 2004 pela Portaria 759. Antes do cadastramento, o serviço funcionava, desde 1998, como Ambulatório Ampliado – PADEQ (Programa de Atenção em Dependência Química).

Hoje, o CAPSAD atua de forma articulada com outros dispositivos da rede de serviços sócio-assistenciais e de saúde, tais como: Hospital Municipal de Emergência (HME), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Santa Casa de Misericórdia de Resende, Unidades Básicas de Saúde (Programas de Saúde da Família – PSF – e Programas de Agentes Comunitários de Saúde – PACS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e População Migrante (Centro Pop).

No intuito de obter maior abrangência quanto ao universo de usuários de substâncias psicoativas, em Resende se optou por diversificar os locais que realizam atendimento, sendo 4 unidades de saúde pública e 11 unidades de assistência social. Mais precisamente: um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSAD), um centro de atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSI), um serviço de referência hospitalar em saúde mental (SRHSM); um consultório na rua; oito Centros de Referência de Assistência Social fixos e um CRAS itinerante, um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e um Centro de Referência para população de rua (Centro Pop).

Entre os dispositivos da Rede de atenção psicossocial e socioassistencial selecionamos, com vistas à presente pesquisa de doutorado, os serviços que exibem maior integralidade junto aos usuários assistidos no CAPSAD, pois muitos deles se encontram com vínculos familiares rompidos e direitos violados. Sendo assim,

circulam nas outras políticas sociais ofertadas pelo município. Como dispositivos de pesquisa, foram utilizadas a observação participante e a entrevista.

Foram realizadas 14 entrevistas com profissionais e, entre elas, cinco na saúde mental (CAPSAD, CAPSI, SRHSM, CNAR), nove na assistência social (CRAS, CREAS, Centro Pop) e oito com usuários que circulam entre os referidos serviços. As entrevistas ocorreram nos referidos cenários após a explicação dos objetivos da pesquisa e o aceite dos participantes.

Essas entrevistas foram gravadas – as transcrições constam em anexo – a partir da autorização dos profissionais/usuários que receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o qual ofereceu explicações aos participantes, tais como: descrição dos procedimentos realizados, garantia do sigilo profissional e possibilidade de deixar de participar do estudo. As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e suas gravações, armazenadas. Após a realização desta etapa, o material coletado foi reunido e analisado. A análise dos dados foi realizada através do referencial da análise institucional, bem como em diálogo com outros teóricos da área social.

O estudo em apreço foi submetido à Plataforma Brasil e direcionado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, responsável pelo acompanhamento, obtendo aprovação (nº do processo CAAE 09134019.0.0000.5282), por serem considerados respeitados os aspectos éticos envolvidos. Os participantes da pesquisa foram convidados a ler e eventualmente assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) no momento da entrevista. Cada participante recebeu uma cópia desse termo, em que constam telefone/email do CEP ao qual a pesquisa está vinculada, bem como a informação de que, a qualquer momento, poderiam tirar dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

A pesquisa durou um tempo maior do que o estimado inicialmente para a sua conclusão, pois ocorreram percalços no caminho. Em relação aos profissionais, perdas no quadro, em virtude de alguns serem contratados, além de muitas permutas entre profissionais dos serviços. Existe uma oscilação e troca das cadeiras entre as políticas de Saúde Mental e Assistência Social, o que acarreta uma dificuldade de identificação profissional. Nem o currículo nem a experiência profissional são levados

em consideração para tanto. Além disso, vivenciamos um período pandêmico<sup>33</sup> e, com isso, tivemos fases de suspensão das atividades coletivas que eram desenvolvidas pelos serviços, assim como mudanças no formato dos atendimentos. Muitas adaptações foram feitas. Em contrapartida, aumentou a dificuldade da população em conseguir manter a sua subsistência: muitas pessoas tiveram que realizar a escolha entre se proteger e continuar trabalhando para conseguir suplemento alimentar. Inicialmente as medidas de proteção eram de isolamento. Assim, o público que não tinha dinheiro de reserva se manteve trabalhando em condições precárias; outros, com uma condição melhor, ficaram trabalhando em casa. Ademais, um número grande de profissionais também se infectou com o vírus, enquanto outros foram liberados devido a sua condição de saúde. Houve os que faleceram, e assim se foi alterando o cenário da pesquisa.

Com tudo isso, decerto, ocorreram impasses na liberação dos profissionais para participar das entrevistas previstas, pois, muitas vezes, o serviço só possuía aquele profissional na unidade. Isso ocasionou muitas desmarcações e remarcações, embora não tenha deixado de oferecer, ao mesmo tempo, informações importantes sobre o que se pretendia investigar.

### 2.3 Dialogando com os teóricos

O presente estudo reuniu muitos elementos para análise e, na qualidade de assistente social, é quase inevitável ter uma formação e uma caminhada mais consolidada no campo do marxismo. Entretanto, não foi apenas dentro do serviço social que descobri meus referenciais, o que me permitiu conhecer obras de outros

---

<sup>33</sup> A pandemia de COVID-19, também conhecida como pandemia de coronavírus, é uma pandemia em curso de doença por coronavírus 2019 (COVID-19), uma doença respiratória causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). O vírus tem origem zoonótica e o primeiro caso conhecido da doença remonta a dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Em 20 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o surto como Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional e, em 11 de março de 2020, como pandemia. A sua forma de contágio se deu pelo ar quando as pessoas estão perto umas das outras. O vírus deixa uma pessoa infectada quando ela respira, tosse, espirra ou fala e entra em outra pessoa pela boca, nariz ou olhos. Ele também pode se espalhar através de superfícies contaminadas. As pessoas permanecem contagiosas por até duas semanas e podem espalhar o vírus mesmo se forem assintomáticas.

autores, principalmente do campo da saúde mental. Levando em conta meu processo um tanto errático de construção de conhecimento, não tenho o objetivo de realizar uma justa exposição de teorias, mas sim o de permitir um olhar para certo campo em seus diversos aspectos, possibilitando com isso um diálogo, uma aproximação, entre formas diversas de considerar determinados contextos.

Começo pelo Marxismo, que tem centralidade como corrente teórica e política para aqueles que lutam por uma sociedade mais justa e se destaca sobremaneira na formação em Serviço Social no Brasil. Constitui-se, cumpre frisar, como referência no processo de reconstrução democrática e na conquista de direitos sociais. Como é bem sabido, trata-se do referencial que orientou a construção do projeto ético-político dos assistentes sociais em nosso país: a partir dos anos 1980, passou a ser o referencial macro-histórico e ético-político de transformação social e de luta por políticas sociais, valendo como elemento fundamental para a formação dos profissionais em atuação no campo psicossocial. (VASCONCELOS, 2008, p.94).

Sob esta perspectiva, cabe considerar que, com o marxismo, ocorre um avanço no campo da saúde mental e psicossocial; entretanto, não se pode compreender tal campo, em sua dupla vertente e em sua articulação, por meio de um único dimensionamento teórico. Vasconcelos afirma, a esse respeito, que a totalidade social, conceito trabalhado pelos marxistas, é complexa e multidimensional. Para o autor, a teoria marxista não é capaz, portanto, de esgotar todas as dimensões das questões humanas, sociais e ambientais. (VASCONCELOS, 2008, p. 99)

Desta forma,

[...] a história do campo da saúde mental mostra que as experiências e abordagens estritamente marxistas produziram políticas, programas e abordagens práticas estritamente limitadas, e até, como no socialismo real, efetivamente reducionistas e mesmo totalitárias. Por outro lado, assistimos à rica experimentação teórica e prática sistematizada aqui, com contribuições significativas de uma esquerda mais ampla, plural e multifacetada, que tendem a ser desprezadas pelos marxistas mais ortodoxos, em nome de uma exclusividade e ortodoxia teórica a ser mantida a qualquer custo. (VASCONCELOS, 2008, p. 104).

Outro dado a considerar, a partir do parágrafo acima transcrito, inclusive, é que alguns autores não se identificam totalmente com a teoria marxista ou não podem ser assim caracterizados, mas estão situados no campo da esquerda e podem ser agregados ao debate crítico sobre os processos psicossociais e de saúde mental.

Entre eles, podemos citar Michel Foucault, que, em seus estudos, direcionou-se para o campo das relações de poder e das formas de subjetivação. Ele propõe, nesta linha, ações voltadas para o cuidado de si que têm como premissa um dimensionamento micropolítico e crítico de resistência ao poder político. .

Para Vasconcelos (2008), o campo marxista constitui a principal matriz macrossocietária de referência teórica, política e ética, e sempre estará presente no diálogo com outras correntes teóricas. Não menos importante, há que se considerar que a pesquisadora, como profissional da rede, precisou ter uma disposição subjetiva para se utilizar de várias correntes teóricas, sendo necessário, para tanto, grande rigor metodológico e uma permanente análise de suas implicações – conceito bem desenvolvido pelos autores da Análise Institucional (AI)<sup>34</sup>.

Concordo com Rodrigues (2019) que os conceitos de análise institucional, no Brasil, foram inicialmente valorizados pelo campo *psi*, pois permitiram efetivar uma análise crítica da ação, geralmente apenas integradora e adaptativa, do ponto de vista político, dos especialistas. Na França, seu contexto geopolítico de emergência, a Análise Institucional surge da interação teórica e prática, na década de 1960, de autores como Félix Guattari, que lança essa expressão, René Lourau, que a sistematiza e focaliza em uma tese de doutorado<sup>35</sup>, Georges Lapassade, que articula grupos e instituições etc. Na década de 1970, notadamente, surgem experiências brasileiras de AI em cidades como Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo, primeiro entre os *psi*, mas, logo depois, entre muitos outros profissionais.

Para L'Abbate (2019, p. 77),

A análise institucional objetiva compreender a realidade social das diversas instituições existentes na sociedade, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos. Seu método de análise baseia-se num conjunto articulado dos conceitos de instituição, dialeticamente constituído de três momentos, instituído/ instituinte/ institucionalização, implicação, transversalidade, analisador, encomenda e demanda, podendo apresentar-se sob três modalidades: pesquisas teóricas e históricas; pesquisas empíricas e socioanálise.

---

<sup>34</sup> A análise institucional é uma forma de intervenção/pesquisa realizada no cotidiano, que aspira a apreender a forma como as instituições estão presentes em dado contexto. Tem uma perspectiva sócio-clínica somada à sócio-histórica. (LOURAU, 2004)

<sup>35</sup> Para aprofundamento, ver Lourau em seu livro *A Análise Institucional*.

A partir da Análise Institucional pensada como método, um dos aspectos trabalhados é a relação existente entre saber profissional e poder institucional, problematizando o modo como se articulam nas instituições<sup>36</sup> e na configuração de nossa atuação (assistentes sociais). Como propõe Faleiros (2013), temos ficado tão fixados em ações como resolução de problemas, avaliação de critérios para benefícios, distribuição de benefícios eventuais etc., que nos esquecemos de problematizar o local, e não apenas o local físico-concreto, no qual estamos inseridos. Em muitos momentos, confundimos os objetivos profissionais com os institucionais. Para nos desviarmos dessa espécie de armadilha, são necessários momentos de pausa, de modo a retomar, teórica e politicamente, nosso direcionamento em favor daqueles de quem nos julgamos aliados - os mais “vulneráveis”, digamos -, identificando as correlações de força nas instituições.

Cabe também pensar que, nas instituições<sup>37</sup>, é possível conceber espaços de mediação como estratégias de sobrevivência. As contradições institucionais não estão inteiramente separadas das contradições econômicas; mas elas se movem de forma singular em cada conjuntura, não sendo desejável partir de um modelo geral de hierarquização e de dependências lineares e mecânicas. Pressupõe-se em geral, como apresenta Faleiros (2013), que a solução dos problemas esteja nas instituições. Contudo, ao mesmo tempo, os próprios problemas seriam forjados por elas, o que aponta para algo muito além da necessidade de contar com um “solucionador de problemas”. No interior das instituições são constituídos inúmeros enquadres.<sup>38</sup> Ou seja, os profissionais costumam inclinar-se não para o que seria a temática em si, mas sim para as normas institucionais - participando, com isso, de uma rede de controle.

---

<sup>36</sup> Para Faleiros (2013), é nas instituições que percebemos a forma de controle do capital sobre as pessoas que ameaçam a ordem social e o lugar da ampliação das conquistas populares, por ser um campo contraditório. Por outro lado, as instituições são um espaço de relação entre Estado e sociedade em que, por intermédio das práticas profissionais, procura-se desenvolver o consenso social necessário à hegemonia do capital. Não são meros fenômenos de superfície, pois são transversais a toda a sociedade.

<sup>37</sup> Do ponto de vista marxista é necessário situar as instituições na produção e reprodução do capitalismo: as instituições reproduzem a força de trabalho e se apresentam numa relação de exploração, provocando movimentos contraditórios e conflitivos (FALEIROS, 2013).

<sup>38</sup> No acompanhamento no CAPSAD, é proposto um projeto terapêutico em conjunto com o usuário e, nesse momento, são feitas contratações, que muitas vezes o usuário não consegue cumprir. Quando não consegue, é chamado para uma conversa com a sua “referência” para realinhamento do projeto; porém se ele chegar na unidade num dia que não for o do seu projeto terapêutico, não terá direito à participação nas outras atividades (oficinas). Com isso, o que podemos observar é que o cumprimento das normas burocráticas pelos profissionais passa a ser o seu objetivo profissional.

Alguns profissionais, diante disso, se acomodam e acabam perdendo a própria singularidade ético-política: renunciam ao desejo e levam, para si próprios, a função determinada pela norma institucional.

Ainda para Faleiros (2013), o poder e o saber não são categorias isoladas. O poder não é apenas o controle e o saber não é apenas informação. O poder abrange uma articulação de recursos, estratégias, com o objetivo de defesa e conquista de posições; para tanto, é indispensável mobilizar conhecimentos teórico/práticos. Já Domingues (2019), ao abordar a relação saber-poder com apoio na análise institucional, afirma que a relação entre o profissional e os sujeitos da análise não deveria se dar de maneira vertical, com o primeiro sendo aquele que detém o saber e o poder sobre o segundo, a quem, de fato, a ação é direcionada.

Cabe considerar que, no contexto da análise institucional, outros conceitos são mobilizados, a saber: a) análise das demandas: refere-se à leitura coletiva das solicitações, tanto explícitas como implícitas e/ou produzidas na prática profissional; b) implicação: exige-se analisar os vínculos com as instituições em jogo nos processos sociais, tanto os dos pesquisadores/técnicos como os dos sujeitos e grupos focalizados na pesquisa e/ou intervenção; c) analisadores: valorizam-se cenas, fatos do cotidiano, que podem veicular novos saberes institucionais, constituindo eventualmente uma palavra libertada. (DOMINGUES, 2019, p.175)

Pensando nos processos institucionais em análise, ainda encontramos as noções de instituído e instituinte, descritas por Lourau (1993), designando respectivamente: a) o *status quo*, com seu formato já definido dentro das organizações; b) o que é singular, aquilo que escapa. Em suma, a AI traz à tona o movimento dentro das instituições, revela o instituído e expõe o que é instituinte em seu corte temporal.

Vale lembrar que Marx (apud RUSCHE, 2019, p. 250) afirma que as instituições fazem parte da superestrutura da sociedade; por conseguinte, são determinadas pela infraestrutura, embora em um processo dialético. Os modos de produção, nesse movimento, implicam relações sociais e, logo, acabam por ser também instituições, por possuírem regras, normas e leis. O Estado e suas leis, que legitimam as instituições: o Estado é, nesse caso, a mais importante instituição, por criar as leis que

determinam outras instituições. A perspectiva da AI nem sempre está em acordo com esse marxismo supostamente estrito.

As relações existentes entre os usuários dos serviços e os profissionais que neles atuam acontecem num cenário permeado de saberes. Na dimensão do instituído, parte-se, hegemonicamente, da compreensão de que os primeiros (usuários) não possuem saber, enquanto os últimos (profissionais) são os detentores do saber. Questiono-me: é essa a situação existente nos serviços das duas políticas que analiso? Será que as experiências vividas pelos usuários não podem ser consideradas um saber, um movimento instituinte?

Há inúmeros discursos já produzidos sobre o usuário de drogas: ele possui geralmente um papel definido, cristalizado, como perigoso - aquele que não é capaz de gerir sua própria vida em virtude do uso e, por consequência, deveria ser retirado do convívio social. Muito raramente esse usuário é visto como um sujeito de direito pelas outras políticas: segundo a condição que lhe atribuem, ocuparia indevidamente o lugar de direito de quem verdadeiramente precisa (aqueles que se encontram em vulnerabilidade, mas não fazem uso de substâncias psicoativas).

Temos, com isso, um sério contraponto, pois as políticas públicas visam garantir os direitos previstos nas letras da lei para todos, sem distinção. Porém, no cotidiano das práticas institucionais, há uma perspectiva disciplinar e discriminatória, que costuma culpabilizar os indivíduos pela sua condição e/ou pela não adesão ao tratamento, prevalecendo atualmente, a esse respeito, uma perspectiva neoliberal associada ao empresariamento de si (DANTAS, 2019). Quando essa perspectiva predomina, as formas de cuidado ofertadas assumem uma configuração ligada à vigilância de si próprio, ao controle, à abstinência e à correção do comportamento. Ou seja, as formas instituídas de poder interferem mediante o controle dos corpos, em seus gestos, atitudes e discursos, ao longo da vida cotidiana. (RUSCHE, 2019; DANTAS, 2019)

Um estudioso dos usos da biografia em história, Giovanni Levi (apud RODRIGUES, 2019, p. 247), contudo, afirma que, em qualquer sistema normativo, existe sempre a possibilidade de manipular, interpretar ou negociar quanto às regras do jogo; com isso, cria-se a possibilidade de cogitar transformações no movimento da sociedade. Também a AI aposta nessa possibilidade e a análise de implicações está



relacionada a um uso da biografia que possa dar acesso a esses momentos instituintes.

#### **2.4 Saúde mental e assistência social – campos para a análise institucional sob o olhar implicado da assistente social**

A escolha pela análise institucional como aporte teórico tem o sentido de procurar subverter práticas e saberes instituídos. A ideia foi a de compreender a percepção da equipe e dos usuários dos serviços, a fim de pensar novas formas de cuidado. Lourau (2014) pensou a análise institucional como um campo de saberes e práticas e se baseou, ao menos parcialmente, na psicanálise e no materialismo histórico. A AI como forma de pesquisa e de intervenção é sustentada por um coletivo que visa compreender a realidade social e /ou organizacional a partir da história, da estrutura e do funcionamento dos discursos e práticas dos/com os sujeitos inseridos nesse contexto<sup>39</sup>.

Partindo desse pressuposto, identificamos que os serviços inseridos no estudo dialogam entre si, pois realizam o cuidado direcionado aos usuários de drogas. O CAPSAD se apresenta como um articulador e reorganizador da rede e mantém aproximação com outros serviços para dar conta das demandas apresentadas por esses usuários. É perceptível que existem várias interfaces para realizar tal cuidado<sup>40</sup>. Como poderemos visualizar através das entrevistas, nem todos os serviços, principalmente os da política de assistência social, possuem ações específicas quanto a essa temática. Contudo, realizam o acolhimento de quem chega às unidades e precisam de certa escuta, que diríamos mais geral. Decerto, a situação que direciona a maioria da população à procura desses serviços é a sua condição socioeconômica:

---

<sup>39</sup> No capítulo anterior, procuramos apresentar os serviços que são ofertados no município e que utilizamos de cenário da pesquisa. Num primeiro momento pareceu repetitivo, porém nos possibilitou um conhecimento maior das funções que cada unidade possui e das ações que são nela realizadas. E compreendemos também que nem todos os leitores da tese têm conhecimento pleno da rede de serviços assistenciais.

<sup>40</sup> Compreendemos que tanto os profissionais da saúde mental quanto da assistência social realizam cuidado.

a impossibilidade de conseguir manter a própria subsistência e as situações de vulnerabilidade<sup>41</sup> em que os indivíduos se encontram a partir dessa situação. Nesse contexto, a relação com a droga pode aparecer de uma maneira transversal a todas as outras questões vivenciadas.

A AI possibilitou perceber as práticas e os saberes de que os profissionais se utilizam nos serviços e que o direcionam ao realizar o cuidado. A AI ajuda a pensar em alternativas para além da realidade social instituída, buscando repensar as formas de olhar para os usuários.

No que concerne aos agentes institucionais, são os executores das duas políticas do nosso estudo. Em sua maioria, são servidores concursados de carreira; estão na função assistencial e de gestão. Encontram-se em aprimoramento, realizando pós-graduação ou já a possuem. Há, pois, um interesse por conhecimento e atualização. Foram receptivos às abordagens através da observação e das entrevistas. Quanto aos vínculos empregatícios, não podemos deixar de mencionar que embora a grande maioria seja de concursados, existem cargos comissionados e RPA, formas de contratação mais frágeis em que não são assegurados todos os direitos trabalhistas. Mesmo com essa forma heterogênea de contratação, ainda ocorrem muitos remanejamentos, principalmente, na assistência social: alguns espaços socioocupacionais são vistos como lugares de castigo.

Alguns entraves podem-se perceber nesse contexto, tais como: o descaso de alguns dos gestores; a falta de uma formação técnica; a colocação de funcionários desqualificados em determinadas funções, principalmente profissionais não técnicos que desconhecem a política em que atuam e são alocados, por exemplo, na recepção dos estabelecimentos. Neste último caso, em certos momentos, atendem os usuários de forma irônica, pejorativa e debochada. De forma geral, entre outros graves problemas, há carência de trabalho contínuo em rede e de uma maior articulação entre

---

<sup>41</sup> Embora saibamos que a insegurança alimentar é algo que possui um recorte muito mais abrangente do que apenas os usuários de drogas, o suplemento alimentar acaba por ser direcionado àqueles que apresentem alguma condição de vulnerabilidade. Entretanto, identificamos, a partir da fala dos entrevistados, que ocorre ainda um processo de estigmatização direcionado aos usuários de drogas, perceptível em falas relativas à possível troca e/ou venda dos gêneros alimentícios recebidos. Sendo assim, quando a demanda é maior do que os recursos que chegam aos serviços, as equipes tendem a privilegiar pessoas que não fazem uso de drogas.

os serviços, somados a desencontros nas informações prestadas, deixando o cidadão sem saber onde e a quem recorrer.

Reconhecemos que a saúde é uma instituição que engloba um conjunto de organizações, estabelecimentos e equipamentos, composta por atores institucionais que operacionalizam essa política pública. Há hoje vários autores que abordam a saúde em uma perspectiva institucional (L'ABBATE, 2001, 2003, 2004, 2013; MENDES, 2006; COSTA-ROSA, 2013).

L'Abbate (2003) elucida que, na perspectiva da AI, é preciso transformar as práticas dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, pois, do contrário, é improvável que haja efetivas transformações nesse campo, no sentido de garantir os princípios fundamentais propostos pelo SUS, mesmo que tal sistema já esteja instituído praticamente em todo o território brasileiro. As mudanças institucionais visariam a promover espaços menos burocráticos, que não produzam/reproduzam indivíduos passivos, mas promovam, ao contrário, o respeito à autonomia e subjetividade dos usuários e profissionais. (L'ABBATE, 2003, p. 270).

Retomando o conceito do instituído, cumpre dizer que ele não é compreendido apenas como correspondendo à ordem já estabelecida. No instituído incluem-se igualmente os valores, os modos de representação e de organização considerados normais (HESS, 2004). Cabe considerar que tudo isso ocorre no âmbito de instituições que possuem dimensões teóricas, técnicas, políticas e éticas específicas, com dinâmicas próprias, abrindo assim possibilidades diversas. E que ocorrem muitos conflitos no interior e exterior das equipes, por terem discordâncias em relação aos referenciais profissionais, aos valores, às ideologias, não só no trato das situações de âmbito profissional como também nas de cunho pessoal.

Os movimentos que perpassam o convívio entre os membros das equipes acabam por apontar em tantas direções, que eventualmente são produzidas ações instituintes, alterando o cenário estabelecido. Uma simples mudança de profissionais na equipe e na gestão eventualmente já instaura um processo diferenciado.

Como os profissionais do município são em geral concursados, existe a tendência a privilegiar concursados em cargos de gestão. Contudo, como há frequentes alterações nos cargos de gestão, o retorno de antigos gestores a suas funções anteriores, voltando a ser parte da equipe técnica, tem implicações

consideráveis. Elas se ligam à alteração de poder, à alteração do cargo (equipe técnica/ gestão), o que faz com que esses profissionais possuam condutas diferenciadas, bem como se diferencie a conduta da equipe em relação a eles (ou elas).

Temos muitos profissionais que já foram gestores e permaneceram nos serviços após deixar tal cargo. Em alguns serviços isso deu bastante certo; em outros, a relação entre profissionais, com a mudança de poder, não foi amistosa.

Dessa forma, devemos pensar a política de assistência social, como instituição, e que ela é atravessada por diversas outras instituições, e funciona, inclusive, como um dos dispositivos de produção de subjetividades. Sendo assim, convém compreender as instituições como produção de ações coletivas, inseridas em um determinado contexto sócio-histórico (COSTA-ROSA, 2000). As instituições operam na interação entre saberes e poderes, produzindo sujeitos (BENELLI; COSTA-ROSA, 2013).

Historicamente, a assistência social, entendida como instituição, era uma política de benemerência, com práticas assistencialistas, filantrópicas, fisiológicas, de cunho tutelador e compensatório. Surgiu atrelada à caridade privada – à boa vontade de senhoras abastadas da sociedade – e voltada a uma parte da população tida como necessitada, com um viés moralizante dirigido aos pobres. Sua origem, evidentemente, também esteve associada à prática cristã, através da Igreja Católica. A assistência aos pobres era desenvolvida pela Igreja Católica mediante o recolhimento e distribuição das esmolas, atendimento aos enfermos e amparo a crianças abandonadas (ALVES, 2016). Pode-se assim afirmar que a assistência social é uma velha prática, mas uma jovem política.

Foi somente a partir da Constituição Federal de 1988 que a assistência social assumiu um caráter de política social pública, tendo por finalidade amparar e assistir o cidadão e a sua família em situações como a velhice, a doença e o desemprego. Tornou-se, então, direito do cidadão e dever do Estado, que deve prover os mínimos sociais por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade.

A PNAS, constituída em 2004, representa a construção coletiva do redesenho da política com a finalidade de implantar o SUAS. A grande conquista da PNAS foi a

garantia da Assistência Social enquanto política, considerada universal para quem dela necessitar, independentemente da contribuição previdenciária. O Sistema Único da Assistência Social – SUAS nasce com o desafio de superar o legado fragmentado e assistencialista da Assistência Social preexistente.

Para que a nova política ganhe forma, surgem os serviços e o CRAS é a principal porta de entrada nos municípios. Trata-se de um espaço público estatal, descentralizado, da PNAS, localizado em áreas consideradas de maior vulnerabilidade e risco social,<sup>42</sup> cuja finalidade é a prevenção de situações de risco por meio da oferta de serviços, projetos, programas da proteção básica, sempre de modo a fortalecer o convívio familiar e comunitário. Entre as ações desenvolvidas no dispositivo, há o Programa de Apoio Integral à Família (PAIF), criado em 2004, pelo MDS.

Os objetivos do PAIF são realizar ações e serviços continuados para famílias em situações de vulnerabilidade social, fortalecer os vínculos familiares e comunitários e potencializar a rede socioassistencial para garantir o acesso aos direitos destituídos. O CRAS tem possibilidade de aproximação por estar dentro dos territórios e o estudo realizado através da presente tese proporcionou chegar ainda mais perto dessas comunidades locais e conhecer as demandas da população. Assim como na Política de saúde temos as estratégias de saúde da família - ESF, na assistência social seria o CRAS o serviço de primeira aproximação.

Contudo, entre as tantas demandas e ações realizadas nesse serviço, elas ainda são incipientes no que tange aos usuários de drogas. Isso parece ocorrer, à primeira vista, até mesmo pela configuração do serviço, que acompanha todas as demandas sociais. Ou seja, acompanha os usuários e suas famílias, tendo por principal ação identificar as demandas e direcionar para tratamento.

Como já antecipamos brevemente, a Proteção Social Especial é direcionada para famílias e sujeitos em situação de risco social e pessoal, ocasionados por violência, abandono, estupro, uso de drogas, cumprimento de medidas socioeducativas, trabalho infantil, maus tratos, situação de rua, entre outros aspectos. A Proteção Social Especial é subdividida em duas categorias: a média e a alta complexidade. O estabelecimento público municipal responsável pelas ações de

---

<sup>42</sup> Esse conceito será discutido no próximo capítulo.

média complexidade é o CREAS, cuja função é acompanhar indivíduos e/ou famílias em situação de ameaça ou violação dos direitos; fortalecer os vínculos e assegurar a proteção social imediata; proporcionar atendimento interdisciplinar às pessoas em situação de violência ou a quem dele precisar e outras ações relacionadas à Assistência Social nesse âmbito (BENELLI; COSTA-ROSA, 2013).

Com relação à alta complexidade, a finalidade é garantir o apoio integral para sujeitos e membros da família em situação de ameaça, retirando-o(s) do convívio familiar e encaminhando para estabelecimentos de acolhimento institucional (casa abrigo, casa de passagem, etc.). Nesse contexto, de atuação necessariamente interdisciplinar, é imprescindível um trabalho de gestão pautado na lógica de rede para o funcionamento da política da Assistência Social (BENELLI; COSTA-ROSA, 2013).

Comentando brevemente a presença do CREAS no cenário da pesquisa, vale dizer que a relação com tal centro geralmente se restringe a responder a solicitações, via memorandos, que apresentem situações envolvendo crianças, adolescentes e idosos que, em família, apresentem alguém que faça uso de drogas e porventura possa colocar em risco essas pessoas. A exemplo disso temos os processos de guarda, tutela e curatela.

Há pouco tempo, tivemos um caso em que residiam dois idosos na mesma casa, sendo a preocupação maior com Marília<sup>43</sup> - acamada, obesa, dependente de oxigênio, necessitando de cuidados intensivos. O marido, Bruno, dizia que realizava o cuidado e acompanhamento; entretanto, era alcoolista e, com o sofrimento pelo estado de sua companheira de anos, sua situação se agravava: bem deprimido, não aceitava internação e tampouco sair de casa. Não administrava seu próprio benefício, que ficava aos cuidados da neta. Dizia que não tinha dinheiro para nada e, por isso, fazia reciclagem. Nas visitas domiciliares sempre se mostrou solícito e gostava muito de conversar. Fomos acionados, nesse caso, para dar conta do uso de drogas: sua fragilidade de Bruno enquanto idoso não foi percebida, ou foi anulada pelo fato de ele fazer uso de bebida alcoólica – com isso, Bruno rompia com o estereótipos do idoso bonzinho, sem problemas e sem atos de rebeldia.

Já o Centro Pop, como adiantamos, é um espaço que atende a população em situação de rua e deve constituir um espaço de referência para o convívio social e o

---

<sup>43</sup> Serão usados, em todos os casos, nome fictícios.

desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Essa unidade também funciona como ponto de apoio para pessoas que moram e/ou sobrevivem nas ruas: os usuários podem fazer refeições; possuem um espaço para higiene pessoal e para lavar suas roupas; possuem um apoio para conseguir documentos pessoais; podem guardar seus pertences; têm acesso a informações sobre trabalho; e podem tirar dúvidas sobre como conseguir acesso a direitos.

No que remete à aproximação com o CAPSAD, vale ressaltar que o diálogo é maior com esse serviço. Possuímos uma integração assídua, porque a assistência é prestada na forma de acompanhamento aos usuários, para além de situações pontuais e relacionadas, eventualmente, a denúncias. No CAPSAD, há, efetivamente, uma assistência mais direta ao público usuário de álcool e demais drogas. Em sua grande maioria, nossos usuários também são assistidos pelo Centropop; e os que não são e possuem alguma questão relacionada ao uso de drogas são a ele encaminhados.

Voltando ao Centro Pop, além de oferecer condições mínimas para atividades de autocuidado, socialização, reinserção e guarda de pertences, no caso de o usuário necessitar de um local para ficar, é feita uma avaliação e um encaminhamento para abrigo - serviço municipal que ainda não está credenciado e cujas características não estão totalmente definidas dentro das possibilidades da tipificação socioassistencial. Afora os encaminhamentos para a rede de saúde, incluindo o CAPSAD, como afirmamos.

Apesar de a política de Assistência Social ser responsável, como dispõem seus objetivos, pela transformação do social e pela emancipação humana, vemos que muito ainda se encontra num plano, digamos, simbólico, visto que não há um orçamento público definido para a efetivação de tal política. De acordo com o sétimo artigo da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, os municípios devem aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo quinze por cento da arrecadação de impostos (BRASIL, 2012). Todavia, para o campo da Assistência Social ainda não foi definido em legislação um mínimo de repasse, dificultando, ou mesmo impossibilitando, um planejamento de ações efetivas.

Isto posto, concordamos com BENELLI (2014): o discurso oficial da assistência social visa mais a produzir efeitos simbólicos, conferindo legitimidade ao Estado e ao

governo, do que a incidir concreta e eficazmente na transformação da realidade. A assistência social ainda se exerce de maneira fragmentada, focalizada e raramente problematiza os determinantes estruturais das questões sociais.

Vemos, portanto, a urgência de instaurar um Estado de direito contra o Estado da impunidade, de exceção, de privilégio; a necessidade de instituir controles do poder de baixo para cima, de tal sorte que o Estado sirva à sociedade e não o contrário (DEMO, 2001). Decerto, nesse movimento, também vemos que as instituições tendem a se apresentar por meio de discursos que explicitam apenas sua face positiva, escamoteando os aspectos negativos. Estes últimos, evidentemente, não aparecem de forma nítida nos documentos oficiais, regimentos, estatutos, programas e projetos – o que sugere a necessidade de pesquisas como a que aqui estamos expondo.

A pesquisa, nesse ponto, proporcionou o conhecimento dos aspectos positivos e negativos, bem como permitiu compreender a forma como a legislação ganha contornos específicos nos serviços. Nesse sentido, enfrentamos o desafio de apresentar a assistência social como uma política pública de responsabilidade do Estado e um direito dos cidadãos, e não como um benefício oferecido (GOHN, 2007). Mas isso, antecipamos, ainda é algo a ser alcançado, principalmente nos tempos sombrios que vivenciamos nos últimos anos – golpe e governo fascistizante. E no município de Resende isso não é diferente, haja vista, em acréscimo, os movimentos que emergem em períodos eleitorais: movimento de recolhimento de pessoas, limpeza da cidade, contenção dos atritos, entre outros, todos em prol do objetivo de ganhar votos.

Romper com práticas direcionadas para o assistencialismo deve ser uma meta para os profissionais que se encontram nos serviços que focalizamos. Nessa perspectiva, é perceptível que a ação dos assistentes sociais abrange inúmeros âmbitos: a execução das políticas, a prestação de serviços, o planejamento, a sistematização, a investigação e a gestão. As relações que se constroem entre os diferentes trabalhadores, usuários, gestores e políticos, no âmbito institucional, são todos campos de intervenção dos assistentes sociais.

É notória, nesse sentido, como antes sugerimos a necessidade de apreender e explicitar as diferenças entre os objetivos institucionais e os profissionais. Os sujeitos envolvidos nesses processos são pessoas com visões de mundo eventualmente: os



agentes das políticas públicas são os suportes e os protagonistas da atividade e são eles que protagonizam as práticas cotidianas.

Nesse sentido, mudanças ocorrem todo o tempo através de alteração nas práticas e nos saberes, e estes dois planos se retroalimentam. Até mesmo o instituído precisa acompanhar o tempo presente, como o autor bem define no fragmento abaixo.

Para que os instituídos sejam uteis, sejam funcionais na vida social, eles têm de estar acompanhando a transformação da vida social mesma para produzir cada vez mais novos instituídos que sejam apropriados aos novos estados sociais. (FRANCISCO, 2021, p.150 apud BAREMBLITT, 1992, p.32-33)

Quando isso acontece na dimensão do instituído, numa direção conservadora, reprodutiva, é chamado de *atravessamento* e quando se dá na dimensão do instituinte, do produtivo, criativo, é o que chamamos de *transversalidade*.

O objeto institucional, portanto, não é exatamente algo que se transforma. É algo que se reivindica e de que se pretende o monopólio. Cada instituição tem por objeto um conjunto de relações sociais que considera significativas para o desenvolvimento de sua ação controladora na sociedade. Esse objeto é sempre resultante de um jogo de forças e será modificado constantemente em função das mudanças na correlação de forças. De qualquer forma, o que precisa ser frisado é o princípio de estruturação da ação e das lutas sociais em torno de objetos institucionais específicos. O objeto institucional não preexiste à instituição, é a ação institucional que constitui o objeto. (FRANCISCO, 2021, p.150 apud WEISSHAUPT, 1988, p. 30).

Para Francisco (2021) dentro dessa perspectiva institucionalista, há os agentes que executam a ação, e estes são divididos em privilegiados e subordinados: os primeiros realizam a ação institucional, o seu saber é pleno em relação ao objeto institucional; os segundos sustentam essas ações e a sua prática está ligada ao objeto institucional. No contexto da saúde, os médicos são os privilegiados e o assistente social, os que privilegiam essa ação, mas são complementares. Na assistência social, o assistente social são os privilegiados e os demais subordinados.

Outro conceito proposto pelo (FRANCISCO, 2021, p.150 apud ALBUQUERQUE, 1978, p.75) que norteia essas ações é o de mandante, que se define pelo ator individual ou coletivo diante o qual a instituição responde ou age. São estabelecidas três formas de mandato: a relação de propriedade, a relação de subordinação funcional e a relação de mandato institucional.

O primeiro, o mandante, sustenta economicamente a instituição e apropria dos resultados, o segundo mandante nomeia os agentes. No terceiro, o mandante é o

guardião da legitimidade profissional. O mandato define em nome de quem a instituição age. Na nossa realidade o Estado, é quem direciona e legitima a instituição no caso as secretarias municipais de saúde e assistência social, por se tratar de serviços em âmbito municipal. Com exceção do abrigo, os serviços são credenciados e cumprem os critérios estabelecidos pela lei para o seu funcionamento e foram criados para cumprir sua função social de prestar assistência a população no que se refere às suas respectivas especificidades.

Assim como outras linhas de conhecimento, a AI possui vertentes distintas. Não é nossa intenção abordar o universo conceitual que cada uma pressupõe. Contudo, trouxemos para o debate aquelas que entendemos possuírem uma relação mais próxima das práticas e saberes institucionais pelos quais nos interessamos.

Não poderia deixar de apresentar, nesse sentido, meus vínculos com esse referencial teórico e a implicação disso em minhas práticas cotidianas. A aproximação com a AI foi bem tardia, embora já trabalhe na saúde mental há cerca de dez anos. Até então, nada escutara sobre a vertente institucionalista de pensamento, ação e pesquisa. Sou mulher, mãe, estudante, trabalhadora do SUS, não residente do município, e a minha inserção se deu por concurso público. Fui direto para o CAPSAD, serviço em que ainda atuo, já tendo coordenado a unidade e, posteriormente, retornando para equipe técnica. Ao longo desse período de atuação, passei por três governos municipais, sendo dois do mesmo prefeito. Ambos os prefeitos, por sinal, eram servidores. Propostas de implementação de serviços foram realizadas, mas, o “tempo político” não favoreceu o crescimento da rede na saúde mental. Na assistência social, por sua vez, isso ocorreu com mais assiduidade, e o tempo amplo vivido na cidade me permitiu identificar atores, correlações de forças e compreender, ao menos em parte, os movimentos institucionais. Porém em nenhum momento me via dentro disso e, sim, “olhando de fora”.

Cabe dizer, hoje, que me percebo extremamente implicada nesse processo. O estudo aqui exposto partiu das minhas indagações, surgidas da continuidade do cuidado aos usuários de drogas e da dificuldade que experimentam em se manter sem o uso - por falta de condições, de desejo e/ou de apoio. Há uma necessidade de “liga” entre as políticas que mais assistem os usuários, pois as necessidades destes encontram-se, sem dúvida, interligadas. Ao longo do período que me encontro na

assistência, em virtude das demandas que os usuários apresentaram, precisei dialogar com vários serviços da rede, em momentos diferenciados. Só assim pude lhes garantir direitos que, sozinhos, teriam enorme dificuldade de acessar, seja por resistir a buscá-los - temendo a forma como poderiam ser recebidos -, seja em decorrência do próprio movimento institucional, que acaba por exclui, por vezes sem o perceber.

A noção de análise de implicação tem grande importância no trabalho com a AI, embora seja alvo de críticas por não subscrever os princípios da alegada neutralidade científica. Entretanto, a presente investigação se propõe firmemente a apresentar as implicações do observador no processo em estudo, diante do cenário vivido, das redes de poder, do seu lugar na divisão de trabalho, das classes sociais, de suas relações com as instituições, em suma. Com isso, aspira a desconstruir o papel do cientista neutro, bem como sua função de “mais habilitado” quando comparado aos outros. Paulon (2009) A AI vê o pesquisador, desejavelmente, como condicionado por aquilo que investiga, e devendo trazer à cena tais implicações. Esse é, como disse René Lourau em diferentes ocasiões, “o grande escândalo” da AI – e o motivo de o paradigma despertar tantas paixões, certamente.

O referencial da AI, ao ficar do lado da vida, do instituinte, das implicações, da transversalidade, rompe com os saberes oficiais e totalizantes. E isso por compreender que o desejo é transversal à vida. Ele não é estático, não transita numa mão única, não segue de forma linear.

A AI continua presente no debate contemporâneo da profissão de assistente social, e já é, inclusive, uma antiga conhecida. A abordagem das instituições ocorre no âmbito das relações teórico-práticas e pressupõe certa orientação da ação profissional. As formas de acesso ao referencial são diversas, e não se restringem a qualquer linha específica. O serviço social brasileiro voltou-se à teoria marxista, mas também se aproximou da AI como campo de conhecimento e prática. Contudo, a AI não se situa em um campo do conhecimento único: dialoga com o marxismo, a psicanálise, a antropologia e a linguística, entre outros, discutindo temas como subjetividade, loucura e saúde mental.

Na presente tese, tenho me aproximado mais dos conceitos elaborados não só por Lourau e Lapassade, como de autores mais contemporâneos. A AI é

interdisciplinar, e com isso abarca uma grande gama de profissionais. Faz uma crítica às relações sociais estabelecidas e analisa a dialética instituído/instituinte – união/tensão entre essas duas dimensões, apreensível em processos concretos de institucionalização em organizações e estabelecimentos. Dessa forma,

a análise institucional é ao mesmo tempo, uma disciplina, que trata dos processos ideológicos e de poder que tem lugar em instituições concretas, uma prática de intervenção psicossocial em instituições, organizações e grupos, e um movimento destinado a propagar a doutrina institucionalista e a transformar a realidade. (BISNETO, 2000, p. 295)

São decerto as relações de poder existentes nas organizações – base material das instituições – que mais interessam quando se pratica a AI, como intervenção ou pesquisa (ou ambas associadas). Não se pode negar que o assistente social possui uma função disciplinar em relação aos usuários a quem assiste. Essa relação não é algo estático, como o poder tampouco o é.

Compreende-se a instituição, conseqüentemente, como o conjunto de relações de força entre o instituído e o instituinte. Os autores por nós reivindicados como aliados propõem a transformação das instituições, em uma perspectiva de ampliação dos direitos, tendo em vista que as instituições são espaços de luta. Segundo Bisneto, nessa direção,

A AI (...) deveria ser mais estudada no serviço social: em primeiro lugar, porque o assistente social trabalha em organizações institucionais; em segundo lugar, porque a profissão é institucionalizada e conseqüentemente ocupa um lugar determinado na divisão técnica do trabalho; e em terceiro lugar, porque tem como objeto a institucionalização. Além de propiciar uma abordagem instrumental, e desvelar uma dimensão ontológica da profissão, a análise institucional pode ser útil na caracterização da tautologia essencial do serviço social, uma vez que o seu objeto institucional seria essa institucionalização da população que poderia ser chamada de cidadania. (Bisneto, 2000, p. 327) .

A AI entra no serviço social com temáticas direcionadas para as relações de poder e a transformação das instituições. Havia uma crítica (e ainda há) de que as instituições de assistência social, assim como outras instituições com as quais o assistente social atuava, possuía a função de contribuir com a ordem vigente. Porém, nem sempre se levou em conta que os o(a) assistente social conseguisse se perceber como implicado nos processos em que estava inserido. Conforme já colocado no capítulo anterior, partimos da concepção, na presente pesquisa, de que as políticas

sociais são parte das lutas de classes na sociedade e podem ser um dos lugares de transformação do instituído.

Gilles Monceau (2015, p. 81) pressupõe uma diferença bem oportuna entre implicação e prática profissional. Para o autor, a implicação é o conjunto de relações que o sujeito estabelece com a profissão e com outras instituições que balizam sua ação profissional. Já a prática profissional é formada pelo conjunto das implicações do sujeito: suas falas, seus escritos e seus atos, somados à forma de se relacionar com as outras profissões. E essas duas dimensões mudam com o tempo – tempo histórico, evidentemente. Há que destacar que o tempo é, então, um analisador particularmente interessante das implicações profissionais. As mudanças acontecem de acordo com o momento político que se está vivenciando.

Se nos voltarmos especificamente para o município que é foco da pesquisa, o que pode se dizer é que a criação dos dispositivos em análise na presente pesquisa de doutorado destinava-se à resolução de problemas locais: surgiu de uma necessidade, alegadamente diagnosticada pela gestão técnica<sup>44</sup>. Mas as implicações, nesse processo, foram de diversas ordens - afetiva, ideológica e profissional - em relação às instituições e à sociedade em geral.

Nesse cenário, o conceito de analisador, segundo Lourau (2014), “é aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar”. Com isso, nos impulsiona a resgatar o passado, viver o presente e projetar o futuro. Com a presença dos analisadores, os sujeitos não podem deixar de se posicionar, de modo que aparecem as suas implicações e seus modos de agir na instituição. Não é possível, portanto, identificar a prática profissional como mera produção individual, dissociada do contexto social.

Ocorreu uma recente mudança na gestão, entre 2017 e 2022, embora tivessem sido profissionais concursados a assumi-la, incluindo técnicos (psicólogos e

---

<sup>44</sup> Entre os anos 2009 a 2016, houve a criação da Raps do Município de Resende. Ocorreram a implementação e credenciamento do CAPSI, Serviço residencial terapêutico - RT, Serviço de referência Hospital em Saúde Mental - Leito, o projeto de redução de danos (anterior ao CNAR), equipe de consultório na rua - CNAR, a estratégia do sobreaviso não médico (que sustentou o controle da porta de entrada antes das regulações do estado e durante a estruturação da rede), ambulatório ampliado de SM, o projeto de geração trabalho e renda, o projeto de supervisão clínico-institucional, o projeto protagonismos dos usuários, o projeto intercâmbio em saúde mental e educação permanente (intercâmbio de saúde mental e supervisão de rede). Também foi comprada a frota de veículos específicos para a SM - uma para cada dispositivo. Foi ainda realizado o projeto de construção e adequação do CAPSAD e da unidade de acolhimento infanto-juvenil.

enfermeiros). Não havia, porém, muito conhecimento da área de saúde mental, tampouco experiência nessa área. Por indicação para esses cargos, que seriam de superintendência, os profissionais os assumiram, mas levaram um bom tempo para se apropriar efetivamente dos serviços e suas funções assistenciais, dando assim sequência ao já realizado. Houve uma troca: quem estava na saúde mental foi para a assistência social e quem estava lá foi para a saúde mental. Até que, depois de um período, essa última pessoa foi substituída por outra funcionária, proveniente da atenção básica. Cada alteração nesse cargo de gestão implicou uma mudança na equipe, com a saída de uns e chegada de outros. A cada entrada de profissionais, eles traziam consigo as equipes com as quais possuíam um vínculo maior de trabalho.

No que se refere a melhorias para as equipes, a nova gestão possuía uma proposta de gratificação específica, que ainda está em tramitação. Também abria a possibilidade de acesso a uma gratificação por insalubridade para profissionais que não fossem enfermeiros. Cumpre assinalar que esses últimos são a única categoria profissional que recebe tal benefício na unidade.

Alguns ganhos nos serviços ocorreram nessa gestão. Ressaltem-se as ações mais direcionadas para as famílias dos usuários e para a comunidade, como a realização dos grupos de família no CAPSI e no CAPSAD, e a retomada da abordagem noturna do CAPSAD no território.

O último encontro ocorrido no final do segundo semestre de 2022 visava a que os profissionais da saúde mental alinhassem ações, estreitando laços e fortalecendo o coletivo. A ideia inicial era viabilizar que os profissionais pudessem se conhecer, trocando saberes referentes a cada serviço. Essa reunião foi uma sugestão da equipe técnica: seu sentido seria o de uma provocação, para que os diferentes serviços ligados a Saúde Mental pudessem ter um diálogo maior e a gestão tivesse maior implicação neste processo – com isso, pensava-se em diminuir o ruído entre os serviços. Entre serviços como o CAPS casa aberta, o CAPSI e o CAPSAD, o público atendido pode oscilar; além disso, numa mesma família, por exemplo, há usuários que são assistidos em mais de um equipamento de saúde. Os adolescentes que eram anteriormente assistidos pelo CAPSI, por exemplo, ao completarem 18 anos podem ser encaminhados para o CAPSAD e/ou para o Caps Casa Aberta – a depender se a

questão a tratar é avaliada como ligada à predominância do uso da droga ou do transtorno mental.

A atividade ocorreu em formato de roda de conversa entre os profissionais dos serviços e eles puderam dialogar sobre as fragilidades presentes no cotidiano, bem como pensar futuras possibilidades de um acompanhamento mais assíduo das ações da saúde mental. Entretanto, pontos negativos foram também percebidos: houve muitas acusações entre as equipes, chegando à verbalização de que uma equipe “faz melhor” que outra.

### 3 ENTRE OS QUE USAM E OS QUE “SUPOSTAMENTE” CURAM

As pessoas não se drogam para morrer, mas sim para viver.

Antônio Nery Filho

O presente capítulo tem por objetivo apresentar os principais dados obtidos/construídos no processo de pesquisa. O dispositivo CAPSAD funcionou como disparador e reorganizador do estudo. A partir dos usuários acompanhados na unidade, identificaram-se os serviços que realizaram e realizam seu cuidado direto - tanto os instituídos na política de saúde mental como os da política de assistência social. As entrevistas tiveram como disparador inicial apreender o modo como os profissionais e os usuários dos serviços vivem e percebem a dinâmica do universo do cuidado. A partir das perspectivas encontradas, introduziremos certos conceitos, dialogando novamente com os teóricos, e também trazendo à cena situações vivenciadas no cotidiano. Vale ressaltar que estas últimas irão funcionar como fio condutor da análise.

No decorrer do relato, mais uma vez me apropriarei de conceitos da análise institucional (AI). Cabe considerar, com efeito, que a pesquisa versa sobre processos instituídos e instituintes, tendo sempre em vista que, sendo uma trabalhadora da/na saúde mental, não devo me furtar à análise de minhas implicações. Ademais, apresento alguns analisadores: cenas, acontecimentos do cotidiano que auxiliam na construção de novos saberes à medida que pensamos sobre o ocorrido e sobre nossas ações frente a ele (DOMINGUES, 2019, p.175) Começaremos nosso diálogo abordando o tempo presente do estudo.



### 3.1 Antes, durante e após...

O período do estudo envolveu o antes, o durante e o depois – se é que já se pode falar em depois - da pandemia da Covid-19. Não há como, portanto, falar de resultados da pesquisa prescindindo da abordagem do período, que teve ressonâncias diretas nos cenários em pauta. Primeiramente, cabe dizer que não houve investimento do governo federal em medidas protetivas. Pelo contrário: a política adotada pelo então presidente da república (2019-2022) foi: negação da ciência, naturalização das mortes e flexibilização das medidas de proteção. Somado a isso, ocorreu a demora na liberação do auxílio emergencial<sup>45</sup>. O mandatário do executivo colocou em xeque tanto a gravidade da doença quanto o número de afetados pelo vírus, incluindo os óbitos. O presidente também renegou seus efeitos sobre a classe trabalhadora<sup>46</sup>, a mais exposta a contaminação.

Podemos afirmar ainda que a pandemia teve consequências econômicas, políticas e sociais importantes. O desmonte das políticas (saúde mental, habitação, educação, assistência social), que já vinha acontecendo anteriormente, em particular após o golpe de 2016, agravou-se, implicando desigualdades sociais ainda mais consideráveis. Isso se refletiu nas determinações do processo saúde-doença, sabendo-se, por exemplo, que uma das únicas medidas de proteção inicialmente propostas era a higiene das mãos. Porém, como “lavar as mãos” se milhares de brasileiros não têm acesso à água encanada? E se um número ainda pouco definido de estudantes não dispõe de água e/ou esgoto sanitário nas escolas públicas que frequenta? Essa ausência de simples insumos agravou sobremaneira o desmonte que já estava em curso no sistema de proteção social brasileiro e que teve seu maior corte de custos com o congelamento dos gastos por um período de 20 anos, proposta pela emenda constitucional n° 95.

---

<sup>45</sup> O Auxílio Emergencial (AE) foi um benefício financeiro destinado a trabalhadores(as) informais, Microempreendedores Individuais(MEI), autônomos(as) e desempregados(as) e tinha por objetivo fornecer proteção emergencial no período de enfrentamento à crise causada pela pandemia do Coronavírus.

<sup>46</sup> A população que vive do trabalho foi afetada diretamente: os que exerciam funções essenciais se mantiveram na assistência, outros tiveram serviços suspensos - o que acarretou a perda do emprego e, logo, de sua própria subsistência. Tudo isso no mercado formal, porque aqueles que já não se encontravam nessa condição simplesmente permaneceram sem renda.

Essa emenda subtraiu cerca de 22,5 milhões de reais, e logo após essa retirada de receita fomos surpreendidos pela chegada do vírus. O cenário era de serviços de saúde sucateados, sem insumos, equipe reduzida e com muitos contratos temporários - o que não era muito diferente na política de assistência social. Em contraponto a isso, os profissionais de saúde foram convocados para atuar na linha de frente no enfrentamento à Covid-19. Nós, assistentes sociais, inclusive, tivemos de lidar com atribuições que em geral não eram nossas, aventurando-nos ao adoecimento e à perda da própria vida. O impacto disso foram muitas pessoas infectadas e um número avassalador de mortes (681 mil).<sup>47</sup> Em sua maioria, os mortos eram pretos e pardos.

Como expõe GRAGNANI (2020), a maior letalidade foi entre pobres e negros. Em estudo realizado na PUC-Rio, constatou-se que “quase 55% de pretos e pardos morreram, enquanto, entre pessoas brancas, esse valor ficou em 38%”. Os mesmos pretos e pobres que constituem a maioria dos (as) usuários (as) do Serviço Social. (GRAGNANI, 2020, p. 123)

Behring e Boschetti, (2020), em seu texto *Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem?*, dissertam sobre a situação do país antes da pandemia. Existiam 12,6 milhões de desempregados(as). Entre eles (as), 64,8% eram pretos e pardos, conforme designação da PNAD/IBGE, enquanto os(as) brancos(as) correspondiam a 34,2%. A taxa de desemprego entre as mulheres era de 13,1%, contra 9,2% entre os homens. O nível da ocupação dos homens era de 65%, enquanto o das mulheres, 46,2%. Podemos concluir que as mulheres negras compõem a principal força de trabalho desempregada, precarizada e/ou com baixos salários, o que mostra a natureza estruturalmente racista e patriarcal do capitalismo brasileiro (ALMEIDA, 2018). Os desempregados, além do risco de serem infectados pelo vírus, encontraram-se sem condições de prover a própria subsistência. Há, ainda, outra parcela da população - a empregada - que não era, a princípio, o público da política de assistência social. No entanto, essas pessoas, ao perderem o emprego, passaram a dela necessitar e fizeram aumentar ainda mais a procura pelos benefícios sociais (BPC e Bolsa Família)<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Dados do jornal Folha de São Paulo. Acesso em 08/11/2022.

<sup>48</sup> Esses programas de transferência de renda funcionam para a reprodução ao capitalismo. Asseguram um fluxo de consumo para o sistema não entrar em colapso. Ademais, para quem está desprovido de tudo, essa renda é uma questão de vida ou morte.

O que contribuiu para esse cenário caótico foi a morosidade do Governo Federal em exercer a sua responsabilidade de assegurar os recursos públicos, ou seja, um efetivo programa de garantia de renda básica, somado a medidas econômicas, sociais e sanitárias necessárias ao enfrentamento da pandemia. Além disso, houve desarticulação com as demais políticas setoriais (saúde, educação, assistência social, previdência social, habitação e transporte público). Com tudo isso, os casos se multiplicaram violentamente, bem como se multiplicaram (e agudizaram) as desigualdades.

Ainda segundo Behring e Boschetti (2020), evidencia-se que os mais atingidos pela pandemia foram os(as) integrantes da parcela mais pobre da classe trabalhadora, moradora das favelas e periferias, sem condições adequadas de saneamento e sem meios de prevenção, com dificuldades de acesso ao SUS saturado – a maioria era de pessoas negras. Cabe ressaltar que essa situação, em âmbito municipal, interferiu diretamente nas políticas abordadas no presente estudo. A saúde mental e a assistência social passaram por diversas modificações, desde equipe reduzida pelas contaminações a dificuldades de chegar à unidade, pois, por um período considerável, houve barreiras territoriais<sup>49</sup>. O medo imperava nas equipes: perda de colegas, de usuários, adoecimento, falta de esperança, sensação de não ter um fim e/ou de chegar ao fim, demora em obter a vacina, redução ou falta de equipamentos de proteção.

Ao mesmo tempo, ocorrendo um aumento das ansiedades da população em face de algo que, cumpre frisar, era muito real, houve aumento da demanda por atendimento. As atividades coletivas foram suspensas; vieram as escalas para diminuir a circulação de pessoas nos serviços. Até que chegaram as vacinas, e foram paulatinamente retomadas as práticas assistenciais anteriores.

A vacina tão esperada foi inicialmente direcionada aos da “linha de frente<sup>50</sup>”, ou seja, àqueles que atendiam pacientes com a doença. A saúde mental não foi considerada, a princípio, como estando dentro dos critérios estabelecidos para receber prioritariamente o imunizante. As aplicações começaram pelos hospitais, depois seguiram para o atendimento especializado e só então para o ambulatorial. As

---

<sup>49</sup> Termo utilizado após Decreto nº 46.983 de 20 de março de 2020 para barreiras territoriais relacionadas ao transporte, para diminuir a propagação do vírus.

<sup>50</sup> Termo utilizado para diferenciar/hierarquizar formas mais, ou menos intensas de contato que os trabalhadores tinham com a incidência de risco de contaminação.

equipes da assistência social, embora tenham atuado durante todo o período pandêmico, não foram contempladas de imediato. As equipes questionaram muito essa demora, já que atuavam junto ao público que mais se infectou com a Covid-19.

De fato, foram priorizadas para receber o imunizante as equipes de saúde que tiveram contato direto com pacientes em crise respiratória, não havendo compreensão para priorizar outros profissionais, reconhecidamente pertencentes à saúde, mas que atuavam em outra política. Ou seja, não foi legitimado o cuidado ofertado pelas equipes da assistência social àquelas pessoas que se encontravam em situação de insalubridade, que não tinham condições de subsistência, que não tinham condições para se isolar - muitas delas se encontravam em situação de rua.

Após o período mais crítico, vivenciado ao longo de dois anos, retomamos as atividades coletivas na unidade. Mas podemos perceber, ainda, um aumento de demanda, contrapondo-se a uma resistência à ida aos serviços: alguns atendimentos permaneceram no território e outros passaram a chegar via “situações de crise”.

### **3.2 Um pouco de nós**

A pesquisa, como já foi repetidamente assinalado, ocorreu no município de Resende. O desejo pelo estudo em pauta surgiu das minhas indagações, como pesquisadora e profissional que atua no CAPSAD e que, em sua prática assistencial, percebeu (e ainda percebe) entraves nas relações cotidianas ligadas ao cuidado ofertado aos usuários de drogas. A compreensão desse usuário e de suas demandas não envolve somente questões de uso. Impõe analisar as condições e consequências desse uso, tais como: relação estabelecida com a droga; escuta e acolhimento; suporte medicamentoso; relação familiar; condição socioeconômica; tomada de decisão; opção pelo tratamento; modos de viver etc. Nesse sentido, procuramos compreender como os profissionais localizados nos serviços ofertam cuidado, como veem o processo e de que forma identificam os usuários e percebem o cuidado.

Foram realizadas, nesse estudo, entrevistas com 14 profissionais e com 8 usuários dos serviços (CAPSAD, CAPSI, SRHSM, CNAR, CRAS, CREAS, Centro

Pop). Optamos por não separar os profissionais da saúde mental dos profissionais da assistência social, porque, no período das entrevistas, percebemos que muitos profissionais já haviam atuado nas duas políticas. Separamos somente profissionais e usuários, por compreender que, a natureza do olhar se modifica: da perspectiva de quem acolhe à de quem é acolhido nas políticas.

Quadro 1 – Política a que o profissional está vinculado, profissão e serviço

1) Profissional da saúde mental	Enfermeira	SRHSM
2) Profissional da saúde mental	Psicóloga	SRHSM
3) Profissional da saúde mental	Enfermeiro	CNAR
4) Profissional da saúde mental	Enfermeira	CAPSAD
5) Profissional da saúde mental	Psicólogo	CAPSAD
6) Profissional da assistência social	Assistente social	CRAS
7) Profissional da assistência social	Assistente social	CRAS
8) Profissional da saúde	Enfermeira	CNAR
9) Profissional da assistência social	Psicólogo	Centro Pop
10) Profissional da assistência social	Assistente social	Centro Pop
11) Profissional da assistência social	Estagiária de serviço social	CRAS
12) Profissional da assistência social	Assistente social	Centro Pop
13) Profissional da assistência social	Psicólogo	CREAS
14) Profissional da assistência social	Psicólogo	CREAS

Mantendo o sigilo exigido quanto à identidade dos entrevistados, decidimos, para os usuários, utilizar nomes fictícios, mas que tivessem relação com a compreensão que construímos sobre eles. São nossas estrelas, os famosos-infames da vida real. Com isso, buscamos também alguma leveza. No quadro abaixo, seguem os nomes escolhidos.

Quadro 2 – Usuários e seus nomes fictícios

Usuária 1	Christiane F.
Usuária 2	Whitney Houston
Usuário 3	Walter Casagrande
Usuário 4	Eduardo Suplicy
Usuário 5	Charles Baudelaire
Usuário 6	Fábio Assumpção
Usuário 7	Lima Barreto
Usuário 8	Paulo Coelho

(Quadro elaborado pela autora)

Dos 14 profissionais, 10 são do sexo feminino e 04 do masculino, o que talvez se aproxime dos percentuais encontrados nas profissões (enfermagem, serviço social e psicologia), nas quais há predominância do sexo feminino. A idade oscila entre 29 e 50 anos. Em relação à formação, 02 profissionais possuem nível médio, 04 nível superior e 08 possuem alguma especialização na área. Há profissionais de nível médio que estão realizando alguma graduação. É expressivo o número de profissionais de nível superior que possuem pós-graduação, mesmo que seja em área que não a de atuação, o que sugere uma busca por conhecimento e crescimento profissional.

Quanto ao tempo de atuação, 9 profissionais têm mais de 5 anos nos serviços. Todos os profissionais entrevistados são concursados do município e, ao longo dos anos, não permaneceram no mesmo cenário de prática, ou seja, trocaram de serviço. Isso aconteceu tanto no que refere à política de saúde quanto na política de assistência social. Também houve troca entre as duas políticas.

Não tínhamos como critério entrevistar apenas profissionais concursados, deixando de lado outras formas de inserção, como os contratos, os processos seletivos e os RPAs. A concentração nos concursados ocorreu de forma um tanto aleatória, por assim dizer.

Quanto às trocas, pensamos que embora a rotatividade promova maior experiência e conhecimento, também prejudica eventualmente o serviço, devido ao

rompimento de vínculos já estabelecidos. E também exerce influência no saber instituído no local de que alguém já fez parte, e não faz mais.

No que se refere à experiência profissional, os entrevistados relataram que tinham experiência nas áreas em que estão atuando hoje, bem como experiência anterior em outras áreas. Logo, podemos dizer que tiveram inserção profissional anterior tanto na saúde mental quanto na assistência social. Ao assumirem a referida vaga, a experiência anterior não constituiu uma condição, como não o fora para a inscrição e posterior inserção na vaga do concurso. Pode ser, inclusive, que isso seja um fator para a grande rotatividade de profissionais entre os setores, já que eventualmente foram direcionados para um serviço com o qual não possuíam uma identificação maior.

Foi perguntado aos profissionais sobre raça/cor. Alguns não atentaram para a pergunta e não responderam. Nesse caso, repeti a pergunta e, com isso, obtive as seguintes respostas: em 14 profissionais, 8 se consideraram brancos, 2 pardos e 4 negros.

Quanto à orientação sexual, 10 disseram ser heterossexuais, 01 homossexual, 02 bissexuais e 01 pessoa não quis informar.

No que se refere aos usuários, de 08 entrevistados, 06 são homens e 02 são mulheres trans. Conforme consta na literatura, predomina o sexo masculino entre aqueles que fazem acompanhamento no caso de uso de drogas.

Acerca do quesito raça/cor, 04 pessoas se consideram brancas e 04 pessoas se reconhecem como negros. Em relação à orientação sexual, 06 se declaram heterossexuais e 02 homossexuais.

Quanto ao nível de escolaridade, apenas 01 usuário possui nível superior, 02 pessoas possuem nível médio e 05 pessoas o nível fundamental. No tocante, à idade, oscilam de 25 a 65 anos. Em relação à renda, 03 pessoas não possuem renda alguma, 02 recebem auxílio-doença, 01 pessoa recebe o Bolsa Família e 01 pessoa é aposentada. Com respeito à rede de apoio, os usuários referem-se ao serviço, a Deus e à família. Em relação à família, esse apoio fica mais centrado na figura feminina, ou seja, mãe ou esposa. Os usuários apresentam alguns relatos sobre terem amigos, mas essa rede de amigos é sempre composta de também usuários de drogas.

Não perguntamos aos usuários sobre sua religião, o que vimos como uma fragilidade na pesquisa, tendo em vista que mencionaram a sua fé ligada a um Deus, compreendendo-a, inclusive, como suporte de momentos difíceis. Cabe mencionar, quanto ao apoio familiar, que este acontece através do acolhimento, da escuta, o que não significa que os familiares estejam de acordo com as escolhas de modos de viver dos usuários. Alguns mencionam o suporte da mãe, mas não conseguem residir com ela. Em outra referência, o usuário tem esposa, porém não vive mais com ela. Logo, muitas vezes o suporte familiar não está presente na convivência diária, ocorrendo apenas quando o usuário se encontra na fase mais aguda da sua relação com a substância.

É notória a dificuldade em que muitos usuários se encontram, pois sequer possuem renda para garantir a própria subsistência. A fome e o desemprego são agravantes e pioram o quadro de uso de drogas. Os que recebem benefícios apresentam uma organização melhor. É importante levar em consideração que muitos desejam se inserir no mercado de trabalho, porém encontram dificuldades associadas a seus níveis de escolaridade e dificuldades relacionadas a seu diagnóstico.

Quanto à origem, 05 usuários são da cidade e os outros 03 migraram de São Paulo, Itatiaia e Queluz, respectivamente, encontrando-se em situação de rua. Os que residem na cidade são dos bairros Fazenda da Barra, Cidade Alegria e Surubi. Das 08 pessoas entrevistadas, 07 fazem uso de mais de uma droga, havendo predominância do uso do álcool<sup>51</sup>. Como podemos observar na fala da usuária Whiney Houston: “até etanol com água eu estou bebendo”. As outras drogas citadas são o crack, a cocaína e a maconha. A escolha da droga, entre outros motivos, aparece relacionada à oportunidade e ao custo.

Aparentemente, há pouca compreensão da necessidade da articulação entre os serviços para um atendimento especificamente relacionado à drogadição, já que os usuários se encontram em situação de vulnerabilidade, agravada, em geral, pelo uso de drogas.

---

<sup>51</sup> Há, de fato, uma predominância no CAPSAD de usuários que fazem uso do álcool: em torno de 1047 pessoas. Dados levantados pelos coordenadores do serviço, Samir Gaione e Tatiana Figueiredo.



### 3.3 O meu, o seu e o nosso olhar

#### 3.3.1 Direitos sim, temos?!

90% dos direitos, acredito que sejam respeitados, apesar de não ter um conhecimento total; para poder te responder essa pergunta, talvez eu teria que ter um conhecimento melhor sobre os direitos deles, eu não tenho, acredito que eles tenham muito mais direitos do que os que eu conheço. (Enfermeira - SM)

Garantias, será? Será que são garantias? Tem hora que eu vejo muita prática assistencialista, higienista. Tem isso, tem sim! Às vezes incomoda na sociedade como um todo. Muitas das vezes a sociedade não está preocupada com os direitos dessa população; eles querem tirá-los daqui de perto. (Assistente social – CRAS).

Os profissionais identificam e legitimam o direito dos usuários de acessarem os serviços, e de neles se manterem para realizar o cuidado. Apesar disso, como aparece nas falas, há diferenciação entre os servidores, a depender do lugar em que atuam e de sua especificidade profissional - o que faz com que tenham acesso, ou não, a determinadas informações para a compreensão dos direitos. Isso reforça a impressão inicial de que há desconhecimento, por parte de inúmeros profissionais, da função pertinente aos serviços aos quais estão vinculados, o que, ademais, favorece a violação de direitos, intencionalmente ou não. Outro fator a considerar é a padronização de condutas para os usuários: isso parece ocorrer quando os profissionais acreditam que o modelo de vida absoluto é o seu próprio modelo de vida. Há, portanto, dificuldade em reconhecer outros modos de viver, como os adotados pelos usuários dentro dos seus contextos e territórios. Como aparece no fragmento abaixo:

O que me faz pensar que pra alguns vai ser garantido e pra outros não, que ponto de vista eu começo a ter que me leva a fazer uma intervenção num caso, que às vezes é a mesma situação, e no outro não tem intervenção alguma? Porque o Sistema de Garantia de Direitos, ele — vou falar grosso modo — é uma ideia de Sistemas de Garantia Direitos, mas quem executa somos nós, profissionais. (Psicóloga – Saúde)

Frágil. Frágil... Frágil, o Sistema de Garantia de Direitos e aí eu falo, assim, de uma percepção dos dispositivos da Rede, dos contatos que a gente tem, os profissionais, com os dispositivos, com a assistência, a Saúde Mental, a Atenção Básica, tudo isso... Que, assim, é frágil, tem juízo de valor, o Sistemas de Garantia de Direitos às vezes fica parecendo que ele é garantido, mas os direitos são garantidos pra alguns e não para todos. (Psicóloga – Saúde).

Os usuários, por sua vez, identificam seus direitos através da utilização dos serviços e pensam em pleitear melhoria na qualidade e na atenção ofertadas de uma forma geral. Compreendem o direito à saúde e avaliam que o uso de drogas não está associado à malandragem; há, sim, dificuldade em lidar com a vida, com as faltas, as condições sociais, reflexo de uma sociedade construída por valores conservadores. “Queria ter uma reunião com ele (Prefeito) - (nós) os moradores de rua - para evitar, já que eles não querem a gente na rua, têm que arrumar um lugar mais adequado, porque somos cidadãos, somos humanos.” (Whitney Houston)

Ainda assim, e mesmo com essa consciência de que são cidadãos, os usuários promovem diferenciações entre eles próprios. Elas se ligam ao nível de gravidade do problema, relacionado à qual substância se usa, e aos fatores que demandam assistência (orientação sexual/situação de rua, sem renda, sem suporte familiar, entre outros fatores mencionados). Ademais, esses fatores são indicativos de que os usuários encontram maior dificuldade de permanecer no tratamento quando não possuem suporte familiar nem financeiro para a própria subsistência.

É nesse sentido que concebemos o benefício de prestação continuada<sup>52</sup> e/ou auxílio-doença<sup>53</sup>; melhor dizendo, ele pode ser considerado um fator de proteção ou de risco. Proteção porque, com a renda, esse usuário sai de sua condição de miserabilidade e consegue minimamente se alimentar e organizar alguns aspectos de sua vida. E risco também, pois, com o dinheiro, vem a desorganização, o gasto com a droga, a frustração. Em ambos os casos, os usuários são acolhidos e assistidos pelos dispositivos. Entretanto, percebemos que alguns profissionais da assistência

---

<sup>52</sup> O Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência, de qualquer idade. No caso de deficiência, tal condição precisa causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), impossibilitando a participação plena e efetiva na sociedade, ou seja, em igualdade de condições com os demais.

<sup>53</sup> Aqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho e, em virtude de estarem na fase aguda, estão afastados das atividades laborativas.

social presumem que esse público quer o auxílio /benefício exclusivamente para consumir a droga, e não por necessidade real.

Não podemos concluir que isso ocorra apenas nos serviços da assistência social, mas talvez aconteça ali com maior frequência. Notamos na fala dos entrevistados, contudo, que dentro da própria política de saúde há obstáculos a um olhar acolhedor em relação a esses usuários, que têm direito à assistência, como os demais. Há permanentemente uma sensação de que eles não constituem prioridades de atendimento ou de que seu sofrimento não é legitimado sequer em espaços do campo biomédico.

O usuário da saúde mental pode ser acometido por qualquer enfermidade (como acidentes, por exemplo), para além de suas demandas já em curso. Esses sujeitos, que se dizem em sofrimento psíquico, a partir de uma avaliação da equipe, podem ter acompanhantes. Tais acompanhantes, entretanto, sofrem grande pressão em ambientes hospitalares. Se continuam presentes, esse movimento se dá mais na perspectiva de um dever do que de um direito.

A Garantia de Direitos ainda tem bastante a percorrer, porque infelizmente ainda hoje a gente precisa estar junto pra ver realmente o atendimento acontecendo de forma adequada para aquele usuário; ontem mesmo nós tivemos uma intervenção noturna, precisou estar levando pro Hospital de Emergência, mas a técnica fez questão de ficar com aquela usuária até perceber o acompanhamento de fato, da mãe junto a ela, pra que não houvesse ali uma evasão hospitalar. (Enfermeira – Saúde).

A fala dessa enfermeira convida a trazer para o debate a dificuldade desses usuários em serem vistos em suas necessidades, e não com aversão ou pena – a depender da droga de que faz uso. Para que sejam atendidos, há de existir um profissional mais próximo, dotado de determinada ética frente ao público de que cuidamos, para que a garantia de direitos de fato se construa. Além das barreiras e entraves estruturais dos serviços, encontramos o julgamento moral por parte daqueles que deveriam ofertar cuidado. Nem todos os profissionais pensam dessa forma, mas, de fato, há grande incidência de preconceitos.

No discurso da assistente social transcrito a seguir, aparecem desencontros na comunicação entre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. O próprio hospital faz parte dessa rede, mas, para além da política de saúde, é a profissional

que coloca impasses, em termos da relação entre as duas políticas setoriais: a saúde mental e a assistência social. Essa dificuldade em compreender a função de cada uma excluiu, no caso, a possibilidade das atividades serem realizadas em conjunto.

Então tudo isso vai dificultar a gente viabilizar e promover o direito das pessoas. Isso vai dificultar muito, no nosso dia a dia a gente vê isso: a falha de comunicação, a dificuldade dos serviços em entenderem qual é o seu papel e qual é o papel do outro. Porque se eu sei qual o meu papel, eu não vou negar serviço, eu não vou jogar serviço pra frente, não, eu sei que esse é meu papel, então tenho que fazer para que, quando chegar no outro - se precisar chegar -, ele vai chegar de uma forma já sendo acompanhado. Existe até alguns casos que até já vêm acompanhados, mas que, de alguma forma, nós também não somos super-heróis, a gente também não consegue dar conta de tudo; às vezes você vai trabalhar com aquilo e isso, vai trabalhar com aquele caso, mas infelizmente vai acabar dando só um acolhimento. (Assistente social – Saúde)

Pode-se concluir que o entrave no diálogo dificulta a garantia de direitos e que, se os serviços trabalhassem em conjunto, as ações provavelmente seriam mais efetivas.

Outro ponto a destacar é a estreita relação entre o acesso aos serviços e o fato de ter documentação. Embora tal circunstância não tenha sido colocada como uma obrigatoriedade pelos profissionais participantes da pesquisa, o usuário Walter Casagrande divide conosco a sua vivência,

No momento, estava sem os documentos, então estava meio apagado da Sociedade, tirei os documentos de novo. Eu acredito que tudo é questão de estar com os documentos na hora ali que a pessoa consegue o atendimento. Com o Cartão do SUS, você tem atendimento no hospital. Aqui você consegue fazer uma ficha de cadastro. É só estar com o documento na hora, e eu estava muito sem documento, estava meio difícil acessar os lugares. (Walter Casagrande)

Ele tem a compreensão de que o acesso aos direitos e à cidadania ocorre a partir do fato de ter a documentação, sendo isso o maior facilitador, já que para o preenchimento ligado ao cadastro único (assistência social) e para o acesso aos serviços de saúde é preciso apresentá-la.

### 3.3.2 Conheço a política ou apenas consigo acessar?

Os usuários possuem o conhecimento, em termos práticos, referente à política a que estão vinculados, seja ela de saúde mental e/ou de assistência social. E expressam gratidão por esse motivo, porém direcionada às equipes que os assistem. Esse conhecer, portanto, está intimamente ligado ao fato de acessarem o serviço e compreenderem sua função e seus objetivos. Nesse sentido, a usuária Christiane F diz: *“Se não fosse a saúde mental, ia morrer muita gente. A assistência social atende super bem também”*. Já Eduardo Suplicy assevera: *“A saúde mental é um ótimo serviço, também não posso reclamar. Todas as vezes que precisei me atenderam muito bem”*. A narrativa mais extensa vem a seguir:

A assistência social de Resende é uma das melhores da região. Pelo que eu saiba, também pelas experiências que outras pessoas falam para mim, isso é confirmado mesmo, vejo que eles fazem o máximo possível. Inclusive eu já morei no abrigo, sei como é a realidade de todo mundo e no período que fui operado da diabetes me deram o auxílio total. Não tenho nada a reclamar, só elogiar mesmo. (Fabio Assumpção).

O conhecimento, por conseguinte, está direcionado ao aspecto singular, ao ato de ser cuidado e à forma como isso ocorreu na relação com o profissional que conduz o processo, que gerencia o caso na unidade e entra em contato com os outros serviços do território, como outro usuário comenta,

Confia em mim, que eu nunca fui de quantidade, nem na bebida, nem maconha, nem nas outras duas, sempre fui muito controlado. Falei pra ela “a senhora pode ir comigo pelas beiradas, sem excesso, tudo que é excesso, é excessivo, faz mal; então sempre fui muito comedido, mas agora decidi realmente parar!.(Lima Barreto)

Isso também evidencia o protagonismo do usuário no seu processo de cuidado, como se percebe na narrativa acima. Ele apresenta seus limites e possibilidades e, juntamente com a profissional, vão conduzindo a melhor forma de cuidado, de tratamento. Outro usuário já aponta a instituição como um espaço de proteção. Além de ter conhecimento dos serviços que existem no município, ele os usa para se

proteger e para socializar. Também conhece os outros serviços da saúde mental. Como consta no fragmento abaixo,

O serviço de saúde mental, em Resende, tem a casa aberta e tem o CAPSAD, tem o CAPSI. O atendimento tem para a pessoa que precisa, chegou, consegue atendimento. E assim eu gosto de vir participar das oficinas, é, é isso, me deixa espairecido, né? Que às vezes, quando a gente está na rua ou muito trancado no quarto, em casa... não está trabalhando, acho que a mente voa, vou usar, não tem nada pra fazer. Aí acaba retornando o uso. Eu gosto muito de vir aqui pro caps eu acho que a atenção das pessoas que trabalham aqui é muito atenciosa, aí você está sozinho ali na varanda, fumando um cigarro e aí a pessoa passa e pergunta se quer conversar e às vezes uma conversa ajuda muito. (Paulo Coelho).

Os profissionais, por seu lado, nem sempre conhecem todos os aspectos da construção da política e ainda possuem dificuldade de compreender como ela se estabelece no âmbito municipal. A maioria das profissões possui uma formação generalista e seu conhecimento não é direcionado para esse campo de atuação. Inicialmente ocorre até mesmo estranhamento pela forma como se dá o trabalho, tanto na saúde mental, campo estabelecido pela área psi, como na assistência social, campo de domínio do social. Os profissionais fazem afirmativas como a seguinte: *“Não possuo um conhecimento pleno de como a política veio se construindo no município, desconheço os serviços, a rede.”* (Assistente social – CRAS); *“Estou por dentro minimamente das mudanças que estão ocorrendo aí nesse momento, que vêm ocorrendo há um tempo. Não sei me aprofundar não.”* (Enfermeira – CAPSAD); *“Pra ser bem sincero, muito pouco. Quase nada.”* (Psicólogo – SRHSM)

Talvez seja necessária uma capacitação inicial para quem chega, bem como alguma forma de educação permanente para as equipes que já atuam nos serviços. E isso nos leva ao nosso próximo tópico, que envolve os conceitos mais específicos da política.

### 3.3.3 Preconceito, reinserção social e território

Mas em relação a passeios como fazemos: “ah vou no calçadão ver as lojas”. Eles já vão meio ressabiados, porque sabem que lá eles vão ser afastados de lojas. Caso eles entrem pra ver uma coisa, já sabem que tem um lojista atrás, um funcionário atrás pra ver se não vão realmente roubar nada, pelo

estereótipo. Shopping também, eles gostaram do passeio que foi feito no shopping, umas das oficinas do grupo de cidadania foi fazer o grupo de cidadania na praça de alimentação do shopping. Então foi muito bacana que lá cada um pôde adquirir o seu lanche, e eles se sentiram, assim, “ambientalizados”. Mas sozinho é mais difícil de eles frequentarem esse espaço, então ainda tem essa questão deles na sociedade, sozinho ali eles ainda ficam meio que ressabiados. (Assistente social – Centro Pop).

Cabe destacar o preconceito que esses usuários sofrem em função do diagnóstico - uma doença que desafia valores do campo psicossocial. Embora a dependência de drogas seja reconhecida pela OMS como uma doença, muitos a veem como resultado de uma falta de caráter, de uma degradação moral, utilizando termos pejorativos, difamatórios e depreciativos, por exemplo: “nóia”, “zumbi”, “maconheiro”, “crackeiro”, “cracudo”, “bêbado”, “chaminé”. Mesmo no campo teórico-técnico, aparecem discursos que os rotulam como “mentirosos” e “manipuladores”, sem qualquer análise de contexto e/ou história de vida – afora ignorarem a própria história das relações, sempre instáveis, entre as sociedades e as drogas, bem como a gestão dos ilegalismos, necessariamente política, que separa o permitido do proibido a cada momento. Portanto, ainda há o preconceito, eventualmente escárnio, que criminaliza aprioristicamente o usuário, recusando a oportunidade de um tratamento, caso desejado.

A complexidade do uso de drogas não pode ser atrelada a uma falha de caráter, demonizando o usuário. Tal atitude nada mais é que um reflexo da estrutura, excludente e preconceituosa da sociedade contemporânea.

Tem alguém pra atender e às vezes a gente não consegue porque o usuário fala “não posso ir lá, eu tô jurado de morte”, então isso dificulta... E eu vejo a importância, né, e aí eu confesso que vejo muita insistência. Eu vejo muito “preciso que venha até mim” e não necessariamente “eu vou até você”, e a gente tem prova de que isso gera resultados quando vai, porque quando você vai você consegue observar o entorno, e, às vezes, o entorno tá prejudicial. E talvez identificando isso, conversando, consegue mudar e tratar a evolução desse indivíduo. (Psicólogo – CAPSAD).

Em contraponto, percebemos que embora não possamos associar criminalidade com uso de substâncias, muitas pessoas que fazem uso de drogas podem estar vinculadas a territórios em que há tráfico. Dependendo da quantidade do uso e de eventualmente não pagar pelo consumo, o usuário fica então “jurado de morte”. E há ainda que ponderar que o serviço fica numa certa localidade e que alguns

usuários têm dificuldade de acessá-lo por estar em um território que não possui identificação com o seu território de origem<sup>54</sup>.

O nosso público é dúbio, né? Ao mesmo tempo em que as pessoas veem como vítima, coitadinho, veem também como vagabundo, perigoso, bandido, então... Não tem tanto envolvimento. E aí a gente só tem mesmo a rede aqui! Ministério Público, quando tem alguma coisa de idoso aqui, eles solicitam atendimento... Mas assim, Conselho Tutelar ou o Judiciário em si, às vezes o pessoal da Defensoria Pública a gente utiliza pouco também, só pra casos extremos mesmo. (Psicólogo – CAPSAD).

Os profissionais percebem essa forma de olhar para os usuários de drogas: tanto como a sociedade os vê de um modo geral (senso comum) como aquilo que os próprios usuários identificam. Pretende-se que a rede e os serviços que a compõem sejam um lugar de desconstrução dessa visão já dada, para que de fato esses usuários consigam obter a garantia dos seus direitos, bem como pleitear mais garantias.

Vale salientar que, nas entrevistas realizadas com os usuários, estes não identificam preconceitos na equipe da saúde mental e da assistência social que os atende diretamente. Esse aspecto aparece na relação que mantêm com outros serviços da raps, que não estão tão próximos da temática (drogas). Sendo assim, a forma como são olhados torna-se uma barreira de acesso, ao menos aos outros serviços ofertados.

Há de um lado, a dita “cidade”; de outro, as comunidades, favelas, territórios de ocupação que passaram a ter mais investimento dos governos em tempos recentes. Contudo sofrem, ainda hoje, forte estigma quanto a quem habita esses locais, pois o “favelado” é associado a um marginal; além disso, essas localidades são habitadas predominantemente por pessoas não brancas. As respostas ofertadas pelo Estado para a violência e para o tráfico foram e seguem sendo intervenções de repressão, permanecendo a população que morava/mora nesses territórios em condição de marginalização. Não há, na cena pública, o reconhecimento de vidas nesse espaço; o que existe é a necessidade de “limpeza urbana” e de embelezamento de espaços

---

<sup>54</sup> A cidade é dividida em territórios, para nós da Saúde mental. O CAPSAD fica localizado no território I, e é sabido que há tráfico de drogas e guerra de facções (Comando Vermelho e Terceiro Comando). Com isso, usuários de territórios dominados pela facção oposta à qual o Capsad está situado possuem dificuldade maior de acesso. Como medida para diminuir essa dificuldade, lançamos mão de estratégias como a visita domiciliar.



coletivos. Tudo ocorre através de demolições e da intervenção policial, que sempre viola os direitos daqueles que vivem na cidade não considerada cidade.

Não se pode considerar o fenômeno das drogas só a partir de situações, digamos, concretas; é preciso apreender também o imaginário social, bem como as situações afetivas que atravessam os usuários e suas vivências no território. Pode-se dizer que na cidade limpa, pacificada, não cabe o doido, o usuário de drogas, o preto, o pobre. Afirmar a clínica, portanto, também significa combater esses clichês, exercer uma resistência.

Pensar os atravessamentos que sofrem as pessoas que consomem álcool e outras drogas é compreender que podem estar vivenciando sensações de culpa, derrota, agressividade, desconfiança, delírios, segregação, preconceito, estigma. Que podem, ainda, estar com dificuldade para realizar as atividades cotidianas como trabalho, estudo, lazer, bem como para exercer papéis sociais como ser pai, mãe, filho, companheiro, amigo – tudo isso acrescido de dificuldades de acesso às políticas públicas e de eventual negação da cidadania.

#### 3.3.4 Ações e funções

Aqui é aquecido de afeto, viu, não é só um atendimento individual e agendado não. Aqui eles, é uma instituição no caso, um dispositivo múltiplo, que tem muitos profissionais. Então nós temos psicólogo, enfermeira, assistente social, até a própria administração, o pessoal do administrativo, tem uma atenção voltada pra eles. Temos terapeuta ocupacional, musicoterapeutas, hoje nós temos um profissional que, embora seja psicólogo, faz ações de medicina alternativa, que é o caso da auriculoterapia. A musicoterapeuta também atua com meditação e, além dessas ofertas, nós estamos oferecendo as oficinas de prática mesmo, e em grupo, que é o caso do fuxico, do mosaico, a oficina de culinária, tem a oficina do jornal, que eles participam ativamente indo atrás de notícias, informando, pesquisando, entrevistando, então eles estão na comunidade, na sociedade. (Enfermeira – CAPSAD)

Os profissionais verbalizam ações realizadas pelo serviço, ofertadas aos usuários que consomem drogas, que implicam um cuidado para além de uma prática profissional – também situada na área dos afetos. Citam pouco um cuidado que vá

além dos muros do CAPSAD, pois associam tal ação a outros equipamentos da rede (RAPS ou rede socioassistencial).

Mas, em geral, não há, nos serviços da política de Assistência Social, ações ofertadas a pessoas que consomem drogas. O procedimento mais comum, quando essa identificação é realizada, é realizar um encaminhamento para o serviço especializado da saúde. Como consta no discurso dos profissionais, “... *chegou alguém aqui com esse perfil, encaminhamos pra Política de Saúde Mental, álcool e drogas – lá pro CapsAD.*” (Assistente social – CRAS)

Faz-se necessário, então, que haja referência e contrarreferência para que se consiga estabelecer uma efetiva rede de cuidados. O que temos visto, no entanto, é que há uma incidência maior de encaminhamentos realizados pelos equipamentos da assistência social para os da saúde. Esses encaminhamentos chegam direcionados, no formato de uma cobrança de ações, pois em geral se entende que esses usuários necessitam do tipo de cuidado que deve ser ofertado especificamente pela saúde.

Esse encaminhamento é, talvez, correto e necessário, pois não cabe à assistência social a avaliação de condições de saúde nos casos em que se observem sinais de tal necessidade. Mas, sobretudo, não podemos reduzir a função da assistência social a mero encaminhamento, pois os dispositivos possuem atribuições: ofertam acolhimento e cuidado aos usuários e seus familiares (escuta orientação, aconselhamento). E, com efeito, atuam diretamente com pessoas que fazem uso de drogas que, muitas vezes, no social em geral, veem esse uso associado à delinquência, forjando-se assim um estigma. Sendo assim, o tráfico pode aparecer como única alternativa de trabalho e renda, em especial na utilização da mão de obra adolescente, o que reforça a segregação. Acrescenta-se a tudo isso a condição socioeconômica da população de usuários.

Na percepção dos usuários, essas questões raramente se apresentam imediatamente, e podem, inclusive, não aparecer no decorrer do atendimento. Mas a temática dos atravessamentos sociais no uso de drogas tampouco é amplamente discutida na política de assistência social.

Eu vejo muita importância na redução de danos, que é muito falada, mas às vezes eu não vejo tanta coisa na prática em si voltada pra redução de danos. Coisas que a gente, às vezes, vê numa reportagem ou outras, coisas que a

gente vê também que pode ser feita. Não sei se é porque o público é bastante difícil, porque talvez tenha isso.” (Assistente social – CRAS)

Não, porque igualzinho assim, dentro proteção especial, fala do atendimento de pessoas com uso dessas substâncias psicoativas. Mas, com a política de Assistência, atendimento voltado pra isso a gente não faz; a gente faz orientação e encaminhamento. (Psicólogo – CREAS)

Trabalha bastante as medidas de redução de danos. Tentamos incentivar também a fazer algo que ocupe o tempo e a mente desse indivíduo... Bastante reforço de água, porque ajuda bastante a hidratação contra qualquer tipo de droga... A gente também oferta o protetor labial, porque, muitas vezes, queima, incentiva também a passar na mão para reduzir o dano daquilo ali, que às vezes fica meio feio.<sup>55</sup>E, realmente, mostrando também os serviços que tem na rede e outras coisas que tem na rede, que podem fazer uso desses espaços na melhor garantia de cuidado pra eles. (Enfermeira – CNAR)

A partir dos fragmentos de relatos acima, percebem-se diferenças de visões quanto às ações de redução de danos por distintos profissionais. Isto pode decorrer da política a que o profissional está vinculado ou ao fato de não compreender como se conduz o cuidado nesse contexto.

Então, aqui é um serviço da Assistência, Centro Pop, praticamente tá bem fechado de acordo com a tipificação, né? Então recebe aqui desde a escuta, acolhida, encaminhamento para rede, oficina, grupo, atendimento individual e atendimento em grupo, articulação com a rede... De modo geral, o que é proposto a gente faz. Tudo tem sido oferecido: higiene pessoal, guarda de pertences, alimentação... olhando pra isso aí é bem enxuto, o serviço é bem completinho, né? (Psicólogo – Centro Pop)

Alguns dos usuários daqui têm essa dobradinha, ne? Está em situação de rua e faz uso de substância. não tem nada específico para aqueles que fazem uso. Em atendimento individual, até mesmo nas oficinas, muitas das vezes surgem esses temas e essas demandas, e a gente trabalha nesses espaços. Mas o encaminhamento também é sempre realizado. (Assistente social – Centro Pop).

Os profissionais percebem o CAPSAD como espaço legítimo de tratamento, mas também enfatizam a condição de estar em situação de rua. Em geral não diferenciam essas circunstâncias, ou seja, o estar em situação de rua e o fazer uso de substâncias. Questiono: será que essa dupla condição de vulnerabilidade é um fator de determinação para o abuso no consumo de drogas, ou é uma consequência?

---

<sup>55</sup> Refere-se à estética da boca e dos membros superiores, ao uso de determinadas drogas que causam queimadura.

Pode ser que nessa política não tenha muito direcionado pra álcool e drogas. É uma forma que o município vem desenhando. (Psicólogo – CREAS).

Então, porque é assim: CREAS é Centro de Referência Especializado em Assistência Social. A gente atende demandas do público que tá sofrendo algum tipo de violação de direitos: crianças e adolescentes - aí a violação contra eles pode ser negligência, pode ser abandono, maus tratos, violência física, abuso sexual, esse tipo de demanda -, e também violação de direitos contra os idosos, que também segue a mesma linha - negligência, abandono, abuso financeiro, essas questões”.<sup>56</sup>(Psicólogo – CREAS)

“Agora, se o adolescente fala pra gente que ele faz uso, a gente encaminha pro Capsi. Mas na maioria das vezes que a gente encaminha pro Capsi pela questão da drogadição, é já em sentença, vem na sentença: a juíza determina que a gente tem que fazer o acompanhamento desse atendimento lá.” (Psicólogo – CREAS)

“Sempre esse contato com o CAPSI pra saber: tá realmente indo? Ou eles lá vão falar "ah não, não tem mais necessidade de estar atendendo esse adolescente", até pra não parecer que foi o adolescente que descumpriu. A gente sempre faz essa troca. Mas a gente, aqui, não atende a questão de álcool e drogas. Se for adolescente é o CAPSI, e se for adulto é o CAPSAD.” (Psicólogo – CREAS)

Percebe-se que não há, efetivamente, dentro desses equipamentos, um trabalho direcionado a pessoas que fazem uso de substâncias. Na fala dos entrevistados, nota-se que, por fazerem uso de drogas, os usuários podem se encontrar em situações de vulnerabilidade. Muitas situações apresentadas nos fragmentos acima refletem momentos ou situações em que os usuários ou suas famílias sofrem em virtude da própria relação estabelecida com a droga.

As ações realizadas, no entanto, são as mesmas para qualquer pessoa atendida. De fato, não existe um entendimento de que o cuidado deva ser realizado, ou melhor, de que os profissionais da assistência social devam realizá-lo. A única forma de cuidado percebida é, em suma, o tratamento de saúde.

---

<sup>56</sup> Muitas dessas situações exemplificadas pelo profissional surgem com o uso de drogas, aparecendo quer como causa quer como efeito.

### 3.3.5 Ação conjunta entre os serviços

Existem algumas ações realizadas pelos serviços conjuntamente e isso é perceptível tanto pelos profissionais quanto para os usuários. Cabe sublinhar que o usuário de drogas possui necessidades multidimensionais e, com isso, apresenta uma maior necessidade de ações conjuntas para obter respostas efetivas. Os usuários, nos fragmentos que se seguem, colocam-se como favoráveis a essa ação multidimensional: *“Nota mil, não é nem nota 10, é nota mil.”* (Eduardo Suplicy); *“Conversam, conversam sim! Falam da gente...”*. (Charles Baudelaire);

No caso a mulher acabou de separar de mim, aí que eu acabei recaindo mesmo, fui afundando cada vez mais. Aí depois do Centro Pop fui pro Abrigo. Então o atendimento no Centro Pop é excelente e do Abrigo também. E daqui também. (Lima Barreto)

Quando eu operei, eles sempre estavam em contato porque tinha fazer os curativos; na época eu fiquei um ano fazendo, então eu sei que existe uma ligação, um elo entre eles. Eu me senti bem assistido. O carro da prefeitura ia me buscar no abrigo para fazer o tratamento. Eu fiquei no abrigo numa época difícil da minha vida. (Paulo Coelho)

Os profissionais, por sua vez, possuem opiniões distintas. Na verdade, admitem que esse contato acontece, mas ainda de forma incipiente.

Raramente. Só quando é solicitado, tanto pelo Serviço Específico, que somos nós, quanto pelo Caps; quando é solicitado somos atendidos, mas só mesmo se foi feita a solicitação, e às vezes também é um pouco difícil os caminhos a seguir para poder conseguir alguma coisa. (Psicólogo – CREAS)

Até tem, mas eu acho que falta. Tipo falta um suporte, que tá muito entrelaçado à questão do uso, principalmente a questão dos adolescentes - ficam muito vulneráveis à questão social. Aí às vezes falta ter uma ponte pra gente desenvolver o trabalho até em conjunto. Por isso, eu acho que falta. Não que não tenha; a gente tem, tem uma conversa, quando tem um caso específico a gente se senta e conversa com o pessoal da Assistência Social, mas eu acho que ainda tem um, existe um buraco ainda. (Enfermeira – SRHSM)

Sim, o Caps e a assistência social, no caso, a saúde mental e a Assistência Social, já tivemos um auge, assim, muito melhor do que se tem hoje. Mas estamos retomando, até por conta de mudanças de coordenações e tal, então até integrarem novamente enquanto coordenadores para novamente as técnicas voltarem a interagir demora um pouco. Mas hoje já estamos tendo, sim, uma conversa melhor, reunião de rede pra tratar de assuntos voltados

pros usuários, pra que haja ali um afinamento de ideias, e doações conjuntas. (Assistente social – Centro Pop)

Alguns estabelecem as ações voltadas para esse público de forma complementar, sem qualquer ação específica direcionada.

Então algo voltado especificamente pra eles, só nosso não tem, mas em conjunto com outros serviços a gente tem: Consultório na Rua, o SEAS, que é serviço de abordagem, especial de abordagem, tem esse trabalho em conjunto, de estar ali perto dessa galera, de trazer essa galera aqui pra perto da gente. (Assistente social – CRAS)

No entanto, no discurso do enfermeiro do consultório na rua, emerge a compreensão de que uma política não consegue dar conta de todas as demandas sozinha:

É um trabalho a longo prazo e tem que ser em rede, porque não adianta, o CRAS auxilia com a documentação, mas ele está em situação de rua, não tem onde guardar, e está na rua, às vezes vai vir à força do Estado, até a Polícia Militar vai bater, e vai agredir pra tirar aquela população dali, sem observar os direitos, então tem que ser em rede, as Políticas têm que andar em rede pra essa galera conseguir se emancipar. Porque ela vai pro Caps, ela consegue ser atendida no Caps. Aí vai tratar lá como dependência, mas ela vai sair do Caps e está na rua, ela está com fome, está com frio, ela vai voltar a usar a substância. Você encaminha pro Cine, mas a pessoa não vai ter condições de segurar uma vaga de trabalho porque não está minimamente organizada... Então é uma população que demanda muito! (Enfermeiro – CNAR).

A fala simboliza, para nós, que o trabalho em rede<sup>57</sup> pode possibilitar que esse usuário consiga ser atendido, se não na totalidade, na maior parte de suas demandas, até mesmo para que efetivamente se atinja a chamada “resolutividade”:

Mas até então os serviços têm conversado, os colegas individualmente entram em contato, passam prazo, querem saber; em relação a essa troca tem ocorrido, o que é positivo até porque a gente tá cuidando do mesmo indivíduo.” (Psicólogo – CREAS)  
 “Até tem. A política de Assistência não trabalha sozinha, como a própria política fala, é articular com as demais políticas públicas. Então não tem como você querer promover cidadania, promover acesso a serviço, sem você articular com a rede. Então a gente conversa! Às vezes a gente não consegue efetivar direito, mas a gente consegue tentar, fazer a tentativa. (Psicólogo – Centro Pop)

---

<sup>57</sup> Essa rede tem que possibilitar que o Estado reconheça o sujeito como detentor de direitos, mas ele próprio precisa conseguir se reconhecer assim. E isso só é possível num espaço que não seja totalmente permeado pelas lógicas do mercado.

Tem a parceria, mas eu vejo problema mais de gestão. Entendeu? Às vezes... Porque tem coisa que chega no topo e não chega pra base, e a base às vezes tá desconhecida. [...] fala pra gente que “não, a base tá ciente”, e às vezes [...], e dificulta pra gente nas atuações, porque a gente nem sabe o que tá acontecendo, como, o que tá acontecendo. E aí infelizmente prejudica o indivíduo que tá necessitando daquele cuidado ali. (Enfermeiro – CNAR)

Podemos concluir que se estabelecem ações conjuntas entre as políticas de saúde mental e assistência social. Porém isso ainda não é algo instituído, dentro de uma perspectiva normativa, e, sim, perpassa a avaliação dos técnicos que executam as ações quando possuem relacionamento pessoal, notadamente. Isso facilita a troca. Também está mais presente no âmbito assistencial quando os técnicos identificam haver necessidade de uma interlocução para uma melhor condução dos casos, ou quando se trata de uma demanda judicial, que exige acionar outros serviços.

Outro fator que podemos destacar são as situações que chegam via gestão (coordenação). Geralmente consistem em pedidos que chegam “para ser executados”. Dependendo da situação, há discordâncias de conduta, ou a conduta tende a algo, a depender do caso.

Então esse caso eu encaminhei pro Capsi, eles não entraram em contato com a menina, não entraram em contato com a família... Posteriormente eu insisti no atendimento, a forma deles foi "a gente não atende por telefone, precisa mandar relatório"... Então burocratizando uma coisa que eu acho que deveria ter uma prioridade. (Psicólogo – CREAS).

Percebe-se que o referencial adotado é diferente para cada caso e/ou cada técnico. Existe um estabelecimento de prioridades pela idade, no sentido da lei (primazia de atendimento); entretanto, as avaliações são feitas por cada profissional, que define o nível de gravidade e, em decorrência disso, também as prioridades em relação ao atendimento. Sendo assim, tem acontecido que a avaliação inicialmente realizada por um profissional, que encaminhou o caso e o entendeu como demanda para outro equipamento, não foi compreendida, por este último, da mesma forma. O outro equipamento deveria, em princípio, acolher a avaliação e não demorar a se aproximar do caso. Mas nem sempre as avaliações são acatadas. Esse foi, por sinal, um dos maiores ruídos e/ou estranhamentos que emergiram na pesquisa.

Mas a grande questão que eu vejo é essa questão da comunicação, da falta de entendimento da rede, de saber qual é o papel do outro e qual é o meu

papel, e nisso o prejudicado, é lógico, é o usuário com a questão dos seus limites.(Psicólogo – CREAS).

Percebe-se, portanto, que ocorre uma divergência entre a ação realizada e a maneira como ela é vista pelos demais. Há certa desconstrução das atribuições de cada setor, ou mesmo um não entendimento da forma de cuidado realizado. Isso, entretanto, não se apresentou em todas as entrevistas. E não foi encontrado nas falas dos usuários.

As pessoas não sabem qual é o trabalho do CREAS, por mais que a gente tente divulgar nossos serviços, até pra nossa própria rede, eles não sabem. Eles mandam conflitos familiares pra gente, coisa que é pra Básica cuidar. Enquanto a gente "perde tempo" com essas questões de conflito, a gente tem várias questões aqui que às vezes até envolvem advogada... É briga de família, enquanto a gente tem coisas que realmente eram violações de direitos. Então o que eu gostaria mesmo é que tivesse um entendimento da rede sobre o nosso trabalho. A pessoa às vezes liga pra cá, o idoso foi assaltado no banco e alguém da rede liga pra cá para saber o que a gente pode fazer. Foi assaltado, liga pra polícia! Uma questão de guarda, como a gente recebeu aqui, guarda tem. (Psicólogo – CREAS)

É peculiar essa questão: embora ela apareça, aqui, especificamente relacionada a um serviço da assistência social, qualquer serviço pode estar passando por dificuldades análogas. Acredito que exista certa incompreensão da funcionalidade dos serviços, assim como de seus objetivos e, em virtude disso, fica obstaculizada a construção das ações, tanto individuais como, principalmente, coletivas.

### 3.3.6 Acesso

Entre as formas de acesso aos serviços, pode-se dizer que a saúde mental possui fluxos e protocolos a ela direcionados que, inclusive, facilitam a inserção dos usuários nos serviços da assistência social. Também a assistência social possui formas de inserção, não só para seus próprios serviços, como também relativa à demanda direcionada pelo judiciário - o que, muitas vezes, acarreta um "inchaço" nas demandas, que não necessariamente deveriam estar sendo ali assistidas.



O conhecimento que eu tenho do geral é que, através dos serviços como o Consultório na Rua, eles às vezes são abordados: quando é diagnosticado algum tipo de necessidade, são encaminhados pra um dispositivo de saúde mental. Agora, aqui no Serviço de Referência Hospitalar da Saúde Mental, eles vêm através dos Caps, ou, em alguns outros casos, eles são encaminhados ao Hospital de Emergência por conta de alguma consequência pelo fato do uso - aí é avaliado e é encaminhado para o serviço aqui, para a internação. Mas na maioria das vezes é encaminhado pelos Caps mesmo. Alguns procuram e pedem esse tipo de ação, de internação; em outros realmente é vista essa necessidade de internação pra poder intensificar esse início de tratamento. (Enfermeira – SRHSM)

A forma de acesso aos serviços se dá através de um fluxo já estabelecido institucionalmente. Há um atendimento imediato e que acolhe para compreender a demanda, principalmente pelos serviços mais direcionados a cuidar do público específico.

O AD, por conta de questões clínicas, eles acessam mais o serviço... Por exemplo, crise compulsiva, desorientação. Então, assim, ou através de um familiar que procure o serviço, então tem sido geralmente através dos equipamentos mesmo, do Hospital de Emergência e tal. A equipe do CAPSAD já conhece. (Enfermeira – SRHSM)

Do CAPSAD tem mais pacientes que já foram no serviço, já conhecem, aí acessam a partir de um momento que já tiveram lá... É mais recorrente já conhecer o serviço e vir pra cá, a partir da indicação, claro, da avaliação. Mas já têm um conhecimento prévio. (Enfermeira – SRHSM).

É perceptível que o conhecimento dos serviços e o vínculo estabelecido com a unidade faz com que os usuários retornem, principalmente nos momentos em que se encontram mais vulneráveis.

Então, o público de adolescentes chega muito no serviço encaminhamento pelo judiciário. Porém, esse encaminhamento do judiciário, muitas vezes, é um encaminhamento equivocado, porque na verdade esses adolescentes, em maioria, têm envolvimento com facção e não fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Então é meio que um protocolo: chegou no judiciário, foi apreendido porque tá fazendo parte de facção, fez furto, roubou, é tráfico... Capsi. Então eles não têm um filtro, o judiciário não tem um filtro. Uma vez conversamos até com a equipe técnica, porque eles também não entendem por que o juiz tem essa atitude, esse procedimento. Então assim, foi pego, fez alguma coisa, o juiz pega e manda para cá como um protocolo, e nem quer saber se faz uso, uso abusivo... É sempre encaminhando para cá. Nosso maior encaminhamento, nossa maior demanda é pelo judiciário, depois a escola, conselho tutelar, e alguma demandas espontâneas até chegam, mas não é o principal, não. (Assistente social – CREAS)

O encaminhamento é feito, portanto, mas não por compreensão da demanda. Nessa faixa etária, a adolescência, geralmente a aproximação ocorre pela questão do comércio de substâncias. É bem difícil um adolescente que cresceu em áreas

dominadas pelo poder paralelo não se encantam ao obter alguma função nesse sistema. Inúmeras vezes, a falta de acesso a bens e serviços e a dificuldade econômica fazem com que sejam envolvidos nessa função.

Cabe considerar, no entanto, que há outras formas de encaminhamento que não apenas as realizadas pelo judiciário.

Recebe tanto sem encaminhamento de outros serviços quando com encaminhamento, e esses encaminhamentos têm vindo de uma forma bem definida. Então, quando se encaminha, já vem dizendo por que tá encaminhando e tal. E, quando nós encaminhamos também, é de maneira formal. A gente usa um instrumento chamado “Referência e Contrarreferência”. Então ali já é um documento que viabiliza muita clareza no nosso encaminhamento pra outros serviços, seja por própria atenção básica, por conta de uma estabilidade melhor daquele usuário, ou por conta de ser uma questão clínica que vai precisar de um acompanhamento contínuo daquele posto de saúde. Então a gente já deixa isso meio claro. (Enfermeira – CAPSAD)

O encaminhamento se apresenta como uma forma de acesso, pois através dele já se justifica a necessidade de atendimento para o serviço que irá receber a demanda<sup>58</sup>.

Acessando a Saúde? Continuo sempre na tecla do senso comum do preconceito. O que vivíamos lá no Caps AD era uma grande dificuldade deles em estar acessando pela própria forma que era tratados quando chegavam nos lugares. Às vezes, pelo fato de estar sujo, pelo fato de estar acompanhado de um animal, ou, simplesmente, pelo estigma mesmo: “ai, dependente químico.... Mas o dependente químico adocece. Ele tem filho, tem rim, ele tem sentimentos, ele se deprime... Olhando, assim, num todo, eu me lembro de muitas situações humilhantes que eles passaram no acesso à saúde, principalmente, nas emergências em si. (Assistente social – CRAS).

O acesso, de acordo com o fragmento acima, se apresenta como uma condição de cidadania, como possibilidade de se cuidar, de fato. Mas vale repetir que ainda existe muito preconceito quanto a pessoas que fazem uso de drogas e isso dificulta o acesso<sup>59</sup> a certos serviços.

Às vezes, por ser negro, por ser pobre, independente, de estar na rua... vai ser tratado, às vezes, de uma forma discriminatória que vai acabar impedindo o usuário de aderir ao serviço, vai impedir o usuário de criar uma fidelização

<sup>58</sup> Recentemente, tivemos uma situação de avaliação feita pelo Capsad na qual, pela condição de saúde do idoso assistido em casa, após a visita domiciliar, entramos em contato com o setor de ambulância e deixamos um encaminhamento por escrito. Isso auxiliou a equipe, que levou o senhor para o HE com base na descrição do quadro apresentada.

<sup>59</sup> O acesso aos serviços e a participação do usuário em seu tratamento são princípios assumidos pelo SUS como direitos a serem garantidos.

ali com conosco, um vínculo com a equipe. Eu vejo dessa forma. Não sei se estou sendo muito rápida. (Enfermeira – CNAR)

A partir da fala da profissional acima transcrita, tem-se a sensação de um não lugar atribuído ao usuário, a depender de sua cor, sua orientação sexual e sua condição socioeconômica. E esse preconceito, decerto presente nos serviços, funciona como uma forma de se negar acesso, eventualmente camuflada pela alegação de uma decisão individual por parte do usuário. Ou seja, o fato de alguns irem tardiamente à procura dos serviços de saúde e/ou da assistência social é pensada como decisão estabelecida individualmente, o que culpabiliza o indivíduo e não leva em conta uma série de outros fatores contextuais.

Tem muitas outras coisas que poderiam ser feitas em conjunto, tem muitas coisas que, a despeito do território, poderiam ser feitas em conjunto usando os equipamentos dos territórios mais próximos do usuário. Quer dizer, essa interação, eu não “vi ela” ainda. Na nossa experiência prática, muitos usuários do serviço de saúde, na área de saúde mental, às vezes têm dificuldade de vir. E eu sei também que existe, ou existiu, um processo de facilitar esse acesso, com passagens, com facilitando tudo em torno. Mas, às vezes, na primeira vinda, ele ainda não foi ouvido, ele ainda não foi estudado, a situação dele, ele ainda não tem essa passagem. Então ele não vem. Aqueles que vêm, é por um motivo ou outro... Dependendo do número de pessoas que estão naquela situação similar e que teriam a dificuldade de vir, poderia talvez se criar um espaço mais próximo, talvez usando os equipamentos nos territórios, apenas levando o serviço até ele lá, dentro de um escopo que pudesse ser aceitável, né, porque tem uma parte do serviço que só pode ser feita aqui, mas tem alguns que de repente poderia ser distribuído. (Enfermeira – CNAR)

O acesso, no fragmento anterior, é compreendido como uma forma que possibilite os usuários obter o cuidado através de caminhos outros que não os convencionais, por levar em conta a singularidade do público atendido/tratado. Nesse sentido, conviria promover novas práticas, para contemplar o maior número de usuários possível.

É, Resende é um município que tem uma estrutura de equipamentos bem legal, mas ainda tem uma deficiência em relação a ir alocando os profissionais especializados a trabalhar com esse público, que é um público muito desafiador [...] E, em relação a dispositivo, material e insumos, a gente até encontra, mas a gente no momento tá com uma política mais de governo do que política pública. (Assistente social - CREAS).

Como afirma Costa (2012), prestar assistência às pessoas que têm problemas com drogas exige eliminar as dificuldades de acesso aos serviços, ofertando uma

diversidade de estratégias de cuidado. Todas elas, no entanto, devem estar ajustadas às necessidades das pessoas para que se garanta a continuidade do acesso e, além disso, se articulem as ações em seus diversos âmbitos, como moradia, geração de trabalho, etc. O foco deve ser posto no cuidado das pessoas dentro das suas trajetórias de vida, nos seus contextos de inserção social.

Retornando ao relato dos profissionais, identificamos como incipientes as iniciativas, dentro do âmbito da atenção psicossocial, para as atividades preventivas, no que se refere à questão do uso da droga. Já na rede socioassistencial, há o reconhecimento dessas atividades. Entretanto, dificilmente os usuários que consomem drogas apresentam uma demanda espontânea. Ela normalmente aparece quando um familiar ou alguém da comunidade a verbaliza. Nesse sentido, pode-se dizer que a dimensão preventiva não compõe necessariamente o cotidiano dos serviços.

No nível assistencial, portanto, há parceria entre os serviços quando a questão está instaurada. Mas, trabalho de prevenção não há: quando a equipe da proteção especial identifica o consumo de drogas, prevalece o entendimento de que as intervenções devem ser feitas especificamente nos equipamentos da saúde mental. Sendo assim, há encaminhamento para tais serviços, ao menos quando os usuários, com quadros julgados graves, não são internados – destino funesto ainda presente, associado à cultura do internamento e à lógica hospitalocêntrica de cuidado. Vale ressaltar, no entanto, que a prevenção também pode constituir um novo problema, quando se medicaliza/patologiza a vida cotidiana no presumido intuito de “cuidar”, como ressalta a literatura mais consistente e crítica sobre as políticas públicas.

O diálogo entre a saúde mental e a assistência social poderia contribuir na perspectiva de orientar, dar suporte e desconstruir o estigma ligado às drogas. Em contraponto a isso, percebe-se que a procura imediata dos CRAS e CREAS tem como objetivo quase exclusivo o acesso aos benefícios sociais. A demanda, normalmente, liga-se ao atendimento imediato das necessidades materiais. É importante destacar que algumas solicitações aparecem nas unidades como relacionadas ao uso de drogas - por exemplo, tratamento, internação, medicações -, pois a equipe da assistência social as vê como demandas específicas da saúde. Pouco se trabalha, nos dispositivos da assistência social, uma escuta que dilua essas questões de

“especialidades” e promova motivação para um acompanhamento, por exemplo. Isso acaba por reforçar a cultura do encaminhamento, como se a questão das drogas se reduzisse a uma doença que acomete certos indivíduos, sendo de responsabilidade exclusiva da saúde mental.

Não chegamos a identificar, portanto, elementos assistenciais de práticas terapêuticas no âmbito da própria assistência social. Embora haja um fluxo de referência e contrarreferência para o cuidado aos usuários, ele não é muito efetivado, prevalecendo a cultura do encaminhamento aos profissionais presumidamente responsáveis, preparados, etc.

Para construir, como parece desejável, estratégias conjuntas de atendimento, ou seja, um cuidado compartilhado entre a saúde e a assistência social, é necessário conhecer a organização da rede de atenção psicossocial. Somente assim se poderá viabilizar uma construção conjunta da análise dos casos, por meio da discussão dos fluxos e o desenvolvimento de estudos que proponham um compartilhamento do plano individual de atendimento (PIA) e do projeto terapêutico singular (PTS) – instrumentos que acompanham os usuários nas respectivas políticas e se consolidam na articulação do SUS com o SUAS no território.

O/A assistente social do CRAS assim se refere ao tema

:

Você tem uma rede melhor, montada, mas a percepção que eu tenho é que a rede está bem montada, mas ainda não é totalmente funcional. Ela não está “azeitada”, a ponto de que alguns setores não sabem nem o que o outro faz e não conseguem conjugar. Por exemplo, uma mesma família — que é o que eu acho que a gente tava quase conversando aqui — um mesmo usuário do CRAS, no caso que é o equipamento que a gente trabalha, ele também é atendido na escola, ele é atendido no posto de saúde, é atendido em vários outros equipamentos, e, por vezes, a gente já se deparou com a gente não fazendo um trabalho que se somasse ao outro, mas fazendo um trabalho que repetia o que o outro estava fazendo. (Assistente social – CRAS).

Existem vários equipamentos na rede, como diz o/a profissional acima citado/a, que efetivamente dialogam para o cuidado a esses usuários. Entretanto, na percepção de outro/a profissional, tais equipamentos possuem dificuldades de entrosamento.

A impressão que eu tenho dos anos que eu fiquei no CREAS e, desses meses, que eu estou aqui é que aqui tem muito mais articulação da saúde do que tem no CREAS, é muito mais presente os órgãos aqui, pra vir, até mesmo pra estar aqui na nossa convivência, já veio... Coisa que eu nunca vi em oito

anos de CREAS, eu já vi aqui. Então eu vejo muito mais interesse e presença da saúde aqui. (Assistente social – Centro Pop)

Segundo o fragmento acima apresentado, existem diferenças no que tange à integração entre os serviços. Para alguns profissionais, há uma aproximação maior com o Centro Pop. Será que isso ocorre em virtude do público a que o Centro Pop atende? Acredito que sim. Vemos que a profissional acima aludida, que tem experiência nos equipamentos da assistência social, faz uma comparação entre os dispositivos e afirma que, na sua percepção, o Centro Pop, lugar em que atua hoje, tem uma aproximação maior, realiza um trabalho em conjunto com a saúde.

Mas, embora esse não fosse o foco da pesquisa, também verificamos que há pouca articulação entre os próprios serviços da assistência social. Há, pois, um trabalho em rede mais articulado na saúde, tratando-se da busca de integralidade. Na assistência social, essa articulação é mais intensa no Centro Pop. O CREAS, por exemplo, ainda exhibe uma dificuldade de entrosamento, que vá além da sua rotina de avaliação e acompanhamento de situações.

### 3.3.7 Espaço de cuidado serviços/tratamento

Díálogo entre três usuários (Lima Barreto, Eduardo Suplicy e Christiane F.):

- Só que assim, tipo, o abrigo poderia funcionar durante o dia, porque evitaria muitas pessoas de estar na droga. Ajudaria muito, porque a gente fica na rua, então lá pelo menos teria a oportunidade de a gente sair, procurar um emprego.” (Centro Pop – Lima Barreto)

“- Faz todo o tratamento aqui, acompanhamento com o psicólogo. Mas e quando não funciona aqui? Que a gente tem que sair daqui a gente tem que dar um jeito de dormir.” (CAPSAD - Eduardo Suplicy)

“- Lógico que os profissionais não têm culpa, que nós é que temos que ter culpa, mas isso é uma doença que deve ser tratada.” (CAPSAD - Eduardo Suplicy)

- Outra opção é se alugasse um sítio longe, com todo o acompanhamento, como é no Caps, como é aqui, com é no Abrigo. Pra todo mundo. Tipo uma clínica, um tratamento para dependentes químicos, que somos nós.” (Centro Pop – Lima Barreto)

- É, porque entupir a gente de calmante. Não é nem um calmante. O calmante que dão pra viciado, deixa viciado em comprimido. Eles acham que tratamento é encher a gente de comprimido... Encher de comprimido pra quê,

pra gente dormir na rua dopado, acordar morto? Que tratamento é esse? Tratamento suicida.” (Centro Pop – Lima Barreto)  
 - Vai adiantar de nada não, eles vão te dopar com mais remédio ainda. Porque lá eles te dopam. Ainda se ficar assim. Eles te amarram. E a redução de danos, seria mais.” (SRHSM – Christiane F.)

Início esta ponderação acerca do tratamento<sup>60</sup>, fazendo alusão à fala do Deligny (2018, p.12): “ensiná-los a sobreviver em um mundo que lhes é hostil”. Os fragmentos transcritos acima, que aparecem em formato de diálogo, remetem a essa fala do educador francês, pois, na conversa entre os personagens da pesquisa que estavam em acompanhamento em diferentes serviços da rede, aparece a resistência, emerge um olhar sobre si e alguma recusa à forma como são ofertados cuidados. Elementos importantes aparecem nesse diálogo: os usuários referem-se ao espaço, à forma de cuidado, ao uso da medicação e tentam encontrar outras possibilidades de saída. Entendem o local de acolhimento, por exemplo, como um espaço que oferta suporte, tendo em vista as vulnerabilidades que apresentam. Outros usuários, contudo, veem como uma saída o ato de sair do território e ir para um local distante, que identificam como a solução por afastar das tentações. Além das percepções dos usuários, trazemos aqui observações feitas pelos operadores da política. Estes apontam que ocorreram mudanças no perfil dos usuários assistidos no CAPSAD. Isso teria prejudicado a inserção dos antigos, que faziam uso somente de álcool, como mostra a fala do profissional: *“os usuários eram mais usuários de álcool. E quando passou a atender também os usuários de outras substâncias, os usuários de álcool, eles tenderam a não procurar mais o serviço”* (Psicólogo – CAPSAD).

Já a enfermeira se refere às formas de cuidado, no serviço, para o atendimento à crise<sup>61</sup>,

No leito eles têm atendimento médico e também psicológico. Têm a equipe de enfermagem que faz assistência deles, e trabalhamos juntamente com o Caps, que tem a equipe deles. Normalmente o técnico de referência vem pra fazer um trabalho junto com o paciente, pra poder criar um vínculo, pra

---

<sup>60</sup> Há que pensar que a adesão ao tratamento, para esse público, é difícil, pelo fato de ele não se sentir doente e, mesmo assim, ter de que se submeter a um tratamento – termo que, por si só, associa o sujeito a um doente. Talvez seja necessário repensar esse termo: se não há doente, se o usuário não se coloca nesse lugar, não há doença a ser tratada.

<sup>61</sup> Serviço que realiza acolhimento em situações agudas para, posteriormente, após a estabilização, manter o acompanhamento no CAPSAD.

quando o paciente sair da crise, porque aqui ele fica realmente pra poder se estabilizar. Normalmente é crise de abstinência e, às vezes, outras patologias associadas. (Enfermeira– SRHSM)

Esse espaço de cuidado em momento de crise, para além do atendimento emergencial, atua no estabelecimento de vínculos, para que o usuário não apareça só na fase aguda. E vale dizer que não é possível dizer qual a substância que possui predominância no que se refere à internação.

Há mais acessibilidade e aceitabilidade, aos usuários de álcool, porque já era uma droga, digamos assim, mais comum, tipo, todo mundo tinha acesso ao álcool, então não causava tanto espanto atender usuários de álcool. (Enfermeiro – CNAR)

Os usuários, de uma maneira geral, não tinham um lugar que os recebesse de uma forma humanizada, digamos assim. Em relação, inclusive, aos hospitais, quando eles tinham alguma urgência ou emergência. Os profissionais do hospital ou da Santa Casa tinham certa ojeriza, digamos, em atendê-los. Mas uma vez, eles acompanhados de profissionais, que, muitas das vezes, a gente precisa estar acompanhando, passou-se a ter um nível maior de humanização, assim, no atendimento. (Enfermeiro – CAPSAD)

Esse discurso dos profissionais remete à visão que predomina na sociedade e à qual tantas vezes já nos referimos: a estigmatização. Ela leva a supor que o usuário é um vagabundo, omitindo a relação de dependência estabelecida com a substância e que esta constitui uma questão de saúde pública, não de mera responsabilização individual e culpabilizante. Omitir também a diminuição do uso é uma das formas de prevenir o agravamento dos casos. Quando também estigmatizam, os trabalhadores da saúde não vislumbram possibilidades de cuidado e não investem em estratégias para a sua efetivação. Sendo assim, podem manter-se, irrefletidamente, imersos na naturalização, vitimização e/ou culpabilização, o que resulta em (des)cuidado.

De fato, muitos profissionais possuem uma definição de que os usuários são mentirosos, invasivos e resistentes. Há de se considerar que os usuários percebem esse movimento e, nesse contexto, acabam uniformizando o próprio comportamento: pensam que só é possível existir um tratamento se houver demanda, e que alguns profissionais a chamam de desejo ou força de vontade. Quando percebe que não há esse desejo, o profissional assume uma postura mais rígida, entendendo que existe desimplicação ou descomprometimento por parte do usuário. Isso não deixa de ser uma espécie de punição para o usuário, que, mais uma vez, não corresponde ao que



se espera dele. Tal atitude arrisca-se a desconstruir toda uma possibilidade que ainda estaria a caminho.

Em contraponto, nos serviços mais especializados na demanda associada ao uso de álcool e drogas, é notório que os profissionais reconhecem a necessidade do cuidado ao usuário e atuam com esse direcionamento. Ao mesmo tempo, no entanto, quando percebem o usuário como não responsivo à promoção do cuidado (“não se vê retorno” das investidas, dizem por vezes), o culpabilizam pelo insucesso do tratamento. Com efeito, os trabalhadores podem mesmo se colocar no lugar da vítima, como se vê no fragmento abaixo,

Conversando com os colegas que muitas vezes ficam cansados, cansados de não ter o valor — e aí não é nem financeiro, é valor mesmo profissional que tá ali. Lógico que a gente sabe também que a pessoa tem um transtorno, que ela tem um uso abusivo de álcool e drogas, mas tem que pensar no outro lado que o indivíduo não tem que ser egoísta. Então acho que os usuários têm, sim, acho muito interessante e fico feliz por isso, mas a forma como chega, bem agressiva, e não adere ao tratamento porque não deseja, mesmo após de todo o cuidado ofertado é isso que me preocupa bastante. (Psicólogo – CAPSAD).

Outro elemento importante na fala acima é a questão da adesão ao tratamento. O usuário de drogas teria supostamente uma dificuldade de se implicar no seu processo de cuidado, o que leva a que o rotulem de “problemático” e sustenta a convicção de que ele não possuiu o desejo de ser cuidado. Esse julgamento silencioso, ou seja, de que o usuário é culpado, atesta uma atitude precipitada, sob a evidente influência de um mundo cultural que não avalia o contexto vivido.

Outro ponto importante é a maneira como frequentemente é vista a personalidade do usuário. Ela é dita, até mesmo na equipe, como sendo a de um mentiroso manipulador, com baixa resistência à frustração. Os discursos a repeatem reafirmam que “eles são assim mesmo” e que devemos ter cuidados para não sermos manipulados; que eles não costumam falar, que não subjetivam. Tudo isso aponta para uma leitura moral e enviesada, que dificulta a construção do vínculo e coloca o profissional, inserido seja na política de saúde seja na política de assistência social, sempre em sinal de alerta. Esse saber acerca de “como é o outro” obscurece o olhar, fechando a possibilidade de apreender as nuances dos modos de existência. Esse “saber demais” pode nos tirar isso, ao contrário do “não saber”, que pode abrir

caminhos para os saberes do outro. Reclama-se constantemente de que o outro não fala; mas será que estamos abertos a ouvir?

Podemos notar ainda que há uma expectativa, por parte dos profissionais, de uma abstinência total. Essa insistência na abstinência funciona como uma espécie de sentença a ser cumprida, o que gera desconfiança e enfraquece a relação entre profissional e usuário. É patente que tal comportamento por parte dos profissionais está mais direcionado aos usuários das ditas “drogas ilícitas”. Quando o cuidado tem por orientação outras possibilidades que não só a abstinência total, há maior possibilidade de que o usuário se torne o centro do cuidado, favorecendo a construção do vínculo<sup>62</sup>.

Mas nem a redução de danos nem a abstinência total podem ser o único objetivo a alcançar. Quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos necessariamente de lidar com singularidades, com diferentes possibilidades e escolhas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta a diversidade, devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, e com cada usuário, é possível e/ou necessário. Cumpre lembrar, nesse ponto, que a redução de danos parece bem mais ligada a esse compromisso ético do que a exigência, mais moral que terapêutica, de abstinência total.

### 3.3.8 Abordagem – fala que eu te escuto!

existe um preconceito muito grande, não acho que isso vem de todos os profissionais, mas acho que em sua maior parte. Tem muito preconceito em relação ao público do AD por conta dessa questão das recaídas. Então ele vai e volta, “o que ele tá fazendo aqui de novo?”. Tem muitos questionamentos assim. “Ah, bebe por que é vagabundo, usa droga por quê...”, entende, não tem muito um exercício reflexivo sobre o como que esse fenômeno acontece na vida dessas pessoas, até dentro da sociedade.(Psicólogo –SRHSM).

---

<sup>62</sup> Petuco (2014) afirma que os usuários identificam que alguns discursos podem dificultar o acolhimento. A redução de danos propõe uma clínica aberta, ampliando a noção de acolhimento e poderia ser praticada por qualquer trabalhador, seja ele lotado na saúde, na assistência social ou em outra política setorial. Nesse sentido, propõe ampliar a escuta clínica (ligada a álcool e outras drogas), demonstrando a existência de um compromisso ético. A proposta clínica não é só escutar, mas igualmente ampliar as práticas possíveis e a população assistida. A redução de danos possibilita que aqueles que não tenham como objetivo a abstinência também possam ser cuidados.

Há, como vimos, muitos estigmas associados aos usuários do CAPSAD, cuja conduta costuma ser encarada como fruto de escolhas individuais errôneas e culpabilizáveis. Comparada com a de outros usuários, ela é vista como algo que não precisaria receber cuidados, pois seria devida a vagabundagem, sem-vergonhice, falta de amor-próprio e outras formas de desqualificação:

Gente aqui tá fazendo o nosso possível no dia de hoje. Então se a equipe tá diminuída ou não, isso aí é indiferente. A gente tenta sempre oferecer o serviço da melhor forma possível. Então, quando eu disse no início que o administrativo ele está interagindo pra caramba com esse usuário, tá mesmo, porque é tudo na recepção, às vezes o usuário chega ali e já quer colocar as questões dele. (Enfermeiro – CAPSAD).

Na fala acima, podemos ver que todos os membros da equipe realizam o cuidado, independente da função que possuam no dispositivo. Isso se dá em razão do entendimento, fruto do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, de que todos são técnicos de saúde mental e, portanto, capazes de acolher os usuários, identificando as suas demandas iniciais e direcionando-os para uma melhor resolutividade. É claro, porém, que isso não se dá em todos os serviços da saúde mental e tampouco da assistência social, o que precisa ser problematizado.

Nas duas políticas, realizamos um trabalho no território, que tem por objetivo realizar o acompanhamento e o monitoramento daqueles casos em que ocorre o uso de drogas, mas que, por algum motivo, não chegam aos dispositivos de atenção. Trata-se de uma das formas de possibilitar o cuidado aos usuários. Abaixo, encontramos a reflexão de um dos entrevistados a esse respeito:

Poderia melhorar se tivéssemos mais para oferecer, se tivéssemos mais subsídios para oferecer a essa população. Aí eu acredito que sim, porque às vezes você aborda num intuito de tirar a pessoa que está ali, incomodando naquele lugar, aborda porque aquela população está fazendo barulho e incomodando os vizinhos. Mas o que você tem de contrapartida para oferecer para essa população? Acho que a gente tem pouco pra oferecer, pra tirar essa população da rua, pra fazer realmente uma diferença na vida. (Assistente social – Centro Pop).

Em relação à forma como os profissionais abordam os usuários, alguns criticam a maneira como tal ação tem sido conduzida e atribuem seus alegados equívocos a uma falta de capacitação. Entendem que alguns profissionais não possuem o

conhecimento técnico necessário para atuar com esses usuários, como consta do fragmento seguinte:

Então assim, principalmente a equipe técnica, os técnicos de enfermagem; às vezes eles têm abordagens que poderiam ser melhoradas, melhorar esse tipo de abordagem. Mas não é nem porque não são bons profissionais, é falta, de repente, de capacitação, do sistema, do serviço oferecer pros profissionais capacitação pra poder estar fazendo abordagem com os pacientes. (Enfermeira – SRHSM).

Em contraponto, os usuários parecem ficar extremamente agradecidos. Essa gratidão aparenta dever-se à atenção que recebem. Por outro lado, pode ser devida ao fato de não querer ofender o técnico que o aborda na rua, visto que continuará a depender dele para a sua assistência. A presença da gratidão pode ser uma experiência efetiva; mas sendo eu, a entrevistadora, como bem sabem os usuários, uma técnica do serviço, tudo o que é dito por eles deve ser analisado também nessa perspectiva: eles tampouco querem me ofender durante a entrevista. Como diz Eduardo Coutinho [1997], ao fazer documentários ou ao pesquisar, você não faz “a filmagem da verdade”, e sim “a verdade da filmagem”.

Efetivamente, cabe dizer que os usuários são atendidos e que os profissionais se esforçam nesse sentido. Mas será que a percepção dos usuários, marcada pela gratidão, tem a ver notadamente com a forma como ocorreram as entrevistas, realizadas pelo técnico? Porque o usuário não vai verbalizar que os técnicos são ruins, embora alguns eventualmente não tenham esse crivo. Um deles, por exemplo, disse que, em determinado serviço, sentia que *“a cabeça está girando, está girando e eu aqui perdendo tempo”*, ao não identificar que aquele espaço implicasse algo produtivo para seu processo de cuidado.

Em sua maioria, entretanto, veem de forma positiva a maneira como são abordados: *“Não, não tem o que dizer nada não. Porque fui tratado super bem, tenho nada do que reclamar.”* (Fábio Assumpção). Outro ressalta: *“Tentou me entender, muito, as colocações muito claras, muito tranquilas, sem fantasia... Um ótimo profissional. Inclusive.”* (Lima Barreto). E outro mais ainda afirma:

É, quem tem que melhorar são as pessoas que precisa mesmo, que tem uns que acabam maltratando os funcionários que acabam atendendo a gente. Aqui eu não sei como é, mas tipo lá no Abrigo e no Centro Pop tem gente...

Lá próprio tem profissionais, então em questão dos funcionários não tem o que reclamar. Então é os próprios usuários, não é todos, mas alguns que tem que melhorar, entendeu? (Walter Casagrande).

Os usuários não falam da visão discriminatória que, em muitos ambientes institucionais, sofrem. Na verdade, entendem que dentro dos dispositivos em que foram realizadas as entrevistas, são acolhidos, assistidos e orientados. Cumpre ressaltar, no entanto, que, quando abordados em momentos de crise, posteriormente não se lembram do ocorrido. Sendo assim, as respostas marcadas pelo elogio e pela gratidão se referem a momentos em que estão, digamos, mais organizados, ou, ao menos, não se encontram tão comprometidos.

Podemos caracterizar como se segue as formas de abordar o usuário e o momento em que isso é feito: a) Abordar o usuário para iniciar o tratamento; b) abordar o usuário para retomar o tratamento; c) abordar o usuário que já faz acompanhamento. Entre os que são abordados para iniciar o tratamento, há aqueles que não o desejam, pois não se reconhecem como dependentes. Nesse caso, a resposta às perguntas formuladas na entrevista - qual a visão que você possui sobre a forma como é abordado?; Como isso é feito hoje, e pode melhorar ou não? - provavelmente seria outra, não tão elogiosa e/ou agradecida como as que obtivemos.

Também a forma como o usuário chega ao serviço pode dificultar a abordagem da equipe, inclusive pelo medo que esta última possa experimentar diante de certos cenários de grande agitação. Nesses casos, é mais frequente que o usuário seja tratado com certa indiferença por ser identificado como “problemático”, o que tem repercussões no serviço de atenção como um todo.

### 3.3.9 Aspectos relacionados aos usuários que não foram citados e/ou percebidos pelos profissionais

Nos três quadros abaixo, procuramos destacar aspectos que foram percebidos pelos usuários em seu processo de cuidado e que ressaltam a importância e o lugar

que o serviço ocupa para eles. Esses aspectos, embora perpassem a clínica do cuidado, não foram citados pelos profissionais que cuidam.

### Quadro 3 – Dificuldade e vontade de parar

<i>“Mas não é porque a gente quer. Porque sozinho a gente não consegue. Como eu já pedi ajuda e nem sempre consigo. Sozinho não consegue, não consegue mesmo. Fala assim ‘ai, falta vergonha na cara!’. Também! Mas é um vício, uma doença Um vício é uma doença.” (Fábio Assumpção)</i>
<i>“Assim estava todo dia, agora estou evitando todo dia.” (Whitney Houston)</i>
<i>“Bem, estou vindo para o caps para evitar esse uso diário.” (Paulo Coelho)</i>
<i>“E não assim, o serviço não é a dificuldade que eu achei, fui eu. Eu mesmo, nadando contra a vontade de beber e tal, tem que dar uma segurada.” (Christiane F.)</i>

Os usuários, em seu processo de reflexão, dizem possuir dificuldades relacionadas a “dar conta”, após a decisão de parar de usar alguma substância. Utilizam-se então do serviço como lugar de proteção, num processo de auxílio para não mais fazer uso ou para diminuir o consumo. Trazem a questão da dificuldade, geralmente, numa perspectiva individual, não relacionada a aspectos institucionais, no que tange à relação entre eles, usuários, e os profissionais.

### Quadro 4 – Forma de lidar com a droga

<i>“No momento nenhuma. Estou vindo pro caps para fazer tratamento.” (Eduardo Suplicy)</i>
<i>“Para evitar o uso do álcool e aí, assim que eu receber também esse dinheiro, não vai ficar comigo. E sim, com a minha mãe até eu dar uma estabilizada porque assim muito complicado eu pegar dinheiro com o problema do álcool.” (Walter Casagrande)</i>

A partir de compreensões como as acima expostas, os usuários falam de modos de lidar com o dinheiro. Como não usar o dinheiro para consumir substâncias? – problema pouco analisado pelas equipes, mas muito valorizado pela Análise Institucional, que vê o dinheiro como importante analisador.

### Quadro 5 – Estrutura do serviço

<p><i>“O ambiente limpo, ambiente arrumado, você se sente melhor, traz bons fluidos, e externamente aqui tá muito feio, poderia dar uma melhorada. Acho que isso ajuda também, na autoestima das pessoas de estar num ambiente bom.”</i> (Charles Baudelaire)</p>
<p><i>“Uma pintura. Ajuda, torna o ambiente mais pra cima, porque a pessoa já chega pra baixo! Vamos entrar num ambiente mais claro, mais fino, mais colorido, pra quando chegar ao atendimento já tá bem, já melhora a recepção, acho que ajuda muito no processo.”</i> (Lima Barreto)</p>
<p><i>“Acredito que não, porque que não vem aqui? Aqui tem um espaço legal, né? Aí tem a sala de oficina.”</i> (Paulo Coelho)</p>
<p><i>“Tem uma varanda, pra gente dá uma sentada, uma refletida. Falta nada não.”</i> (Fábio Assumpção)</p>

Há considerações, quando comparamos diversos usuários, que parecem contraditórias; mas acreditamos que se complementam. Ponderam sobre a importância de um lugar com aspecto bonito e organizado para que os usuários e familiares se sintam confortáveis e acolhidos; mas também enfatizam, com afetividade, o espaço institucional utilizado, valorizando aspectos mais subjetivos.

#### 3.4 Quem são os protagonistas: usuários e/ou drogas?!

*Cada um de nós era vários.*

Deleuze e Guattari

As definições dadas para aqueles que fizeram ou fazem uso de drogas ao longo da história foram/estão se alterando de acordo com as definições médicas e interesses econômico-políticos. Atualmente o termo mais utilizado é *dependência*, mas já foram utilizados os termos *adição*, *hábito*, *transtornos da vontade*, *insanidade moral*.

Como aponta Carneiro (2008) a demonização do drogado e a construção do conceito droga avança no momento contemporâneo, alçado a um dos piores flagelos da humanidade. Porém o que seria, de fato, a dependência de drogas? Hábito, vício, necessidade, desejo, vontade? Será que os usuários possuem a tomada de decisão comprometida? Esse conceito surge, como tantos outros, com uma data marcada, pois, até o século XIX, beber demasiadamente, por exemplo, não era considerado

doença, mas, sim, falta de controle. Não se pensava sobre vontade e desejo, sobre conseguir ou não interromper o uso, não se tinha uma conceituação estrita para tal conduta.

Logo, a tão chamada doença do vício em drogas é uma construção do século XIX, tendo várias substâncias a ela relacionadas e inúmeros conceitos, da hereditariedade de pravação, tentando explicá-la – e, assim, ter gestão ou governo sobre ela(s).

Com a farmacologia<sup>63</sup>, criaram-se recursos para produção de determinados estados de consciência, ou seja, para uma intervenção sobre a subjetividade com o poder de produzir estados de humor, de prazer, de excitação, capacidades sensoriais, perceptivas, intelectivas, cognitivas e emocionais. Há, pois, um duplo enfoque para analisar as drogas: ora o controle das subjetividades<sup>64</sup>, incluindo o legal/estatal; ora a libertação e emancipação do espírito através da medicação.

As drogas, como arsenais de substâncias produtoras de prazeres e sensações específicas, também foram submetidas historicamente a um dispositivo de normatização. Duas são as principais intervenções do biopoder: sobre os corpos e o regime químico das mentes, o controle do sexo e o controle farmoquímico. Assistimos ao nascimento de um novo racismo que, além de biológico, assume contornos bipolíticos, na estigmatização demonizante dos consumidores de drogas do final do século XX e inícios do XXI (Focault apud Carneiro, 2008 p. 8).

Na sociedade, há muitos comportamentos, digamos, excessivos, que se enquadrariam facilmente na definição de vício. Por exemplo, o ato de se alimentar em grande quantidade, a compra sem necessidade de roupas, carros, jogos etc. Ou seja, diversas práticas sociais poderiam ser caracterizadas como comportamentos compulsivos. Sendo assim, a vida sem droga seria mera utopia: ela sempre existiu, desde que o mundo é mundo. Quando pensamos na cerveja ou no vinho, dificilmente os associamos imediatamente à dependência. Na realidade, toda droga possui sua virtude, pois faz parte da cultura, ao mesmo tempo em que oferece seu perigo. A droga

---

<sup>63</sup> Para Vargas (2008), há distinção entre drogas e fármacos a partir de critérios biomédicos, delimitando assim uma lista das substâncias cujo uso é considerado ilícito. O que define tal lista são as políticas antidrogas, que implicam na criminalização de certos produtos.

<sup>64</sup> Nesse caso, os estados de consciência são legislados pelo estado, que controla as populações em seus hábitos íntimos.



funciona como consolo físico, espiritual, para amenizar a fadiga, o tédio e o sofrimento. Em alguns casos, preenche o vazio.

As drogas chegam à época atual como um produto marcado pela proibição, com todos os estereótipos sobre quem seriam os “viciados” e suas características. Mas elas também trouxeram a debate a vigília, o sono e o sonho, pois esses estados de consciência se transformam de acordo com o uso de certas substâncias. Para Carneiro (2008), esses estados contribuíram para a definição de um modelo clínico a partir do século XIX, a toxicomania.

O eixo no caso das drogas obedece aos mesmos pressupostos teóricos: as drogas causam degeneração do indivíduo e, portanto, da sociedade, são doenças sociais e individuais, de caráter epidêmico, pois altamente contagiantes. São um dos principais fatores anti-eugênicos, pois poluem o sangue e a raça, que se torna degenerada, por isso atinge especialmente as mulheres, que possuem constituição mais frágil. A noção médica e eugênica de decadência física e racial se uniu à noção de decadência política, moral e filosófica, assim como estética e literária. A droga tornou-se, de acordo a esta visão, um símbolo indiscutível desta decadência, restando debater apenas se causa ou consequência. (Carneiro, 2008 p. 12).

É somente a partir da década de 1960 que a medicina passa a influenciar a legislação brasileira sobre drogas. Conseqüentemente, o usuário começa a ser diferenciado entre criminoso ou doente. Esse modelo implica duas direções, a punição ou a recuperação, sendo a última notadamente pautada na lógica da internação em hospitais psiquiátricos e, posteriormente, em locais ditos “especializados”.

A mudança de olhar para o usuário, agora eventualmente visto como doente, permitiu um deslocamento da postura de punição para o cuidado, embora este seja exercido na forma de algo a ser corrigido. Essa alteração, passando da privação de liberdade (encarceramento) para a “cura” da doença se deu, inclusive, através de uma nova percepção do Estado referente ao problema em questão. Entretanto, não se alterou a proposta, ao menos oficial, de extinção da droga na sociedade - seja retirando as pessoas de circulação seja via saída da droga do corpo do sujeito.

Na década de 1980, são criados os primeiros locais de tratamento ligados ao poder público, voltados para os consumidores de drogas ilícitas, ainda refletindo uma abordagem pautada no modelo proibicionista que visa a inibir totalmente o uso, ou seja, na abstinência. Com tal finalidade única e com um sentido de cura, esses locais ditos de tratamento são espaços articulados entre saúde e justiça.

Na década de 1990, emerge o modelo de proteção e, com ele, um novo posicionamento, que passa a fazer a distinção entre os usuários de acordo com seu consumo, seja ele recreativo indevido e/ou abusivo.

Passa-se a pensar, ao menos nos espaços mais democratizados, que os usuários de drogas possuem em comum a relação estabelecida com a substância, mas não devem ser vistos pelo mesmo enfoque, pois se diferenciam no tipo de uso, naquilo que se usa<sup>65</sup> e em como se relacionam com a vida. Eles consomem drogas por diversos motivos, entre eles: saúde, afeto, cultura, religião, dificuldades na escola, informação, dinheiro, família, trabalho, razão, consciência.

Para Raminger e Martinho (2014), o que podemos falar das drogas é que elas são diferentes em sua composição e que possuem propriedades farmacológicas diferentes. Os efeitos colaterais, os lugares sociais de uso também são distintos, sendo que algumas drogas são consideradas lícitas, outras foram tornadas ilícitas e cada sujeito que faz uso dessa(s) droga(s) também possui uma história de vida e formas de se relacionar com os demais.

O consumo de drogas, ou seja, o ato de ingerir substâncias que alterem o estado de consciência é algo constante na história das diversas sociedades. Sempre existiram, igualmente, formas de proibição, também transformadas de acordo com o momento histórico. As políticas proibicionistas em voga no presente favorecem principalmente a indústria da segurança e a indústria farmacêutica.

Torossian e Papini (2013) especificam três tipos de ações que objetivam agir sobre o consumo de drogas: 1) a redução da oferta, pelo controle da produção, da comercialização e criminalização do uso; 2) a redução da demanda, na forma de estratégias direcionadas ao consumo, tendo por objetivo que se abandone ou diminua o uso e 3) a redução de danos, que não tem como objetivo reduzir a oferta, nem agir sobre a demanda, mas pretende diminuir os danos aos usuários.

Torossian e Papini (2013) realizam um comparativo que, a meu ver, é muito feliz, entre o uso de drogas e o ato de se relacionar afetivamente com alguém. Para viver um relacionamento, podemos ter relações duradouras ou breves. E assim como

---

<sup>65</sup> Os usuários são diferenciados por renda e classe social, as drogas podem ser influenciadas pelo seu território de venda. Não se pode estigmatizar um usuário como doente, fraco; tampouco a droga como grande vilã. (ESPINHEIRA, 2004)

se cura um amor vivendo outro amor, não será diferente com o uso de drogas: precisaremos ofertar um rol de possibilidades para que esse indivíduo viva melhor e encontre formas de ressignificar a sua vida.

Há pessoas que fazem uso de drogas e não precisam de tratamento; outras, não querem tratar; outras não querem parar de usar e outras ainda desejam diminuir o uso, mas não cessá-lo totalmente (TOROSSIAN e PAPINI, 2013, p. 196). Há, conseqüentemente, formas de cuidado para além da perspectiva da abstinência total e, com isso, a redução de danos se apresenta como uma possibilidade de cuidado efetiva.

A redução de danos passa, pois, a ser estabelecida como uma estratégia que visa a fortalecer fatores de proteção e a reduzir riscos, trabalhando em conjunto com o usuário de drogas em seus diferentes contextos e modos de viver. Ou seja, torna-se uma política pública com caráter de escolha. A porta de saída dessa situação ora apresentada encontra-se em outros “encantamentos” e não no fim da possibilidade de se relacionar.

Para Costa (2012), o conceito de redução de danos não possui um consenso na literatura, muito menos entre os técnicos que a operacionalizam. É mais fácil defini-la através das suas práticas, por se tratar de ações que visam a minimizar riscos e danos de natureza biológica, social e econômica, provocados ou secundarizados ao uso e abuso de drogas que, por sua vez, se orientam por dois princípios básicos, a saber: a tolerância e a diversidade.

Na tolerância está um dos princípios fundamentais, que é o respeito ao usuário, defendendo seu direito às suas drogas de consumo - direito esse que está garantido na legislação, mas, muitas vezes, é vetado pelo preconceito e pela atenção centrada na repressão das drogas ilícitas. Já a diversidade inclui as diferentes práticas de redução de danos, em função das múltiplas possibilidades e dos recursos técnicos disponíveis, das diferentes drogas de uso e da sua prescrição, já que a própria droga propicia, eventualmente, condições seguras e protegidas de uso.

A redução de danos surge em 1989, no Brasil, na cidade de Santos e, desde então, sofreu resistências do poder público, inclusive acusações de que facilitaria o consumo de drogas e ainda desperdiçaria dinheiro público. Em 1997, é promulgada a primeira lei de redução de danos (RD), elaborada por Paulo Teixeira. Para o autor,

essa lei possibilitou outras propostas. Já em 2003, a redução dos danos passa a ser uma estratégia norteadora para a atenção integral a usuários de álcool e drogas e da política de saúde mental. Em 2005, a portaria 1028 reconheceu a RD como um conjunto de ações da política de estado e a vinculou de forma interministerial à política de assistência social (Brasil, 2005). Essa portaria possibilita ações vinculadas à RD, desenvolvidas no âmbito da assistência.

Uma das questões primordiais é o respeito aos usuários, ligado à escolha que estão fazendo: interromper ou manter o uso. Isso não deve se apoiar numa decisão nem do profissional, nem da família, mas do próprio usuário<sup>66</sup>. Outro ponto importante é compreender o que constitui o “gatilho” para o uso, ou seja, compreender o que desestabiliza para poder realizar uma redução desses efeitos. É importante ressaltar, uma vez mais, que a questão não é a droga em si, mas seu modo de utilização.

A partir daí, não é condição para o tratamento o abandono do uso, mas é sugerido, sim, estabelecer estratégias para o cuidado. Inclui-se, nesse sentido, algo comum nas políticas sociais: a aplicação de condicionalidades, ou seja, compromissos estabelecidos pelos usuários como uma responsabilidade para com o serviço. Mas essa configuração eventualmente segrega certos usuários: alguns aparecem como exemplares, outros como desviantes - quando se apela meramente ao cumprimento, ou não, dos acordos preestabelecidos para avaliar os sujeitos e o próprio cuidado.<sup>67</sup>

Para Silva e Marques Júnior (2020), de fato as substâncias químicas causam impactos na saúde. Entretanto, o que queremos destacar é a divisão entre as substâncias: elas serão instituídas pelo Estado como lícitas ou ilícitas, não passando essa diferenciação só pelo poder biomédico (já ligado à economia, por sinal), mas igualmente pelos interesses econômicos. Algumas substâncias, inclusive as mais perigosas à saúde, são permitidas o seu uso, como o cigarro, por exemplo. Já para as drogas ilícitas, a ação exclusiva seria o combate, através da guerra às drogas, que

---

<sup>66</sup> Como já esboçado, os olhares para esses usuários seguem por diferentes óticas, a saber: a perspectiva jurídica percebe-os como fora da lei, criminosos, marginais, ou seja, indivíduos perigosos; a ordem médica já os percebe como doentes, viciados ou perturbados mentalmente; já a religião vê o uso da droga como pecado e o usuário, portanto, será passível de castigo ou de perdão.

<sup>67</sup> É uma realidade que experienciamos nos serviços dessas políticas, ou seja, a dificuldade de acompanhamento de certos usuários, que não são “de fácil manejo” porque as equipes têm uma dificuldade maior em acolhê-los.

ocorre sob o lema do bem-estar social, prometendo que as prisões e as mortes dos traficantes trarão a paz e a saúde.

Para Petuco (2014), esse é o paradigma proibicionista que veicula mensagens de pânico moral, associando a figura do usuário a uma pessoa violenta e criminosa. Nós, como trabalhadores, principalmente os diretamente vinculados ao cuidado desses usuários, precisamos desconstruir visões e conceitos instituídos, como grupo de risco, periculosidade, droga, paciente manipulador, favorecendo novas narrativas e novas formas de ação/atenção. O “sucesso” do tratamento pode residir não na abstinência total, mas em pequenas práticas de abstenção que adotamos cotidianamente e favorecem a abertura para novas comunicações e subjetivações.

Silva e Marques Júnior (2020) apontam ainda que a gênese do proibicionismo possui um corte racial, visto que as cores, seja das substâncias seja dos usuários, não são indiferentes no enfoque da questão. A prática de fumar maconha era associada aos negros porque a planta e a sua utilização foram atualizadas pelos africanos de Angola no Brasil, fazendo parte da sua sociabilidade e se integrando a alguns espaços religiosos. Em 1921, foi promulgada a lei que pune a venda da cocaína, mas só em 1932 a maconha se tornou uma substância ilícita, somando-se a isso um conjunto de leis voltadas para os costumes, como a voltada contra a “vadiagem”. Já a expressão “guerra às drogas” tem origem em uma campanha liderada pelos Estados Unidos, com participação militar, no intuito de combater o comércio ilegal. Essa iniciativa incluiu um conjunto de políticas destinadas à redução da produção, distribuição e consumo das chamadas “drogas psicoativas ilegais”. Considerava-se então que o abuso das drogas ilegais era o inimigo público número um da América, como foi dito pelo então presidente Richard Nixon.

No Brasil, essa ideia só ganhou corpo em 1980, com a criação da então Secretaria Nacional Antidroga – SENAI de 1998. A lógica era a da tolerância zero, com a premissa da abstinência e a ideia predominante de segurança, ou seja, um truque de mágica para tirar o foco da questão social e voltá-lo para a segurança pública. Essa “cortina de fumaça” promove um deslocamento que encobre, enfatize-se, o complexo das relações raciais e sociais envolvidas.

A lei número 11.343/2006 promoveu a distinção entre traficante e usuário; também diferenciou os crimes por seu potencial ofensivo e instituiu o sistema nacional

de políticas públicas sobre drogas, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, bem como reinserção social de usuários e dependentes de droga. Estabelece, ainda, normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico. Mas cumpre frisar que essa legislação não traz uma definição precisa do que é o uso e do que é o tráfico. A interpretação fica a cargo do agente de segurança, o que contribui adicionalmente para uma aplicação disfuncional desta política, em particular nos meandros raciais evidentemente envolvidos.

É provavelmente por isso que a pergunta sobre raça/cor está ausente dos levantamentos. A política é feita pelo branco e para favorecer o branco. A legislação acaba funcionando para a reprodução social da estratificação, garantindo a manutenção do negro suspeito/culpado e do branco inocente. Mantém-se com isso o encarceramento e a morte para os negros, traficantes e/ou usuários, e o atendimento em saúde para os brancos - sempre usuários. A guerra às drogas é, nesse sentido, uma guerra racial. Não existe destruição das drogas; existe a destituição de pessoas consideradas drogas.

Importa em acréscimo destacar que o usuário, antes supostamente em perigo (o vício, a enfermidade), agora é perigoso. Isso nada mais é do que um estigma que empobrece a clínica, pois tal rotulação pode gerar ainda mais sofrimento e exclusão, ao proporcionar lógicas perversas de controle. Não à toa, através desse discurso foram realizadas inúmeras internações compulsórias de usuários. A mídia muito frequentemente fortalece esses estereótipos, pois a banalização do tema e o sensacionalismo a ele associado esconde a complexidade da questão, quase sempre usando como ponto de partida a violência urbana.

Assim, o debate sobre drogas é também um debate sobre a liberdade de decidir, de escolher. A liberdade de pensamento pressupõe o direito à autonomia, direito de escolhas acerca da própria mente e próprio corpo. Nesse sentido, alienação não é usar drogas, mas perda da capacidade de autonomia. O estereótipo do drogado apresenta-o, no entanto, como um escravo de si próprio, acorrentado aos seus desejos insaciáveis e necessitando, portanto, vencer a si mesmo.

Para Saback (2010), tem especial destaque o discurso jurídico. Ele quase sempre é usado para se referir às drogas ilícitas, associando, sobretudo, a violência, o tráfico e a criminalidade. Todavia, quando se fala das drogas lícitas, costuma-se

restringi-las aos medicamentos; outros exemplos são o tabaco e o álcool. As propagandas a respeito de tais drogas estão ligadas a imagens prazerosas, ao passo que as drogas ilícitas são associadas a cenas dramáticas e repulsivas. Decerto a mídia não apresenta questões importantes relacionadas ao uso eventualmente prejudicial de drogas, principalmente as lícitas.

Podemos citar, nesse caso, a banalização do álcool, vendido nos postos de gasolina, mesmo sabendo-se que há um alto índice de acidentes de trânsito. O álcool também exibe forte associação com a violência, principalmente a violência doméstica. Mas seu consumo movimenta a economia e os lucros obtidos, muitas vezes, são revertidos em patrocínios, ou seja, em venda de mercadoria, em um círculo vicioso e lucrativo.

Por sua vez, no discurso religioso, a droga aparece como um demônio e as pessoas que buscam a salvação não devem usá-la. Entretanto, morre-se mais pelo tráfico de drogas do que por overdose. Não é possível assegurar que a disponibilidade da droga aumente seu consumo; apenas se pode asseverar que, em toda a história social, houve drogas e que elas não vão desaparecer por conta da proibição.

Para Domiciano (2006), o discurso predominante ainda hoje é o antidrogas, o qual pressupõe um mundo ideal, um mundo sem as drogas. O uso das drogas pode ser patológico ou não. Melhor dizendo, o que pode ser patológico ou não é a relação construída com a droga; esquecer isso ou direcionar a avaliação apenas na perspectiva dos efeitos químicos é considerar a consequência como se causa fosse.

Nesse sentido, nas políticas públicas, foi necessário rever os princípios norteadores sobre o tema, reavaliar seus resultados e mostrar que o mais importante não é o uso de drogas, mas o cuidado às pessoas que as utilizam, respeitando suas escolhas e buscando alternativas mais eficientes em termos de saúde pública, direito, educação e justiça.

Para tanto, no desejo de uma aproximação do leitor a esse cenário, abordaremos, a seguir, certas situações cotidianas na qualidade de analisadores.

### 3.4.1 Singularidade dos sujeitos nas abordagens noturnas

O coreto parecia cena de filme - um nevoeiro danado, a cidade cada vez mais fria e congelante. E, ao redor da praça principal, eles surgem quando veem estacionar a van, formulando muitas perguntas: tem água?; tem cobertor?; vocês são da abordagem social? Dissemos estar a serviço do CAPSAD. Alguns reconheceram seus técnicos de referência, bem como os técnicos, os seus referenciados. E assim foi ocorrendo troca de vida, de experiências, evidenciaram-se emoções e logo rumamos para outro destino.

No bairro Paraíso, que nem de longe se parece com seu nome, na calçada estavam eles, deitados, em um ambiente bastante insalubre - no chão, colchões e um sofá. Paramos o veículo e logo fomos abordados. Iniciamos aquela longa conversa, sobre vida, vínculos, uso, experimentações. Promoveu-se um ambiente de acolhimento, onde eles puderam falar de suas angústias. Percebemos que estão na rua em alguns momentos, para interagir socialmente; entretanto, em sua grande maioria, possuem residência e família na cidade.

Em outro bairro, mais afastado da cidade - em Engenheiro Passos -, o frio da noite afastou os usuários da chamada roda de fogo – a depender da localidade, ocorrem mudanças em relação à forma de estar na rua. Os usuários se mudam, se deslocam, entre cenários da cidade. Isso tem relação com a droga de eleição, com o grupo de convívio e com a forma de abordagem realizada pelos serviços municipais, sejam eles da saúde, assistência social ou segurança pública.

A abordagem do CAPSAD tem um formato que visa à construção de vínculo no território e à oferta de formas de cuidado *in loco*. Além disso, objetiva mapear as zonas de uso da cidade e compreender as relações estabelecidas pelos/com os usuários. Sabendo-se que alguns usuários possuem maior dificuldade de aceitar formas de cuidado tradicionais, efetivadas em âmbito institucional, essa aproximação possibilita um acolhimento maior, por estar em seu *habitat*.

A abordagem social realizada pelos equipamentos da assistência social é mais direcionada para o suporte alimentar. Verificam-se também questões de documentação e de necessidade de encaminhamento para o CAPSAD. Embora os



serviços se aproximem dos mesmos territórios a forma de olhar é totalmente diferenciada: a saúde mental volta-se para seus modos de viver, para sua existência, para além do uso e busca ofertar possibilidades. Já a assistência social destaca processos concretos, referentes à forma como existe esse cidadão, notadamente em perspectiva legal.

### 3.4.2 Será que era hora de partir?

Foram muitas perdas no percurso da pesquisa. Parece que, com o tempo, as situações entraram num processo de agravamento, tanto numa perspectiva clínica, como em tantas outras situações que, evidentemente, atravessam a vida dos sujeitos que acolhemos, incorporam-se à chamada clínica. . E não há como dizer que não nos apegamos aos usuários. Construimos juntos processos e cuidado; participamos das suas rotinas, dos seus sonhos, compartilhamos seus medos e, junto com eles, refletimos sobre caminhos possíveis.

Nem sempre conseguimos “salvar” os usuários, seja de si mesmos seja dos demais. Eles são vítimas da violência externa e, decerto, se colocam em perigo. Quantos usuários ficam pelo Vale do Paraíba, quantos morrem de tiro, facada, porrada. Quantos vão embora pelo agravamento de um não cuidado ou mesmo pelo peso de um diagnóstico.

Somos notificados porque um corpo foi encontrado e, a partir daí, começam as indagações: será que é nosso? Se sim, que triste! - perdemos mais um. Quando tem família, acolhemos, damos suporte, escutamos, orientamos. A assistência social também organiza e providencia o ritual de despedida.

O dispositivo que direciona os usuários para a rede de cuidado não tem identificado a sua cor, através da pergunta de como se reconhecem, tampouco a sua orientação sexual. Com isso, na unidade não pensamos em estratégias de cuidado direcionadas a questões específicas para determinados públicos. Cabe, pois, trazer para o debate, o que ficou muito evidente no presente estudo de doutoramento, a dificuldade que as equipes enfrentam para levar em conta temas como orientação sexual e raça/cor, ausentes das fichas de admissão aos serviços.

### 3.4.3 A orientação sexual chega aos serviços: e agora, o que fazer?

Roberta Close não é mulher? Por que eu não posso ser Marcelo<sup>68</sup>!

Iniciamos este item com o fragmento acima, que é a fala de um usuário acompanhado no serviço (CAPSAD), retirada do diálogo entre ele e sua técnica de referência. Travam uma conversa informal sobre a maneira como ele tem se sentido ultimamente e acerca da forma como deseja que as pessoas o tratem. Ele diz que, mais recente, começa a não se reconhecer em seu corpo biológico e se identifica com outro gênero. Começa a fazer movimentos, dentro e fora do serviço, para que as outras pessoas o reconheçam da forma como deseja. Fala do desejo de ser chamado de Marcelo tanto pelos outros usuários como pela equipe da unidade. O usuário se reconhece como sendo do gênero<sup>69</sup> masculino, apresenta-se com roupas masculinas, voz grossa, ar de virilidade.

Quando ocorre a demanda de alteração do corpo (sexo) por parte de um usuário do serviço de saúde mental, faça ele(a) uso de drogas ou não, o cuidado se transforma em quase um interrogatório: aspira-se a saber se, de fato, o usuário está com uma organização mental plena, se sua tomada de decisão não está prejudicada por algum fator e/ou se esse desejo de transexualização não é apenas momentâneo, fazendo parte de um delírio, um surto ou processo análogo. Ou seja, o(a) usuário(a) deve provar que é são(sã), quando é exatamente o seu diagnóstico, que o afirma ligado a alguma anormalidade, que faz crescerem os seus problemas para alcançar o que almeja – no caso, ser Marcelo. Decido orientá-lo, pois pede ajuda para os procedimentos que deve seguir, mais uma vez afirmando que pode ser “o que quiser” e trazendo a informação de que existem pessoas que realizaram a mesma mudança que ele deseja. Não será o primeiro, tampouco o último.

Esse item surge na pesquisa convidando a pensar de que modo o tema tem se apresentado nos dispositivos. Identificamos, nas entrevistas, alguma resistência a

---

<sup>68</sup> Nome fictício do usuário.

<sup>69</sup> O usuário se reconhece no universo masculino devido à heteronormatividade hegemônica, que estabelece uma partição entre as características do que é masculino e do que é feminino. Ele se vê mais próximo do que foi construído como masculino.

responder a esse tópico, tanto entre os profissionais quanto entre os usuários. Há, aparentemente, dificuldade para falar de si, para externalizar a forma como cada um(a) se reconhece no mundo. Mais especificamente, nos serviços, pouco se dialoga sobre a forma como as pessoas se reconhecem no que tange a gênero e sexualidade, embora a própria legislação traga isso como uma direção do cuidado.

Embora na ficha institucional conste esse critério, há desconforto em relação à própria pergunta quando direcionada ao usuário. Os profissionais também mostram estranhamento; muitos, inclusive, desconhecem a nomenclatura que deverá ser utilizada. No que se refere ao quesito gênero, conseguimos perceber facilmente uma única oscilação: entre mulheres e homens. Porém não é comum o preenchimento da ficha inicial da unidade com as diferenciações previstas pela diversidade de gênero<sup>70</sup>. Há dificuldades, inclusive, de passar as instruções a esse respeito à equipe de forma coesa, o que implica desconfortos e eventual desrespeito ao usuário por um não alinhamento profissional. No CAPSAD, a maior parte dos usuários é registrada como “homens”. Porém não temos informações detalhadas acerca da orientação sexual, já que nem todas as fichas estão preenchidas quanto a esse tópico. No momento, nos encontramos em fase de informatização.

#### 3.4.4 Por que não pergunto a sua cor?

Embora nos sistemas (informatizados e/ou de fichas manuais) já conste um espaço para preenchimento do item raça/cor, notamos dificuldades em realizar tal procedimento. Aliás, isso ocorre até mesmo nas entrevistas que realizamos, tanto com a equipe técnica quanto com os usuários, no relativo às perguntas sobre dados pessoais. Esse aspecto nem sempre é contemplado. A grande questão em torno dessa ausência é pensar o que ela veicula (por que não se pergunta e por que não se

---

<sup>70</sup> Diversidade sexual e de gênero, ou simplesmente diversidade sexual, é a expressão utilizada para fazer referência, de maneira inclusiva, a toda a variedade de sexos, orientações sexuais, identidades e expressões de gênero, sem a necessidade de especificar cada uma das formas desta pluralidade. No entanto, na ficha da unidade não se apresentam todas as possibilidades. Ex – sexo, masculino, feminino e intersexo. Identidade de gênero - cisgênero, transgênero e não binário.

fala sobre isso?) e a consequente invisibilidade do quesito, tão importante para ofertar uma assistência melhor. O quesito raça/cor, por conseguinte, é subnotificado, a despeito de existir a portaria 344/2017, que direciona a sua aplicabilidade. No fragmento abaixo, isso fica nítido na fala da profissional:

No próprio formulário do Cadúnico, temos as mesmas nomenclaturas de raça / cor, e as mesmas são auto declaratórias, os usuários que se autodeclararam negros, são muito menores do que de fato se possui. Trabalho no Centro Pop, há anos, todos os meses realizamos o preenchimento dos registros de atendimentos e não há registro de RAÇA/COR nos formulários. Há claramente uma invisibilidade da questão racial tão importante e definidora de políticas sociais. (P. Assistência Social).

Pensar nessa diversidade e no quanto se resiste a dela falar (ou a registrá-la em formulários) pode indicar a *colonialidade do poder*, ou seja, um exercício que se propaga para além da situação jurídico-política de não sermos mais colônia, e sim um país independente (QUIJANO, 2005). A história é contada pela ótica do colonizador, o que contribuiu (e ainda contribui) para a opressão durante séculos, pois se naturalizam as desigualdades (colocando todos em seus “lugares”) e, assim, se perpetuam privilégios. O colonialismo<sup>71</sup> é um sistema de práticas, teorias e atitudes elaboradas para criar e manter relações de soberania política sobre territórios geograficamente distantes. Os colonizadores têm a responsabilidade de uniformizar a forma de pensamento dos colonizados, ou seja, de impor uma suposta superioridade sobre os últimos como um destino manifesto.

Sendo assim, não devemos pensar raça em seu sentido biológico<sup>72</sup>, mas em seu aspecto sociológico: os indivíduos no mundo possuem diferenças, somos evidentemente diversos, mas há que ressaltar em acréscimo que pessoas morrem

---

<sup>71</sup> Frantz Fanon aborda o processo de colonização aliado a outro processo, o da universalização do ocidente, que foi a base da expansão do capitalismo para o resto do mundo e consolidou a ideia do europeu (branco) como a expressão universal do ser humano, bem como a desumanização dos povos não ocidentais. Para aprofundamento, ver FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005

<sup>72</sup> Não podemos distinguir raças sob o ponto de vista biológico porque, na perspectiva da genética, não há diferença entre pretos, pardos, brancos, indígenas. Consideramos raça, portanto, como sendo raça social ou política: do ponto de vista simbólico e material, cotidianamente, negros(as) passam por persistentes formas de opressão em função não da raça, inexistente, mas do racismo, persistente e insistente. Tratando-se de uma construção social, há peculiaridades na forma como o racismo opera em diferentes lugares. Consultar, a respeito, Guimarães, A. S. A. (1999). *Racismo e antirracismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34

(efetivamente ou na forma de vida mortificada) pela raça/cor que têm. Quando não se fala disso dentro dos serviços, não se direcionam ações específicas para combater essa funesta situação.

A população negra brasileira continua em desvantagens econômicas, sociais e sanitárias. Ocorrem várias formas de naturalização da sua morte. A primeira forma é o genocídio, fenômeno que se dá a partir do povoamento massivo da população africana nas Américas, mas também pela resistência dessa mesma população a projetos como a colonização, a escravidão, a ideologia de branqueamento, o movimento eugenistas e o mito da democracia racial, as ditaduras e, mais recentemente, o bolsonarismo – opressões autorizadas como políticas de estado. Como exemplo próximo, temos a naturalização da morte para justificar a lógica negacionista no enfrentamento da pandemia: os corpos que continuaram morrendo em grande escala foram os corpos negros. Como grupo economicamente mais empobrecido, ocupando postos de trabalhos de maior exploração, os negros e, em especial, a juventude negra são também aqueles(as) que mais morrem, inclusive, e especialmente, nas operações policiais nas regiões periféricas e nas comunidades, como alvo da guerra às drogas. Em nossa prática cotidiana, percebemos que os usuários de drogas possuem notável interface com a questão da justiça: a maior parte dos que são presos são negros e tanto o enquadramento por tráfico de drogas quanto a forma como são aborados diferem das voltadas à população branca. Isso é verbalizado com muita facilidade dentro dos serviços de saúde, diferentemente da questão raça/cor, quase sempre silenciada, como antes ressaltamos.

No texto *Relações raciais - referências técnicas para a atuação de psicólogas (os)* (Conselho Federal de Psicologia, 2017), menciona-se o racismo como uma ideologia de abrangência ampla, complexa, sistêmica, violenta, que penetra e participa da cultura, da política, da economia, da ética, enfim, da vida subjetiva, vincular, social e institucional das pessoas. Nessa linha, pode-se compreender o racismo como uma estratégia de dominação que procura estruturar a nação e cada um de nós, sendo pautada na presunção de que existem raças superiores e raças inferiores.

O racismo atravessa todas as instituições e não raro percebemos ações desse cunho. De fato, é notável que haja pessoas que não desejam (ou não admitem) ser

racistas, mas possuem atitudes inclinadas para tal conduta. Em outros casos, no entanto, seus atos são conscientes e racionalizados, pois se acredita de fato na superioridade de alguns em virtude da cor de pele.

Voltando a dialogar com o texto *Relações raciais referências técnicas para a atuação de psicólogas (os)* (Conselho Federal de Psicologia, 2017, p.11), reafirmamos que o racismo<sup>73</sup> “se expressa em diferentes situações – na forma de morrer, na possibilidade de estudar, de ter ou não trabalho e moradia dignos, na possibilidade de casar.” Todas podem implicar sofrimento psíquico e eventualmente impedir a mobilidade social do(a) negro(a). Isso impacta diretamente a saúde mental dos usuários dos serviços. Em outras palavras ainda, o racismo perpetua o (a) negro (a) como pobre, subalterno (a), inferior e o (a) branco (a) como ideal. Portanto, o racismo coloca em xeque a noção de mérito: não é simplesmente por esforço pessoal que a população branca ocupa esse lugar, ela o tem herdado historicamente, e não por soberania biológica. Cumpre dizer, evitando mal entendidos, que do ponto de vista subjetivo, sofrimento é sofrimento. No presente estudo, não se tem a intenção de deslegitimar o sofrimento da população branca, mas sim de compreender, como já apontado, que pretos (as) acumulam mais barreiras, são os mais pobres e executam os trabalhos considerados mais desqualificados.

Como afirma Jaccoud (2009), a população branca é detentora do capital financeiro, do poder político, de maiores níveis de escolaridade, remunerações mais altas, melhores condições de acesso a trabalho e estudo, reconhecimento profissional mais evidente, além de ter acesso a melhores condições de segurança pública e, inclusive, de se desenhar como o padrão de beleza e confiabilidade. Pensando sobre essas condições desfavoráveis à população negra em relação à população branca, podemos afirmar que isso acontece, inclusive, negras (os) e brancas (os) pertencem à mesma classe social - o que refuta, como insuficiente e equivocada, a argumentação de que o problema do(a) negro (a) é somente um problema de classe.

---

<sup>73</sup> O racismo promove desigualdades materiais e simbólicas no Brasil. Orienta os modos de perceber, agir, interagir, pensar e tem função social específica: a estratificação racial e a perpetuação do privilégio do grupo racial branco. Isso se dá através de processos econômicos, culturais, políticos e psicológicos: os brancos progridem à custa da população negra (Hasenbalg & Silva, 1988).

Cabe pensar, nesse sentido, as práticas de racismo institucional, em geral consideradas as principais responsáveis pelas violações de direitos dos grupos raciais subalternizados. Efetivadas, inclusive, em estruturas públicas, essas práticas consistem em um tratamento diferenciado e desigual, apontando para um Estado que não oferece assistência igualitária aos diferentes grupos sociais. Podemos remeter isso, ao menos em parte, ao silenciamento histórico acerca da identidade racial e das desigualdades. Logo, torna-se de extrema importância que os profissionais da assistência tenham a possibilidade de pensar criticamente sobre tal questão antes de argumentar, de forma ingênua (ou mesmo racista) com a população.

É desejável que as (os) profissionais da assistência realizem uma análise de suas implicações como sujeitos constituídos e pertencentes a uma sociedade cujo imaginário social demarca a(o) negra(o) em um lugar inferior, ocupando subempregos, com a duvidosa exceção dos campos da arte e do esporte. No que remete mais especificamente a nosso problema de pesquisa, nessa sociedade que supervaloriza a população branca<sup>74</sup>, tomando como “natural” a melhor posição social por ela ocupada, observa-se certo desconforto, por exemplo, quando um homem branco é flagrado furtando, ou usando drogas.

A equipe que atua na assistência direta à população deve cuidar de seus conceitos e sua ética, de modo que sua prática não venha a privilegiar nem desfavorecer usuários. Assim, cabe identificar as ações já desenvolvidas pelos serviços, conhecer o panorama e identificar os pontos críticos que podem evidenciar desigualdades raciais. É crucial, nesse sentido, que o quesito cor esteja presente nos formulários, fichas cadastrais das (os) usuárias (os) e em roteiros de entrevistas, de modo a poder visualizar o perfil da população atendida e/ou pesquisada, bem como a forma como as ações alcançam os diferentes grupos raciais<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup> O chamado mito da democracia racial invisibiliza o racismo e o sexismo como fomentadores de condições desumanas de vida. Esse mito, por sua vez, é um pacto estabelecido pela branquitude e dissemina a noção de que o escravismo não foi tão ruim assim, além de propor que a existência do racismo não tem relações com a escravização. Sendo assim, não é necessária uma reparação, pois há um convívio harmônico entre as populações branca, negra e indígena. O mito da democracia racial impregna enorme parte dos profissionais que fazem parte da assistência, inclusive nós, assistentes sociais. (Almeida e Saraiva, 2021)

<sup>75</sup> Mediante dados do boletim do IPEA (2021), vemos que a taxa de morte por homicídio para negros entre 19 e 24 anos é quase 7 vezes maior do que a taxa geral da população brasileira (IPEA, 2021. P 22).



Percebemos que o quesito cor<sup>76</sup> vem sendo apresentado de acordo com as categorias propostas pelo IBGE, a saber: branca, parda, preta, amarela e indígena. Ainda em acordo com o IBGE, a soma das categorias parda e preta é que corresponde à população negra.

Outro ponto considerar foi o número de formulários encontrados sem o preenchimento do quesito cor. É possível que esse fenômeno se deva a questões relativas tanto aos profissionais quanto aos usuários. As(os) profissionais podem não considerar relevante o preenchimento desse item, ou mesmo acreditar que podem ofender a(o) usuária(o) com a pergunta - em ambos os casos, evita-se o questionamento e o preenchimento decorrente. Por outro lado, a(o) usuária(o) pode não saber como responder ou não querer responder, evitando o questionamento e desejando “seguir em frente” no preenchimento dos demais itens.

É importante compreender que o chamado “subalterno”, se nem sempre é submisso, não necessariamente resiste aos exercícios de poder. O branco ocupa um lugar de superioridade não só pelo componente racial – sua cor -, mas socialmente, devido a práticas, a exercícios múltiplos de “subalternização” do outro. Sendo assim, não perguntar, não preencher o quesito raça/cor constitui uma ação política que fortalece tal lugar de subalternidade. Muitos profissionais sequer aplicam o quesito e, além do mais, eventualmente informam que foram os usuários que preferiram não se autodeclarar. Outras vezes, os profissionais fazem a declaração de raça/cor a partir das suas apreensões da aparência (fenotípica) do usuário. (VALE, 2019)

---

<sup>76</sup> Na Política de Assistência Social, em meio às ações e programas desenvolvidos no campo da PNAS, também é realizado o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. O CadÚnico é um instrumento de registro através do qual são armazenados dados que permitem identificar os/as usuário/as que acessam o SUAS e conhecer suas condições de vida. Além de ser realizado no serviço que é porta de entrada para a Política socioassistencial brasileira, é por meio dele que se realiza a seleção para o recebimento de benefícios oferecidos por programas sociais, tais como o Programa Bolsa Família. Nele constam informações sobre o domicílio (quantidade de cômodos, acesso à água, rede de esgoto, coleta seletiva, além de acabamentos físicos gerais da moradia) de cada integrante da família (quantidade, documentos, deficiências, escolaridade, trabalho), sobre gastos mensais (luz, água, alimentação, gás, transporte, remédio e aluguel) e renda familiar. Há também uma seção para famílias indígenas e quilombolas. A identificação específica de cada integrante familiar é realizada a partir das informações e documentos (como RG, CPF, Certidão de Nascimento) apresentados para a realização do cadastro pelo Responsável da Unidade Familiar. A caracterização de raça ou cor também está presente e é autodeclaratória, ficando a cargo do/a usuário/a nomear-se. No caso de ser necessária a heteroclassificação, o responsável familiar definirá a raça/cor de seus familiares. (segundo o “Guia de implementação do quesito raça/cor/etnia” - Brasil, 2018a).

Em suma, não considerar o quesito raça/cor como relevante é silenciar a respeito das desigualdades existentes, perpetuando-as e aprofundando-as cada vez mais. Cumpre lembrar que, em nossa sociedade, o diabo é negro.

### 3.5 Processo de trabalho e cuidado – entre construções e desconstruções

Recolher das ruas não é saúde. Internar à força, não é tratamento. Saúde não é dever, portanto, usuários não têm que se tratar. Os usuários podem tratar-se ao lado de uma potência e não de obrigação.

Flávia Fernando Lima Silva

Parte-se, na presente tese, do pressuposto de que os dispositivos/serviços de saúde e de assistência social são formados por equipes e que estas, por sua vez, realizam um processo de trabalho<sup>77</sup>. Por meio de tal processo, cuidam das pessoas que necessitam de atenção e/ou que apresentam algum tipo de demanda. Como propõe Merhy (2004), essa ação desenvolvida pelos técnicos é trabalho vivo<sup>78</sup>.

A formação que as equipes tiveram, assim como os cenários em que atuam e as demandas a elas apresentadas não são estáticas, estando em constante movimento e transformação. São atravessados pelo contexto vivido em âmbito maior, para dizê-lo de maneira simples. Mas há que considerar que os nexos entre as microrrelações e as macrorrelações no cotidiano dos serviços não se dão em uma única direção nem são previsíveis aprioristicamente.

---

<sup>77</sup> Não aprofundaremos a discussão sobre a categoria trabalho. Entretanto, partimos da premissa de que o trabalho não deve ser compreendido somente em sua dimensão operativa, mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. (Marx, apud Merhy, 2013, p.30).

<sup>78</sup> O trabalho vivo é o ato que se passa entre o homem e a natureza. Nele, o próprio homem desempenha, diante da natureza, o papel de uma força natural. As forças de que seu corpo é dotado, braços e pernas, cabeça e mãos, ele as põe em movimento, a fim de assimilar matérias, dando-lhes uma forma útil à sua vida. Ao mesmo tempo em que ele age, por meio desse movimento, sobre a natureza exterior e modifica-a, ele modifica sua própria natureza e desenvolve as faculdades que ali repousam (Marx [1867], 1969, p. 139).

Nessa perspectiva, e partindo das experiências do cotidiano, atuar na clínica (ligada ao álcool e outras drogas, no caso) pressupõe várias questões: acolher, cuidar, não discriminar, insistir, reduzir danos, entre outras. Isso tudo tendo em vista o que se costuma denominar “perfil dos usuários” assistidos e que, ao menos por pressuposto, se apresentam agitados, questionadores, ariscos, manipuladores, com dificuldade de adesão ao tratamento ofertado e, às vezes, com a tomada de decisão comprometida. Decerto, esses usuários possuem histórias de vida diferentes do padrão. Contudo, o que seria o padrão? O que é certo ou errado quando a questão é viver? Existe uma receita de vida de sucesso? Não chegaremos a uma resposta definitiva a essa questão, mas importa mantê-la viva ao longo desta tese.

Cabe, com efeito, partir da máxima de que, como diria Merhy (2004), *a vida de qualquer um vale a pena, por ser o centro efetivo da principal fonte de riqueza que interessa a todos nós posicionando-nos radicalmente na defesa das vidas não fascistas sob qualquer modalidade e diferença* (MERHY e FRANCO, 2013, p.12). Com isso, a problematização das práticas profissionais no universo dos dispositivos/serviços permite divisar processos de construção e desconstrução.

Em meio a tais processos, destacamos a correlação de forças existente, tanto no que se refere às relações de poder entre os profissionais - hegemonia de algumas áreas - quanto aos atravessamentos políticos, sociais e econômicos. Embora a correlação de forças possa ser apreciada em diferentes âmbitos da pesquisa, privilegiaremos aqui as diferenças que emergem nas falas dos entrevistados. Por exemplo: na saúde, temos a hegemonia médica em detrimento dos demais saberes. Na saúde mental, contudo, isso não é tão perceptível - talvez pela natureza da clínica e pelas desconstruções feitas a partir da luta antimanicomial, que proporcionaram um diálogo maior entre as categorias profissionais.

Na assistência social, por sua vez, seria o assistente social a categoria profissional hegemônica; mas, no município pesquisado, não é bem assim. Os cargos de chefia, por exemplo, nem sempre são exercidos por assistentes sociais, havendo uma pluralidade de profissionais de nível superior na gestão.

Cabe também dizer que, no contexto dos serviços/dispositivos, os trabalhadores possuem papel transformador: são eles que operacionalizam a política, pois, através do trabalho vivo, se tem a liberdade de criar, já que cada um possui certo

autogoverno sobre o processo de trabalho<sup>79</sup>. Essa liberdade pode ocasionar mudanças no modo de produzir cuidado, mas pode igualmente manter padrões e/ou até mesmo rigidificá-los.

O trabalho em saúde se constrói num encontro com o outro em ato. Tal trabalho pressupõe que os corpos possuem uma capacidade de se afetar mutuamente no encontro, estabelecendo certos estados subjetivos, sejam eles de alegria e/ou tristeza.

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pelas equipes das unidades é mediado por tecnologias, sejam elas duras ou leves, que veiculam processos de subjetivação – processos esses que nunca se cristalizam e estão em permanente mudança. (MERHY e FRANCO, 2013, p.13). A oferta de cuidado direcionada aos usuários, o acesso aos serviços realizado por eles, que são instituídos enquanto direitos, tornam-se de extrema importância para compreender como se estruturaram e gerenciam os processos de trabalho nos distintos estabelecimentos comprometidos com o cuidado, quer no âmbito individual, quer no coletivo.

Nas entrevistas, pudemos identificar que há desencontro quanto às informações que os usuários possuem acerca dos serviços ofertados pela rede, como podemos ver nos seguintes fragmentos: “*Preciso ir ao CAPSAD para verificar a minha documentação e/ou guardar meus pertences.*” (Whitney Houston); “*Social, pode dar entrada no meu benefício?*” (Lima Barreto); “*Aqui tem lugar para dormir, não quero ficar na rua.*” (Fábio Assumpção).

Problematizamos, conseqüentemente, o cenário de trabalho dos serviços: como a rotina é estabelecida? O que é próprio de cada serviço? Quem trabalha? Como o faz? Para quê? Por quê? A quem e como serve?

Essas perguntas não são respondidas de maneira unitária pelos profissionais entrevistados. Percebe-se, inclusive, que a equipe não possui um conhecimento amplo sobre a rede. Com isso, deixa-se de acessar outros serviços, ou mesmo se repete, em outros serviços, o trabalho efetivado anteriormente. A partir da fala dos

---

<sup>79</sup> Quando o profissional inserido nos serviços/ dispositivos opera através de suas práticas profissionais um sistema de saúde e de assistência social de forma altruísta, acolhe o sofrimento alheio, está atento à fragilidade humana, utiliza-se das fissuras do campo hegemônico para instituir, nas unidades, ações a favor da dignidade humana. Isso nem sempre ocorre, evidentemente.

entrevistados, elaboramos um quadro das informações oferecidas por eles sobre as funções, a equipe e os objetivos da equipe.

Quadro 6 – Os serviços, funções, equipe e objetivos

Saúde mental – CAPS AD (CAPSI, SRSM e CNAR)	Assistência Social – CRAS, CREAS, Centro Pop
<b>Função</b> – A partir das premissas da reforma psiquiátrica, é um serviço público (CAPS-AD), de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas, mas, também, para sua reinserção familiar, social e comunitária.  (CAPSI, SRHSM e CNAR pouco apareceram em formato de explicação de seu funcionamento).	<b>Função</b> - garantir a proteção social aos cidadãos, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos que se constituem como apoio aos indivíduos, famílias e para a comunidade no enfrentamento de suas dificuldades.
<b>Equipe:</b> multiprofissional – assistentes sociais, médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, oficinairos, técnico de enfermagem, enfermeiros, terapeutas ocupacionais.	<b>Equipe:</b> multiprofissional – assistentes sociais, psicólogos, advogados, administrativos.
Todos são técnicos de saúde mental	Atuam como técnicos do SUAS
<b>Objetivo</b> – proporcionar qualidade de vida para os usuários e seus familiares	<b>Objetivo</b> – Fortalecer vínculos e reconstruir laços Romper com a condição de vulnerabilidade social
Garantir acesso à saúde	Garantir acesso à assistência social Garantia do mínimo social para subsistência.
Destina-se aos usuários que façam uso prejudicial de álcool e outras drogas	Pessoas que estão na condição de vulnerabilidade social

A partir da fala dos entrevistados, torna-se viável apresentar um desenho de como o atendimento se estabelece, digamos, “entre” as duas políticas. No que se refere aos usuários, percebe-se a forma como “transitam” entre uma e outra política. Para visualizar esse trânsito, criamos o quadro 7 que, tenta dar maior nitidez às formas de acesso, avaliação e permanência nos serviços.

Quadro 7 – Acesso, serviços e direcionamento.

Primeiro acesso	Saúde mental	Assistência social	Ações	Intervenções	Direcionamento
Acolhimento inicial é realizado pelos serviços das duas políticas <sup>80</sup>	CAPSAD CAPSI SRHSM CNAR	CRAS CREAS Centro Pop Abrigo	Atendimento individual e/ou coletivo familiar	Acompanhamento dos casos e encaminhamento para a rede.	Identificar se a demanda é do setor; caso não, direcionar. Caso sim, manter no serviço. Compartilhar casos entre membros da equipe

Os serviços (CRAS, CREAS e Centro Pop) fazem acolhimento e acompanhamento aos usuários que possuem alguma demanda correspondente ao serviço oferecido. Encontram-se na condição de “vulneráveis” – sem ignorar a necessária análise crítica dessa adjetivação - porque seus vínculos sociais estão fragilizados, rompidos, ou porque estão com dificuldade de adquirir subsídios para a própria subsistência. Quando, nesse contexto, se avalia que a pessoa ou a família possuem alguma questão relacionada ao uso de drogas, ocorre geralmente o encaminhamento para o CAPSAD. Apreciando essa situação, percebo que não há um trabalho especificamente direcionado a esse público numa perspectiva assistencial – trabalho de escuta, suporte e apoio – e sim um direcionamento quase automático para o serviço de saúde. As ações psicossociais limitam-se às relacionadas à prevenção, particularmente no caso do CRAS: quando os usuários que ali chegam apresentam alguma questão passível de ser associada a transtorno mental, o serviço os direciona para o CAPS casa aberta.

No caso do Centro Pop, a equipe realiza a avaliação, o acompanhamento e, para aqueles usuários que se encontram em situação de rua e desejam ter um local

<sup>80</sup> Constatamos que os serviços de alta complexidade só recebem os usuários referidos pelos serviços de suas respectivas políticas - Saúde mental pela Saúde mental, Assistência social pela Assistência social - no que se refere aos casos de internação, abrigamento e asilamento. No caso de outras demandas, pode acontecer de o encaminhamento e/ou indicação vir de outro serviço.

para ficar, o encaminhamento<sup>81</sup> para o abrigo. Já o CREAS realiza o atendimento dos casos graves - com famílias e pessoas que estão em situação de risco social e/ou vulnerabilidade, pois tiveram seus vínculos rompidos e seus direitos, violados. Com isso, temos um fluxo intenso de referência e contrarreferência: as questões dos usuários, para serem minimamente atendidas, necessitam de um cuidado integral.

Um dos resultados de nossa pesquisa é o aparente não entendimento, por parte dos técnicos e dos usuários, da função que cada dispositivo deve desempenhar. Em alguns momentos, parece que ninguém assume a responsabilidade e que o usuário, um tanto alheio a isso, fica eternamente grato por qualquer forma de cuidado, como aparece nos fragmentos que se seguem: *“Se não fosse a saúde mental, ia morrer muita gente. A assistência social atende super bem também.”* (Christiane F.); *“A saúde mental é um ótimo serviço, também não posso reclamar, todas as vezes que precisei me atenderam muito bem.”* (Eduardo Suplicy)

O processo se dá como se cada política só soubesse de si. Com isso, cada uma delas pode considerar, ou não, a avaliação da outra. Por exemplo, nem sempre quando os técnicos da saúde avaliam a necessidade da aquisição de um benefício social, por exemplo, isso é acatado pelos técnicos da assistência social. Da mesma forma, ocorre de os profissionais da assistência social indicarem internação para um determinado usuário, e os profissionais da saúde não o internarem.

No que se refere à chegada dos usuários no serviço, isso se dá de maneira bem parecida nas diferentes unidades. O que é desconhecido e leva a elucubrações é o que faz com que certos usuários cheguem à recepção/primeiro acolhimento, enquanto outros não. Dentre os que chegam, existe variedade: há aqueles que chegam, mas não esperam pelo atendimento; os que chegam e aguardam; os que chegam em crise; os que chegam, são atendidos, mas não retornam; os que são trazidos pela família e os acompanhados por outra instituição (CRAS, CREAS, ESF, HE, Abordagem) que os assiste. Logo, o acesso ocorre por várias vias; mas, ainda assim, boa parte informa que “desconhecia” o serviço.

---

<sup>81</sup> Na unidade, eles participam das atividades (oficinas, atendimento individual e em grupo) e podem efetuar o cuidado a seus pertences e a si próprios - lavagem de roupa, banho. Também se alimentam. Há entraves, contudo, na relação do dispositivo com o abrigo. O encaminhamento feito pela Equipe do CAPSAD costuma ser mais acatado do que o realizado pela própria equipe de referência.



A motivação para iniciar o tratamento é muito peculiar. Há aqueles que, aparentemente, nem sabem por que estão ali. Outros usuários são abordados no território<sup>82</sup> e nas cenas de uso, eventualmente a partir do desejo de algum familiar de que esse usuário passe a aderir ao tratamento. O que também percebemos através do estudo é que a permanência ou não nos serviços se encontra vinculada, muitas vezes, à vinculação do usuário com o profissional e o serviço.

A exemplo disso, no CAPSAD, um usuário que é referenciado por apenas uma técnica, até ensaia algumas conversas com outros profissionais, mas o uso de medicação injetável só acontece “se a morena dele indicar”. E, para usar o jargão habitual, apesar de ter um nível de organização reduzido, ele consegue comparecer nos dias em que essa técnica de referência está na unidade.

Cabe novamente ressaltar, aqui, que todo e qualquer profissional realiza cuidado e tem uma “gerência própria” no trato com os usuários. Esses profissionais, muitas vezes, decidem se devem ser gentis ou grosseiros. Em muitos momentos, os usuários formulam demandas que não são da ordem de um “pedido objetivo” ou de algo que possa ser ofertado por aquele serviço. Cabe então ao profissional disponibilizar cuidado ou não, e como, avaliando a necessidade naquele momento. Como afirma Merhy (2013, p. 25):

[...] o encontro entre o usuário, portador de uma necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um arsenal de saberes específicos e práticas envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes.

Nesse sentido, são as próprias instituições que, de uma forma geral, estabelecem critérios para que os usuários permaneçam ou não nas unidades. Portanto, temos as seguintes possibilidades: a) o estabelecimento de critérios para o usuário ser inserido ou não, ou melhor, para ser admitido no serviço terá de estar dentro do perfil estipulado para isso; b) o estabelecimento de critérios para definir se ele é admitido no serviço ou se será encaminhado para outro; c) a simples recusa de atendimento. Todas essas situações, a meu ver – por mais que a terceira pareça a

---

<sup>82</sup> Ocorre que uma das “portas de entrada” é a demanda de atendimento feita pelos familiares. Muitas vezes, o usuário não vai ao CAPSAD - quem vai é a família, para solicitar uma abordagem a um certo parente. Por iniciativa própria, ele não buscaria atendimento. Nesses casos, é realizada uma visita domiciliar para tentar trazer o usuário para acompanhamento.

mais grave -, inviabilizam os direitos dos(as) usuários(as), pois nem todos(as) conseguem, de fato, acessar os serviços.

No encontro entre profissionais e usuários nos serviços, os últimos apresentam uma demanda inicial: questão que vivenciam e acerca da qual pensam em uma possível resolutividade através do suporte dos técnicos operadores da política.

Sendo assim, permite-se que o profissional intervenha em inúmeras situações, que avalie se são problemas de saúde ou questões de vulnerabilidade social etc. Essas intervenções se materializam através da ação de acolher e cuidar, ou não, do sofrimento apresentado por esses usuários tanto em âmbito individual quanto coletivo, pois quase sempre interferem no conjunto de suas relações sociais. Portanto, cada profissional, através do seu saber e de seu fazer, não se reduz a aplicar regras institucionais – também possui alguma autonomia/iniciativa/gestão.

Ao longo da pesquisa, vislumbramos as formas como os profissionais reconhecem as saídas. No caso das altas, por exemplo, temos: a) “alta celestial”, expressão usada pelas equipes indicando, evidentemente, o óbito do usuário; b) a alta como passagem para outro serviço e c) a alta, simplesmente. Essas 3 saídas nada mais são do que as formas como o usuário deixa de ser cuidado por determinado serviço. A alta como passagem para outro serviço acontece quando a gravidade diminui, facultando o direcionamento. A alta, sem adjetivos, ocorre quando o usuário não apresenta mais demanda de tratamento. Sendo o objetivo, ao menos oficial, dos serviços, fazer com que o usuário caminhe da forma mais autônoma possível na vida, quanto mais ele estiver na vida e no território, mais efetivo estará sendo (ou terá sido) o trabalho realizado.

Como vimos tentando enfatizar, os processos institucionais, por serem o locus de formulação e decisão de intervenção, imprimindo direção aos atos produtivos dentro das unidades e governando os processos de trabalho, conferem aos profissionais uma grande possibilidade de intervenção movida por saberes, trajetórias e investimentos pessoais. Entretanto, nas unidades, existe ainda a figura dos coordenadores/gerentes, os quais, em muitos momentos, efetuam um enquadramento; melhor dizendo, uma padronização, nem sempre permitindo que a singularidade do fazer de cada profissional aflore.

As mudanças nos processos de trabalho promovem rupturas, e constituem desafios, uma vez que mexem com “as peças do jogo”, com interesses distintos. Nesse cenário, ocorrem processos instituintes e instituídos, atuam forças em direções distintas. Caberia talvez aos gestores, por conseguinte, escutar os trabalhadores para minimizar os conflitos quando estes são acríticos, simplesmente corporativos ou individualistas, dentro das equipes<sup>83</sup> - politizar o problema, em suma.

O processo de trabalho está aberto, em sua micropolítica, ao trabalho vivo em ato, e este é atravessado por diversas lógicas. A começar pela possibilidade de criação por parte do trabalhador, que pode seguir por caminhos antes não pensados. Entretanto, isso só é possível pelas brechas abertas nos processos instituídos, ou seja, quando a lógica vigente é posta em xeque. (MERHY, 2013, p.53)

Como propõe o autor,

A gestão deste trabalho pode provocar ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar a busca de processos que focalizem o sentido da “captura” sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de “quebras” em relação aos processos institucionais que operam cotidianamente. (MERHY, 2013, p. 54).

Nas entrevistas, percebe-se que a apreciação muda conforme o tempo de serviço. Não que isso seja exatamente uma regra, mas aqueles profissionais que se encontram há mais tempo no serviço tendem a encontrar maior dificuldade para romper com práticas já instituídas.

Dando sequência, é importante destacar dois aspectos constitutivos da relação entre os usuários e os profissionais, que são caros às duas políticas contempladas no presente estudo: o acolhimento e o vínculo. Se alcançados, podem criar algum grau de autonomia para que os usuários retomem aspectos importantes da vida.

Dialogando com a construção do ato de cuidar, identificamos que, para tal ação, é necessário um saber: os objetos não são dados, e sim construídos por esse saber,

---

<sup>83</sup> Parto do princípio de que o cuidado é realizado por todos da equipe, nas unidades. Com isso, alguns ruídos, atritos, divergências acontecem e o responsável por dar direção à clínica tem que manejar essas situações. Exemplo disso é o atravessamento de um saber em relação a outro saber. O conhecimento precisa ser dialógico, um saber não se sobrepondo a outro. Desconsiderar a avaliação profissional de um colega simplesmente não constitui o melhor caminho.

o que inclui a necessidade social<sup>84</sup> que gerou o próprio trabalho. A junção entre os profissionais, os objetos e os instrumentos de trabalho realiza as necessidades da reprodução social. (MERHY, 2013, p. 63)

Nesse sentido, podemos divisar o contraponto entre uma clínica que tudo captura e uma outra - a que abre novos processos em busca de singularidades. Esta última sai da centralidade corporativa para se centrar no usuário, foco das políticas em questão. As colocações feitas pelos usuários trazem aspectos a serem valorizados em relação aos serviços ofertados pelas políticas e operacionalizados pelas equipes.

Segundo Merhy (2013), os profissionais de saúde, tendencialmente, reclamam da falta de interesse e da não responsabilização por parte dos diferentes serviços. Já os usuários se sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

Essas características, contudo, não apareceram na fala dos entrevistados de nosso presente estudo, relativo a serviços que fazem um acompanhamento mais especializado, como é o caso do CAPSAD. O que é possível perceber é certo descontentamento em relação aos outros dispositivos.

Voltando a Merhy (2013), vale dizer que ele percebe o trabalho em saúde circunscrito ao que conceitua como *tecnologia leve-dura*, a saber: a) a tecnologia é leve por ser um saber já adquirido e utilizado na condução dos casos de saúde e na forma de se organizar; b) a tecnologia é dura, pois é um saber/fazer bem amarrado, padronizado e normalizado, que implica defesa da vida do usuário; controle dos riscos de adoecimento ou de ter o seu quadro agravado; ações que permitam maior autonomia para o usuário estar na vida.

Dessa forma,

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um encontro entre duas "pessoas", que atuam uma sobre a outra, e no qual opera umas expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de fala, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 2013, p. 73).

---

<sup>84</sup> Necessidade social entende-se por carecimento que orienta o processo de trabalho. As suas formas de satisfação variam.

Sendo assim, podemos afirmar que todos os trabalhadores de saúde fazem clínica. A clínica não é só saber/fazer diagnósticos dos problemas de saúde, mas um processo de produção de relações e intervenções. Os usuários buscam nos serviços espaços de acolhimento que proporcionem trocas, falas, escutas, responsabilização, vínculo e aceitação. Cabe considerar, no entanto, que mesmo que todos façam “clínica”, há um foco na atuação profissional que marca as competências de cada categoria profissional no processo de cuidado. O campo das tecnologias leves, digamos, não é específico de qualquer categoria profissional. Entretanto, cada especificidade atua de acordo com as orientações de seu processo formativo. Exemplo disso é a forma como são feitos os acolhimentos, os processos de responsabilização da equipe e as modificações das práticas. (MERHY, 2013)

O autor acrescenta que os profissionais inseridos nos dispositivos de saúde acionam seus saberes e modos de agir segundo a questão que precisa de intervenção. Exemplos podem ser encontrados nas diversas categorias profissionais que atuam no campo da saúde mental. Nas unidades, cada profissional fica responsável por um quantitativo de usuários e tem a função de gerenciar o tratamento de usuários que apresentam demandas diversificadas. Muitas vezes, nem mesmo o profissional especializado consegue dar conta de todas as demandas. Aliás, tampouco deveria fazê-lo. Com isso, o trabalho, em si, tem caráter multiprofissional, por mais que incorpore o problema concreto enfrentado e o recorte realizado pelo profissional que irá realizar a intervenção.

Ainda que tudo isso seja sabido, o modelo assistencial que impera é o centrado no modelo biomédico, que coloca em segundo plano, ou como figura meramente complementar, a dimensão do cuidado. Com efeito, em tal perspectiva, o cuidado fica subordinado à lógica médica, como se fosse invariavelmente uma demanda acessória. Vivenciamos ainda, no interior dos serviços de saúde, uma correlação de forças onde a lógica médica ainda tem supremacia. Na saúde mental, no entanto, há maior grau de rompimento com esse padrão. As decisões, nesse campo, quase sempre são compartilhadas em equipe<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup> Cabe ressaltar que, por vezes, a equipe também apresenta resistência a tomar o olhar do médico como seu integrante.

Para Merhy (2013, p. 87),

Todo profissional da saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo em que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático-administrativo na organização.

Para o autor, um estabelecimento de saúde é um ambiente institucional composto pelo que chamamos de: 1) campo da política, 2) campo da organização e 3) campo dos processos de produção em saúde. Essas dimensões correspondem: 1) ao modelo de atenção, 2) ao plano de ação em seu âmbito institucional e 3) ao processo de trabalho e à forma de produzir atos de saúde.

O campo da política é o lugar institucional onde ocorrem as disputas em torno das formulações e decisões. Normalmente, a gestão está mais próxima desse campo, assim como os conselhos. Já o campo da organização é representado pelo modo como se relacionam os diversos agentes institucionais envolvidos. Nessa dimensão, encontram-se os técnicos, operadores das políticas, foco do presente estudo, e o modo como desenvolvem suas ações profissionais. A última dimensão, por sua vez, representa o modo como se constroem e são ofertados à população os bens - neste caso, atos em saúde.

Essas dimensões abordam conceitos importantes, como: o governar, ou seja, o modo como cada ator gerencia os processos; e o fazer, expressando o modo como cada campo produz o que deseja. Embora a princípio pareçam conceitos distintos e opostos, estão entrelaçados. (MERHY, 2013)

Cabe considerar ainda que as práticas profissionais seguem uma forma singular, mesmo que todas possuam uma direção unitária a ser atendida. E que o trabalhador que realiza essas práticas produz o cuidado em saúde e, ao mesmo tempo, desenvolve-se como sujeito no mundo – ele se constrói e se reconstrói no encontro com o outro, sendo sensível à percepção da vida e de si mesmo.

Em outras palavras, o encontro entre trabalhadores e usuários produz afeto, tanto para uns quanto para outros, mediante intensidades dos corpos. Esses corpos são sujeitos em ação, seja na relação trabalhador-usuário, seja na relação trabalhador-trabalhador. Por sua vez, esses corpos veiculam instituídos de saber, de normas e de instrumentos, e podem produzir alegria e tristeza, o que redundará em aumento ou em redução da potência dos sujeitos para agir no mundo.

O que faz com que um trabalhador atue de forma diferenciada dos demais é a subjetividade. Cada trabalhador(a) possui sua história de vida, seus valores, que vão interferir na sua forma de ver o mundo e o seu trabalho. Ou seja, subjetividade e implicação estão presentes em todo processo assistencial. (MERHY, 2013)

Merhy (2013) aborda o encontro do usuário com o trabalhador sob a égide do que chama de “valises”. Valises são caixas de ferramentas dotadas de saberes e têm desdobramentos, materiais ou não. Há três tipos: as formadas por tecnologias duras, que estão ao alcance das mãos, como canetas e papéis; as de tecnologia leve-dura, que estão na cabeça, com saberes bem estruturados; e as tecnologias leves, relacionadas ao encontro entre usuários e trabalhadores. Iremos nos debruçar sobre essa terceira valise, pois é a mais difícil de apreender e apresenta as questões mais singulares.

A busca pelo serviço de saúde se dá pela percepção que o usuário tem daquilo que aquele serviço oferta. Essa imagem é construída pelo que o usuário pensa, e nem sempre é objetiva – trata-se de uma percepção, ou seja, do simbólico. Também a ideia de cuidado tem tal característica. E se esta representação referente ao cuidado não indicar, para o usuário, o mesmo que para os profissionais operadores da política, apresentam-se ruídos na relação entre esses atores, o que acaba por gerar conflitos.

Os usuários geralmente compreendem que a resolutividade dos problemas de saúde é alcançada quando realizam certo procedimento, ou quando fazem uso da medicação prescrita. Nem sempre consideram sua implicação no processo ou levam em conta a saúde não está direta e exclusivamente ligada ao acesso a procedimentos e medicalização. Há, então, um estranhamento presente no processo, pois o ideal seria que os atores se alinhassem em um mesmo modelo tecno-assistencial, satisfatório de ambos os lados.

Podemos também constatar diferenças na forma de condução do cuidado por determinados profissionais, inclusive quando partilham a mesma direção técnica. O fator determinante para tal é o desejo e a forma como ele tem a capacidade de alterar o social através da subjetividade<sup>86</sup>. Sendo assim, para que mudanças sejam estabelecidas no cuidado, não basta pensar no âmbito técnico-profissional: também é preciso investir em processos de subjetivação.

Nesse sentido, Franco (2013) assinala que a saúde se organiza em redes de cuidado e que, em diversas unidades/serviços, para que o trabalho seja realizado, necessita de comunicação mútua entre os atores envolvidos. Pode-se dizer, então, que haverá sempre um conjunto articulado para efetivar a produção de cuidado. Exemplifico: serviços, profissionais, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades intervindo de forma relacionada para que o cuidado aconteça. Tanto é assim, que existem protocolos instituídos, como o sistema de referência e contrarreferência. Em alguns momentos, o profissional acredita que sua capacidade (ou seu saber) sobrepõe-se a outra (o), quando, efetivamente, é a codependência que vigora.

Pode-se perceber o quanto é diverso o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa. Isso é particularmente mais forte em momentos de mudança, que sugerem sempre períodos de transição entre o velho e o novo, quando os cenários se confundem na sua conformação. Mesmo em situações de aparente estabilidade institucional, é possível perceber movimentos de mudança no interior do processo de trabalho, que podem mexer com perfil das conexões e fluxos exercidos em certa rede de cuidados. (MERHY, 2013, p. 236).

No CAPSAD, ao entrar na unidade, o usuário passa por uma avaliação para verificar se possui ou não indicação para tratamento ali. Após isso, para a condução do processo, fica definido quem será o profissional de referência e este, juntamente com o usuário, irá construir um projeto terapêutico.

Pretende-se que essa contratualidade faça com que os usuários se percebam enquanto sujeitos do seu próprio cuidado. É claro que não podemos dizer que esse seja um processo homogêneo e sempre bem sucedido: apresenta fissuras,

---

<sup>86</sup> A subjetividade se produz por meio das vivências e experiências que as pessoas acumulam ao longo da vida. Elas sofrem alterações de acordo com o tempo e com o ambiente em que a pessoa se encontra inserida. (MERHY, 2013)



discordâncias e rupturas. Em alguns momentos, as decisões e escolhas são discordantes; noutras vezes, eminentemente diretivas.

Nessa construção, produzem-se afetos entre sujeitos, sejam eles usuários e/ou profissionais, pois ambos produzem a si mesmos e aos outros, no encontro. Assim, afetam-se, simultaneamente, produzindo o que chamamos talvez equivocadamente, de identidade. (MERHY, 2013)

Como dito anteriormente, não é intenção do presente estudo trazer à discussão a categoria trabalho; mas podemos minimamente indicar que ela não está isolada do contexto de produção. O trabalho é atravessado por interesses e pelos sujeitos que lhe dão significado. Por isso, importa sempre frisar dizer que o universo do trabalho é um lugar da multiplicidade, e não do igual; lugar do diverso e da diferença, e não do mesmo. Portanto, não é harmônico.

Para Nery Filho, no cuidado a usuários de drogas, especificamente:

Práticas como acolhimento em momentos de crise, atendimento sem preconceito na unidade de saúde, entrada e permanência em um local provisório para dar tempo a uma reorganização, passeios esportivos e culturais, projetos de moradia, alimentação e trabalho constituem o que o autor chama de “primeiro disparo”, reservando o “segundo disparo” aquelas circunstâncias inusitadas, enigmáticas e inexplicáveis que impelem alguns a “fugirem do circuito: zona de uso, cadeia, clínica de recuperação, abrigo, CAPS”. (*apud* LANCETTI, 2015, p.18).

O autor ainda acrescenta a dificuldade dos trabalhadores, em suas práticas profissionais, de conseguirem sair da perspectiva moral e de judicialização. Não que exista uma suposta neutralidade. No entanto, há necessidade urgente de revisar práticas ditadas pelo senso comum, pelo meramente instituído.

Em vista disso, Lancetti (2015) procura dialogar com alguns outros conceitos, classificações e categorias. Começa com a seguinte indagação: como pode existir epidemia, se a substância é inerte? Cumpre lembrar que a palavra epidemia significa aumento de determinada doença num corte de tempo e lugar. Habitualmente, é um termo utilizado para as doenças transmissíveis no contato de uma pessoa com a outra. Sob esta perspectiva, a substância inerte não pode ser transmitida; entretanto, a partir dos séculos XIX e XX, o conceito de epidemia passou a abranger doenças não transmissíveis, desde que ocorresse um aumento expressivo de atingidos num corte de tempo e lugar.

Com essa nova premissa, passou-se a chamar de epidemia o simples aumento do número de usuários de drogas, em particular, recentemente, quando do uso do crack. E a grande questão não é se o uso do crack, ou de qualquer outra substância, é considerado uma epidemia, mas sim o modo como o uso dessa noção faz o governo atuar, especialmente o governo estatal.

Lancetti também aborda o que chama de *contrafissura* – a ansiedade em resolver imediatamente, e de maneira simplificada, problemas de grande complexidade. O termo *contrafissura* aparece, muitas vezes, dentro dos serviços numa lógica invertida. Atribui-se ao uso do crack o *status* de ser uma doença que atua no cérebro, uma doença crônica com recidiva, que produz uma tolerância perigosa. Assim como se pôde imaginar (e em parte criar) uma “sociedade sem manicômios”, hoje se vê o desejo de uma “sociedade livre das drogas”<sup>87</sup>. A proposta, nesse segundo caso, é direcionar o cuidado apenas para a substância – um sério equívoco que, além de tudo, instaura um alibi para delimitar territórios e estados de exceção. Não há resultados efetivos, para os usuários, desse tipo de cuidado<sup>88</sup> ofertado - na realidade um descuido com determinadas vidas.

A visão que se tem do drogado é que ora ele é um afastado de deus, um ser possuído por satanases, ora uma vítima de um cérebro doente que perdeu toda a possibilidade de autodeterminação. Um sujeito sem subjetividade que precisa ser sequestrado, reprogramado, segundo procedimentos baseados na abstinência prolongada e na reengenharia da vida. (LANCETTI, 2015, p. 34).

Fazer a leitura da noção de *contrafissura* no município implicaria, ao contrário, pensá-la articulando as duas políticas envolvidas no presente estudo. Nada mais

---

<sup>87</sup>O não uso de drogas não é o objetivo de uma sociedade, ou pelo menos não deveria ser o da nossa. Mas constantemente se compreende que a responsabilidade pelas nossas angústias, tristezas e fracassos pode ser atribuída às drogas, e não à forma como encaramos os obstáculos e/ou como nos organizamos econômica, cultural e subjetivamente. Há que se considerar também que se fortaleceu a noção de tratamento – logo, a ideia de ter uma vida livre das drogas e dos problemas gerados por seu consumo. Podemos concluir que o complicador não é tanto o consumo em si, mas o contexto em que está colocado; não é tanto o uso, mas o caminho imposto pelas instituições que lidam com os usuários - trajetórias de uso, do hospital à cadeia ou ao inferno, que acabam por trazer muito mais prejuízos do que benefícios. (DOMICIANO, 2006)

<sup>88</sup> Segundo Petuco (2014), deve-se pensar esse cuidado e construir as suas estratégias a partir da história singular do sujeito, legitimando-a e acolhendo-a, a fim de poder, eventualmente, produzir outro tipo de história. A redução de danos não trabalha a categoria droga como central, como se ela fosse a mesma droga para qualquer pessoa, e sim com o lugar singular que a droga tem na vida daquela pessoa específica, na sua história e no seu modo de viver.

desejável do que dar atenção às formas de abordagem realizadas por cada uma das equipes. Ambas atuam nas mesmas cenas de uso; entretanto, a forma de cuidado é realizada sob perspectivas bem diferentes e eventualmente incompatíveis.

Nessas cenas, encontramos o que Lancetti (2015) igualmente aponta: sujeitos sem voz, sem direitos, sem desejo, meras portas de entrada para o estado de exceção. No entanto, mesmo assim, não possuem o hábito de obedecer. Portanto, esses “sem subjetividade” devem ser salvos pela ciência. O CAPSAD, como dispositivo que oferta cuidado, foi a primeira resposta à *contrafissura*, tentando substituir o tratamento moral e as estratégias reducionistas direcionadas para a abstinência. A criação do CAPSAD está baseada na ideia de que não se pode, nem se quer, eliminar as drogas, mas simplesmente oferecer cuidado.

No universo do “conjunto droga”, é preciso incluir um pensar sobre produção, comercialização, judicialização, repressão, cuidado, terapêutica e exposição midiática. Essas noções se entrelaçam e igualmente atravessam os usuários e seus familiares. Como antes apenas assinalamos, as duas políticas aqui focalizadas possuem posicionamentos bastante diferentes sobre o cuidado aos usuários de drogas. A assistência social em suas abordagens, orientações e avaliações direciona-se para a abstinência total como forma de tratamento para aqueles que fazem um uso dito “prejudicial”, principalmente quando a questão uso/desuso tem como finalidade o acesso a benefícios sociais. A indicação é a de recolher, retirar, subtrair e internar; melhor dizendo, retirar os usuários dos territórios.

Evidentemente, tomando direção bem diferente, as ações da assistência social poderiam se inclinar para diminuir a “mortalidade” e/ou o encarceramento dos usuários de drogas; logo, para a efetiva diminuição da violência. Todavia, não ocorrem ações nessa perspectiva. Isso sequer aparece, aliás, na fala dos entrevistados.

Já a saúde mental tem como premissa a redução de danos, o manejo dos agravos, embora admita que, em alguns momentos, a abstinência possa ser terapêutica e necessária. Entretanto, a abstinência não é a estratégia exclusiva de cuidado, como no caso da assistência social.

O universo dos usuários gira em torno de inúmeros cenários: zonas de uso, prisão, internações em diversas instituições (comunidade terapêutica, SRHSM, abrigo). Tais cenários costumam ser chamados, pelas equipes de saúde mental, de

territórios geográficos e existenciais. Quando os usuários conseguem se manter um pouco distanciados, ao menos, desses cenários, seus tratamentos já podem ser considerados bem sucedidos. (LANCETTI, 2015)

No cotidiano dos serviços, os profissionais se deparam com mudanças repentinas e, ao mesmo tempo, ocorrem muitas repetições no padrão. Aproximam-se de histórias de vida intensas, o que gera nas equipes a necessidade de ter um olhar diferenciado. Recentemente, na abordagem noturna, na cena de uso que chamamos de “casarão”, o clima estava muito tenso: ao entrarmos, fomos recebidas de uma maneira muito arredia por um usuário que se encontrava em uso intenso de etílico.

O profissional não está na cena de uso para ser grosseiro, mas para acolher o usuário - ele não é uma droga, mas uma pessoa. Opera-se com o que Merhy (2013) denomina “tecnologia leve”. Entretanto, é alta a exigência feita aos trabalhadores, particularmente aos da saúde mental, eventualmente promovendo desgaste psíquico e sofrimento.

Como já apontamos brevemente, as cenas de uso são diferenciadas, mesmo que situadas no mesmo município<sup>89</sup>. Lancetti (2015, p.63) refere-se àquilo que nomeia como “atletismo afetivo” – remetendo ao corpo do terapeuta que busca o corpo do seu interlocutor. Iniciada essa relação, ocorrem aproximação, escuta, olhar, toque e emergem diferentes reações, por exemplo: desconfiança, amor, ódio, dependência, autonomia.

Existem várias perspectivas quanto ao que leva as pessoas ao uso de drogas. Algumas são moralistas (“prática condenável”), algumas narcísicas (“eu faria diferente”). Entretanto, como aponta Lancetti (2015), com quem concordo, não há uma única causa. A meu ver, existe uma inclinação maior no caso daqueles que apresentam sofrimentos psíquicos devido a violências sofridas em algum momento da vida.

Cabe ainda salientar que o modo como se organizam os processos de trabalho, evidentemente também no município, se altera com maior ou menor frequência. O exemplo mais recente foi o da epidemia do COVID-19 que atravessou os serviços,

---

<sup>89</sup> Atualmente, realizamos abordagens no casarão, coreto, casa da liberdade - locais que são cenas de uso e também *habitat* de alguns usuários. Esses espaços estão sempre abertos a novas pessoas, tanto no que se refere a acolhida/apoio, quanto a acesso dos profissionais para realizar alguma forma de cuidado.

alterando significativamente a forma assistencial. Essas alterações visavam notadamente a preservação da vida dos profissionais e dos usuários. Algumas formas de intervenções foram suspensas (atividades de natureza coletiva, grupo, oficinas) e outras novas, ou mais raras, passaram a ser utilizadas (atendimento telefônico e/ou domiciliar). No momento pandêmico, segundo as observações das equipes, aumentaram as crises de ansiedade, o uso de drogas, a depressão e inúmeras outras dificuldades, seja virtude do medo da morte, seja do cerceamento, mesmo que momentâneo, da liberdade.

Vale ressaltar, frente a cenários mais, ou menos difíceis, que todo trabalhador da saúde, independente do papel que desempenha, é sempre um operador do cuidado. Com isso, ele tem uma dupla função: a de cuidador e a de gerenciador. Há tensões, de fato, entre ser profissional da clínica - o que estabelece relação com os usuários e produz acolhimento, responsabilização, vínculo – e ser gerente do processo de cuidado - através da realização do projeto terapêutico. Em alguns momentos, isso implica sobrecarga para o trabalhador de saúde. (MERHY, 2014).

Com isso, deve-se pensar nas formas assumidas pelo cuidado ofertado, que Merhy (2014) divide em dimensão cuidadora e dimensão profissional específica.

Quadro 8 – A dimensão do cuidado

Dimensão cuidadora que está presente em qualquer ação	Dimensão profissional específica
Relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde. Acolhimento e vínculo Responsabilização Posicionamento ético centrado no usuário Articulação de saberes para compor projeto terapêutico	Significação do processo saúde – doença com certo sofrimento em um recorte profissional singular. Procedimentos próprios Diagnósticos Projetos terapêuticos Devem ser articulados com outros saberes no espaço comum da dimensão profissional e cuidadora para poder produzir cura.

Essa divisão, muito presente nos serviços, também é *locus* de conflitos, tendo em vista a chamada “cultura da delimitação”: quando está direcionada, as funções têm um dono; quando não está direcionada, não é de ninguém.

No cotidiano no CAPSAD, há uma escala para grande parte das atividades desenvolvidas; no entanto, quando há um “buraco”, torna-se difícil que alguém assuma as ações ou lhes dê suporte, minimamente. Os usuários, por seu lado, costumam ver isso como falta de interesse e/ou de responsabilização por parte dos serviços, o que redundava em se sentirem inseguros, desinformados, desprotegidos. No entanto, isso não apareceu nas nossas entrevistas, nas quais, como já apontado, mostram-se gratos pelo cuidado a eles(as) direcionado.

Merhy (2014) ressalta que todos planejam as ações (governam) em uma organização, mesmo que o façam em níveis diferentes. Cada ator se liga, pois, a uma situação de governo, a um ato coletivo, atuando numa direção orientada por um projeto, mesmo que este não esteja explícito. Sendo assim, posicionar-se implica um projeto e não se posicionar, igualmente.

Os CAPS<sup>90</sup>, por exemplo, são equipamentos que se pautam no (a): a) direito de ir e vir; b) direito do usuário desejar ou não o cuidado; c) oferta de acolhimento na crise; d) atendimento clínico individual e coletivo dos usuários, nas suas complexas necessidades; e) construção de vínculos e referências, tanto para eles como para seus “cuidadores familiares” ou equivalentes; f) produção de lógica substitutiva em rede; g) matriciamento; h) geração e oportunização de redes de reabilitação psicossocial, de redes inclusivas.

Essas atribuições acabam por colocar em diálogo (e eventual conflito) novas e velhas práticas. Existem profissionais em atuação na assistência, que são anteriores aos processos de mudança; outros, que não foram capacitados; há ainda aqueles que já lá estavam e que lutaram por novas práticas dentro dos serviços. Então, dentro de um mesmo dispositivo, ocorreram (e ocorrem) divergências nas perspectivas de cuidado.

Para Merhy (2004), isso é estar no olho do furacão; mas isso facilita reflexão, autoanálise e ressignificação das práticas, o que pode gerar novos processos de vida e novos sentidos desejantes. No texto que no momento utilizamos, datado de 2004, ainda vemos algo bastante atual, pois embora tenha havido uma mudança de

---

<sup>90</sup> Em vários momentos do texto, acabo por iniciar sempre pelo CAPSAD. De fato, não só possuo mais analisadores a ele referidos como ele acaba por direcionar aos outros dispositivos pelos quais os usuários irão passar.

paradigma, com alteração e substituição dos serviços, as alterações na prática não se dão de maneira tão equânime e tão alinhada.

Nos últimos dois anos, quando a pandemia acentuou problemas que permaneciam, até então, adormecidos ou fora de foco, algo que emergiu fortemente foi a exaustão, bem como a tristeza, a dificuldade de lidar com o outro e a dificuldade de atender a crise de alguns usuários específicos. Em contraponto, nesse período, também foi possível acolher, escutar, ressignificar. Tudo isso acontecia e o serviço seguia sem o suporte de um cargo tão caro como a supervisão clínico-institucional<sup>91</sup>, indispensável para evitar situações como a bem retratada por Merhy (2009, p. 30):

De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo, o usuário, como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser o “correto”, discursando para aquele que nada sabe qual é o modo “mais saudável, a melhor forma de viver”. Esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não provêm do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros.

A partir do fragmento acima transcrito, podemos hipotetizar que a lógica dos serviços ainda opera, frequentemente, procedimentos e protocolos vinculados a uma prática burocrático-organizacional.

Os/As usuários/as produzem modos de existências que são, muitas vezes, julgados e cerceados pelas equipes de saúde, e estas ficam aprisionadas a um modo de saber tão preponderante, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos, expressões são modos de existência, ainda que se apresentem cheios de tensões e problemas. (MERHY, 2013, p. 3).

No caso de Carlos<sup>92</sup>, por exemplo, temos um usuário que vê a rua como seu *habitat*, mais especificamente um ponto de ônibus onde encontra seus pertences, faz suas refeições e recebe alguns cuidados. Por certo tempo, a rede não entendeu esse lugar e desrespeitou o desejo do usuário de permanecer ali, não querendo se institucionalizar para receber cuidados, quer pela política de saúde, quer pela assistência social.

---

<sup>91</sup> A supervisão é realizada por um profissional de nível superior que dá suporte e mobiliza a equipe a refletir sobre os caminhos possíveis nos casos assistidos.

<sup>92</sup> Nome fictício para o usuário que é assistido pela rede.

A questão, nesse caso, não se resume a avaliar uma presumida demanda clínica, ou melhor, se Carlos teria ou não a necessidade de um ambiente protegido de cuidado. Vale dizer, a esse respeito, que quando ocorreu à necessidade, ele se hospitalizou. Trata-se, com efeito, de pensar se cabe a imposição de uma vontade do profissional no que se tange à forma de vida “saudável” e/ou “com qualidade” já instituída. Como propõe Merhy (2004), o usuário em questão tem na rua um espaço de sobrevivência, espaço de vida e de experiências, não necessitando de ter sua existência governada por outros.

Mapear a existência e a invenção de espaços para fora do muro, nos quais os usuários/as também percorrem em suas trajetórias, bem como reconhecer os ditos informais e os sentidos que são produzidos neles, é uma boa forma de enxergar o quanto esse mundo tem elementos em aberto, não capturados, trabalho vivo em ato dependente e que se expressam como tensões e disputas pelo seu sentido. (MERHY, 2004, p.8).

Trago como analisador, nessa linha, o já abordado anteriormente cuidado no território - recorte do cuidado realizado institucionalmente, mas com o objetivo de estar no *habitat* ou cena de uso em que o usuário se encontra. Atualmente, os serviços que disponibilizam essa forma de ação são: CAPSAD, CNAR, Centro Pop e Abordagem Social.

Sobre o cuidado no território, diversos autores que têm sido nossos aliados na presente pesquisa assim se pronunciam:

(...) os profissionais de saúde não conhecem as várias existências que cada uma dessas pessoas tem quando estas atravessam o muro, passam pela calçada dos serviços e ganham os mundos. De forma bem frequente é possível observar que os usuários constroem suas próprias redes com diferentes conexões: “No campo do cuidado em saúde mental, esta situação é uma característica muito marcante. O (seu) usuário é um nômade pelas redes de cuidado e um forte protagonista de sua produção” (LANCETTI, 2006). O território tomado como produção de agenciamentos, majoritariamente desconhecido pelas equipes de saúde, instaura uma rede rizomática não linear que não se apresenta capturada em um território único, em um espaço geográfico definido. Como um nômade, o usuário, produz e protagoniza de forma singular os acontecimentos, no seu processo de cuidado (BERTUSSI e COLS, 2011). Nômades na produção de suas vidas e, por isso mesmo, capaz de circular em territórios muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, construindo múltiplas conexões na vida. Esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização, que afetam e convidam as equipes a esta mesma experimentação desterritorializante. (MERHY, 2013, p. 4).

Evidentemente, os profissionais agem de formas singulares o que se refere ao cuidado, mesmo que estejam pautados numa mesma diretriz normativa. No processo



de trabalho, em decorrência, não se segue exatamente um padrão, sendo marcado pelos afetos, no sentido espinosista-deleuziano desse último termo.

O encontro entre trabalhador e usuário tem a capacidade de afetar um ao outro, e isto se dá por intensidades circulando entre as relações que se estabelecem entre dois corpos, entendendo-se como corpo, sujeitos em ação como trabalhador e usuário, ou trabalhador e trabalhador, mas também estes com as normas, saberes, instrumentos que configuram corpos no cenário do cuidado em saúde. Segundo Espinosa citado por Deleuze (2002), os afetos podem causar alegria ou tristeza, respectivamente aumentando ou diminuindo a potência dos sujeitos agirem no mundo da vida. No caso específico da saúde, as conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários podem formar um campo energético, invisível, que funciona em fluxos circulantes envolvendo o cuidado em ato, e configuram assim “linhas de vida”, ou por outro lado, “linhas de morte”, conforme o encontro trabalhador-usuário produza acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação, ou, um modo de agir que se manifesta de modo sumário, burocrático, vai produzir heteronomia, insatisfação. Assim, dependendo da situação existente há um aumento ou redução da potência de agir. (MERHY; FRANCO, 2013, p.13).

Quando falamos em vontade de se cuidar e/ou procura por tratamento, por vezes utilizamos o termo “desejo”. Novamente referenciamos esse conceito a Merhy e Franco (2013, p. 05), que, em perspectiva tomada a *O Anti Édipo* de Deleuze e Guattari (1972), o entendem como energia inconsciente produtiva e, portanto, propulsora da construção da própria realidade social. Trata-se, melhor dizendo, da força motriz da construção da sociedade, igualmente constitutiva de subjetividades<sup>93</sup>. Assim entendido, o desejo permite ver os sujeitos como protagonistas dos eventuais processos de mudança e/ou desconstrução de mundos e territórios existenciais. O que seriam “territórios existenciais”? Em abordagem resumida, seriam o que define, para cada um, a forma de significar e interagir com o mundo. Este agir na vida é singular e múltiplo, pois temos sempre tantos mundos quantos são aqueles que o habitam. (MERHY e FRANCO, 2013)

Nessa linha de pensamento, os territórios existenciais podem possuir como valor o acolhimento, o vínculo e um cuidado-cuidador, mas também podem configurar justamente o oposto. Ou seja, em cada lugar ou serviço aparecem, na intervenção do

---

<sup>93</sup> Os autores afirmam que a subjetividade é social e historicamente construída, sendo agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas que cada um tem na experimentação e interação social. (MERHY e FRANCO, 2013)

profissional, sua ética e sua forma de ver o mundo.

No município da pesquisa, com a frequente mudança dos profissionais nos serviços/dispositivos, alteram-se igualmente os cenários de cuidado: com a modificação dos atores, muda por vezes completamente a perspectiva de cuidado, como se tivesse ocorrido uma “breve lavagem cerebral”. E isso não me parece derivar de um desconhecimento das políticas, tampouco de valores diferenciados dos profissionais em pauta, derivando, talvez, de sentimentos de pertencimento aos locais de atuação.

Outro ponto a considerar na análise das políticas do município é que alguns trabalhadores da saúde não possuíam qualquer tipo de experiência anterior, mas, no encontro com o outro, desenvolvem empatia e interesse pela área. Nessa vertente, Ayres (2004) aborda o conceito de *sabedoria prática*, que diz respeito a um saber que não segue leis universais, nem modos de fazer conhecidos, mas decerto aparece como uma racionalidade específica.

Por exemplo, cotidianamente denominariam “timing” a acuidade para perceber o momento oportuno para as coisas, a hora de ressignificar projetos de vida. Quase sempre, o usuário precisa, fundamentalmente, que o profissional se aproxime do mundo dele, que o escute para além das demandas mais aparentes. Ao afirmar isso, partimos da premissa de que o ser humano é lançado ao mundo para construir e reconstruir a si mesmo – modo de pensar que perpassa o entendimento do que é técnico e também do que é não técnico no que se refere ao cuidado, bem como a forma de diálogo entre as duas esferas.

Nessa mesma perspectiva, citando Foucault - que, por sua vez, remete ao estoicismo -, Ayres define o homem como “o ser a quem foi confiado o cuidado de si” (Foucault, 2002, p. 53), tendo recebido dos deuses, com essa finalidade, a faculdade da razão. Tal recomendação relativa ao cuidado de si não tem em vista apenas o modo de vida do filósofo, do indivíduo que dedica sua vida à sabedoria. Implica que aperfeiçoar a própria alma, com a ajuda da razão, é uma regra necessária para todos os homens – diretriz que, embora evitando anacronismos, pode ser imprescindível para nosso presente de trabalhadores da saúde, tanto em relação a nós mesmos (as) quanto em relação aos (ás) usuários (as).

Não se cuidar, para os antigos, implica sucumbir. (AYRES, 2004). Esse cuidado

demanda exercícios, dietas, forma e ritmo das atividades sexuais etc. No mundo contemporâneo, esferas vitais como essas, e outras mais, podem ser pensadas pelos(as) usuários(as), juntamente com a equipe que os(as) atende. Deve-se levar em consideração, para tanto, os aspectos de saúde valorizados, o conhecimento sobre si e a melhor forma, para cada um, de se sentir cuidado. Cumpre lembrar que nosso público oscila muito entre querer e não querer “se tratar”; porém, em pequenas ações, inevitavelmente realiza algum tipo de cuidado de si e do outro.

Para finalizar, não poderíamos omitir que um trabalho com a análise institucional pressupõe que seja realizada a restituição, às equipes e aos usuários, dos resultados produzidos/encontrados na pesquisa. Pretendo fazê-lo logo após a defesa da tese, pois tal restituição ainda não foi realizada unicamente em virtude dos prazos, já esgotados, para a conclusão da pesquisa, em decorrência, principalmente, da pandemia e, em especial, da condução de que foi palco.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS OU UM NOVO INÍCIO

Embora digamos, muitas vezes, que as pessoas demonstram resistência a mudanças, ainda assim elas encontram possibilidades de se ressignificar. É justamente nesse espaço que atuamos, somos afetados e afetamos. Às vezes, é preciso perguntar acerca do que pareceria óbvio tanto na compreensão das situações quanto na forma de diálogo desenvolvido entre os técnicos. As diferenças de posição e de referencial fazem com que, muitas vezes, o que seria o óbvio não o seja, em absoluto, o que costuma causar muitos ruídos.

A expectativa dos serviços *versus* a realidade de sua atuação soa a problema insuperável. Há um julgamento “pronto” acerca da conduta profissional de cada um, em geral baseado em formas de atuação anteriores ou na maneira como pensamos que nós mesmos(as) agiríamos caso estivéssemos naquela unidade específica. A isso se somam, muitas vezes, orientações teóricas distintas daquelas que direcionam a política em questão.

Da parte dos usuários, por sua vez, entre outros aspectos abordados anteriormente, cumpre frisar que, nos serviços, há predominância do gênero masculino. Sem supersimplificar a questão, assinalmos que um serviço que, em sua maioria, é de homens sendo cuidados, tem nos bastidores, também cuidando, um universo feminino. Esse universo veicula muito desespero e angústia: quase sempre somente elas – mães, notadamente - são o suporte do usuário quando ninguém mais o quer ou o aceita. Essa percepção, no entanto, não foi aprofundada no presente estudo.

Podemos concluir que a questão das drogas ainda é invisibilizada. O usuário pouquíssimas vezes é reconhecido como sujeito de direitos e a perspectiva de cuidado intersetorial é bastante frágil. No Brasil, a questão das drogas é historicamente tratada em uma perspectiva punitiva e/ou disciplinadora. O tabu acerca da temática, como vimos, envolve questões morais, políticas, econômicas e sociais.

Nunca existiu uma sociedade em que não se tivesse registro do consumo de alguma substância psicoativa. O uso de drogas, portanto, é produto (ou componente) de uma *práxis* social historicamente construída, por motivos terapêuticos, rituais

alimentares, obtenção de prazeres, entre outros. E é no contexto da modernidade que a droga passa a ser objeto de preocupação, sendo associada a um “uso problemático” e a danos consequentemente produzidos. Com isso, passa a ser objeto de reclamações e descontentamentos, tendo como resposta (ou eventual determinante), em âmbito estatal, a repreensão, o castigo e o controle. Somente depois, emergiu a diretriz do cuidado.

Nem todo usuário é um problema; e o uso de drogas não é um problema para todos os usuários. Contudo, o fenômeno tem sido hegemonicamente abordado com base no proibicionismo e na guerra às drogas. O Estado estabeleceu limites arbitrários para o uso de drogas, dividindo-as em legais (positivas) e ilegais (negativas). O Estado também passou a intervir crescentemente sob o binômio repressão-assistência; já as políticas oscilaram/oscilam diante do binômio medicalização-criminalização das substâncias psicoativas, ou seja, medicaliza-se (para tratar) ou se criminaliza (definindo um ilegalismo).

Uma das maiores funcionalidades sociopolíticas do proibicionismo é o controle das classes subalternizadas: não se pode legalmente proibir alguém de ser negro e/ou pobre, mas é possível associar à negritude e/ou à pobreza práticas ilegais, como se estas fossem inerentes a seus estilos de vida. O consumo e o tráfico de drogas constituem, decerto, um dos melhores exemplos dessa estratégia.

Os usuários, por sua vez, dizem que há vários motivos para usar drogas e vários tipos de drogas que podem ser usadas. Tampouco nós encontramos, entre os usuários, perfis determinados que facultassem rotulá-los. São pessoas de todas as idades, gêneros, orientação sexual, classe social, nível de escolaridade, com ou sem familiares de suporte. Generalizar pode restringir aprioristicamente às estratégias voltadas para o cuidado dessas pessoas. E como vimos, já existem dificuldades para que as políticas consigam dialogar, para que atuem para além dos seus guetos, das suas funções, das suas atribuições e das suas supostas competências. Entretanto, é preciso também interrogar se a “problemática” do uso de drogas não emergiria exatamente dessas práticas de setorização, fragmentação e hierarquização das políticas, as quais impossibilitam uma atenção que procure garantir uma atenção que mereça efetivamente o nome de “integral”.

Aproximando-nos do fim do texto, podemos afirmar que a rede teve avanços, mas ainda possui fragilidades e deverá enfrentar futuros desafios. Ainda percebemos ações associadas à ideia do controle, da punição, da abstinência, da focalização do atendimento exclusivamente nos serviços da saúde mental. Não se deve negar que há ainda certa fragilidade na capacitação dos profissionais para um entendimento menos moralista, simplista e simplificador das demandas. E isso não só quanto aos profissionais da saúde mental, mas também quanto aos profissionais da assistência social – também estes últimos contribuem para a produção e reprodução de práticas estigmatizadoras. Há, inclusive, um fortalecimento da “cultura do encaminhamento” e, nos âmbitos socioassistenciais, uma invisibilidade da questão drogas – não existe um planejamento de ações voltadas à singularidade do fenômeno, o que poderia ser implementado pelo fortalecimento da estratégia de redução de danos. Com isso, ao menos por hipótese, poderia ser viabilizado o protagonismo dos usuários, apoiado no entendimento de sua condição de sujeitos de direitos, respeitando as liberdades individuais e os direitos humanos e sociais.

No estudo, não tivemos qualquer adolescente entre os usuários entrevistados, embora exista, no município, um serviço que presta atendimento a esse público. Sabe-se, contudo – o que é reafirmado pela ausência de entrevistados -, que o público adolescente tem uma dificuldade maior de acessar aos serviços, pelo menos no que se refere à relação com as drogas. Quando dão entrada, isso ocorre predominantemente via segurança pública, ou seja, quando são apreendidos com certo quantitativo de drogas, e não por se reconhecerem como pessoas que necessitam de algum tipo de cuidado. Entre esse público adolescente, temos aqueles que possuem pouco convívio familiar e se encontram sem acesso à educação, à moradia digna, alheios a cuidados de saúde, submetidos a situações de violência e exploração – problemas que não devem ser minimizados.

As normas sociais dividem as pessoas, independentemente da faixa etária, numa linha imaginária, entre os que não usam drogas - os bons, os cidadãos do presente ou do futuro - e os que as usam – os maus, drogados, viciados, marginais. Somente os que não fazem uso de drogas seriam pessoas, mantendo sua capacidade de tomada de decisão preservada e, em consequência, dignas de direitos. Caso estejam em uma situação de dificuldade, isso terá sido por circunstâncias ocasionais

da vida, e não por desejo. Portanto, são merecedoras de cuidados em saúde e de suporte social, ao contrário das “outras”.

Nesse sentido, seguimos afirmando que não se trata de se livrar das drogas, mas sim de nos livrarmos dos modos de viver e de morrer que com elas se agenciam. Cumpre urgentemente reconhecer que não há apenas um modo de viver a vida ou de experimentar a morte. Há outros modos que se atualizam modos esses que não envolvem os mesmos riscos, nem realizam os mesmos eventos. Alguns preferem fazer da vida uma experiência, mesmo que para isso precisem usar várias drogas; já outros consideram que vale mais a pena viver, intensamente ou não.

Com isso, as proposições ligadas a risco e dano devem ser interrogadas radicalmente. Em alguns momentos, estar na rua pode ser, inclusive, um fator de proteção. Estar em casa, da mesma forma, pode ser um fator de proteção ou um fator de risco – no último caso, para quem convive com uma família tóxica, o que levaria a rua a ser um ambiente acolhedor e um fator de proteção. É imprescindível incluir nessa forma de avaliação o recorte racial, a fim de oferecer às (aos) usuárias (os) uma atuação condizente com cada situação e cada contexto, preferencialmente via atuações interdisciplinares.

No que se refere aos profissionais, identificamos que eles(as) se encontram na saúde mental e/ou na assistência social menos por escolha do que pela possibilidade de obter emprego, por causa do concurso. Isso pode gerar um eventual desconforto, no caso de ter no quadro, profissionais que não se reconhecem no tipo de serviço oferecido, tampouco se importam com o usuário assistido. Nem sempre trabalhar com drogas é a primeira escolha. Percebemos que os profissionais possuem níveis altos de estudo, ou seja, diversas especializações e cursos. Entretanto, raramente possuem uma formação direcionada para a temática das drogas, e sim para as outras áreas do saber.

Tendo em vista que as capacitações sempre foram afirmadas, inclusive, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde no que se refere à formação dos profissionais, divisamos uma falta de incentivo da própria instituição. Além de não financiar a capacitação relativa à questão drogas, ela não facilita a liberação para estudos nem promove eventos para ofertar às equipes.

Há também sobrecarga entre os profissionais em virtude da diminuição do quadro de funcionários, o que dificulta o acolhimento satisfatório ao usuário e sua eventual adesão. O profissional pode ter dificuldade para realizar suas ações também pela ausência de recursos financeiros, pela falta de estrutura física, de recursos humanos, de equipamentos, entre outros fatores. Espera-se que os resultados do presente estudo, que serão apresentados às equipes envolvidas e aos usuários, possam contribuir minimamente, para uma reorganização dos processos de trabalho, facultando novos espaços de troca, fortalecendo o acolhimento através de uma escuta qualificada, levando em consideração as singularidades e favorecendo a adesão dos usuários a ações por eles valorizadas – sejam elas terapêuticas, no sentido instituído do termo, ou simplesmente, expansivas de modos de vida.

Para que consigamos desconstruir o estigma e o preconceito acerca da temática das drogas, finalizamos com a citação abaixo, que convida exatamente a tal expansão na crítica radical a todas as formas de embrutecimento.

[...] os invisíveis ocuparam a casa rosa e puderam viver as alegrias da convivência sem medo e “dormir com os dois olhos fechados”, por pouco tempo, é verdade, porque a intolerância e a hipocrisia se impuseram na lógica do “tudo bem, desde que seja longe de mim”. (Antonio Nery Filho).



## REFERÊNCIAS

ALBIERO, C. M. G.; UCHÔA, M. M. Serviço social, assistência social e os serviços de proteção social na gestão: algumas reflexões sobre a intervenção profissional. In: *Serviço social, políticas e sujeitos sociais*. OLIVEIRA, E. A.; DUARTE, M. J. O.; CASTRO, M. M. C. (Orgs.) Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2021/12/SERVI%C3%87O-SOCIAL-2.pdf>. Acessado 25/11/2022.

ALBUQUERQUE, J. A. G. *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

ALMEIDA, S. L. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

AMADOR, F. S.; KLAFFE, T.; AITA, L. M. Formação e trabalho em políticas públicas: pistas para a atividade na assistência social. In: CRUZ, L. R.; RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M. F. (Orgs.). *Interlocuções entre a psicologia e a política de assistência social*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013, p. 31-42.

AMARANTE, P. (Org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

\_\_\_\_\_. (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: CETAD/UFBA; CPTT/Prefeitura de Vitória-ES; ACODESS. (Orgs.). *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Paris-France: Editions Scientifiques ACODESS, 2002, p. 83-86.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: *Interface – Comunicação, saúde, educação* [online]. 2004, v. 8, n. 14, p. 73-92. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>>. Epub 01 Out 2008. ISSN 1807-5762. Acessado em 25/11/2022.

\_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In: *Saúde e sociedade*, nº 13(3), dez 2004.

BARCELLOS, W. S. et al. *O exercício profissional do serviço nas políticas de saúde mental e drogas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

BAREMBLITT, G.F. La Concepción Institucional de la transferencia. In: ACEVEDO, M. J.; VOLNOVICH (Orgs.) *El espacio institucional*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1992.

BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no Hospital Psiquiátrico. In: *Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, v. 20, n. 2: 2003.

BISNETO, J. A. Análise institucional no processo de renovação do serviço social no Brasil. In: VASCONCELOS, E. M. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. A socioanálise no serviço social no Brasil. In: RODRIGUES, H. B. C; ALTOÉ, S. (Orgs.). *SaudeLoucura*. São Paulo: Hucitec, 2004, v. 8, p. 29-37.

\_\_\_\_\_. *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. In: *Psicologia e Sociedade*. Belo Horizonte, v.15, n.01, p. 57-96, jan./jun., 2003.

BOSCHETTI, I; BEHRING, E. R. Assistência social na pandemia da Covid-19: proteção para quem? In: *Serviço Social & Sociedade* [online]. 2021, n. 140, p. 66-83. Acesso: 25/11/2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>>

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Distrito Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Lei Orgânica da Saúde*. Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Saúde. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a fome. *Lei Orgânica da Assistência Social*. Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Brasília: 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 336/02*. Dispõe sobre os centros de atenção psicossocial – CAPS – para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: guia AD*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Imigração. *Resolução nº 12 de 2017*. Disciplina a concessão de autorização de residência para exercício de cargo, função ou atribuição, sem vínculo empregatício, por prazo indeterminado, em razão de legislação federal específica exigir residência no Brasil. Brasília: 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 3.588 de 21 de dezembro de 2017*. Altera as portarias de consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a rede de atenção psicossocial, e dá outras providências. Brasília: 2017.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019*. Altera a lei 11.343/06, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e trata do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: 2019.

BRITES, C. O estigma do uso de drogas. In: *Série assistente social no combate ao preconceito*. Caderno 2. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 2016.

BRITO, R. M. El analizador y el sentido del análisis: génesis teórica del concepto. Área 3. In: *Cuadernos de temas grupales e institucionales*. nº 19, p. 1-18, 2015.

CABRAL, L. G.; PAIVA, A. R. A política de assistência social brasileira, seus marcos conceituais e o uso dos termos risco e vulnerabilidade social: uma análise bibliográfica. Disponível em: <https://www.trabalhosgratuitos.com/Sociais-Aplicadas/Servi%C3%A7o-Social/A-POL%C3%8DTICA-DE-ASSIST%C3%8ANCIA-SOCIAL-BRASILEIRA-SEUS-MARCOS-1637234.html>.

CARNEIRO, H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B. C. et al. (Orgs.). *Drogas e cultura: novas perspectivas* Salvador: EDUFBA, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relações raciais: referências técnicas para atuação de psicólogas/os*. Brasília: CFP, 2017. 147 p.

COSTA, A. O. A luta por direitos: os caminhos para a implementação de políticas de álcool e outras drogas na Bahia. In: FILHO, A. N. et al. (Orgs.) *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p.405-426.

COUTINHO, E. O cinema documentário e a escuta sensível da alteridade. In: *Projeto História*. São Paulo, n.15, p. 165-191, abril, 1997.

COUTO, B. R. et al. (Orgs.) *O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento*. São Paulo: Cortez, 2010.

COUTO, B. R. *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

DANTAS, B. S. A. Políticas públicas sobre drogas e população de rua: redução de danos ou controle da abstinência? In: DOMINGUES, A. R. et al. (Orgs.) *Análise institucional: perspectivas contemporâneas, teóricas e experiências*. São Paulo: Hucitec, 2019. p. 297-333.

DELIGNY, F. *Os vagabundos eficazes: operários, artistas, revolucionários: educadores*. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

DOBIES, D. V.; L'ABBATE, S. A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da análise institucional. In: *Saúde debate*. 40 (110) Jul-Sep 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xwv3CMRkvfNvMFPBfmRFKQG/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 25/11/2022.

DOMINGUES, A. R. René Lorau e o uso do diário de campo como dispositivo da análise institucional. In: DOMINGUES, A. R. et al. *Análise institucional: perspectivas contemporâneas, teóricas e experiências*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 170-195.

DUARTE, M. J. O. ; SILVA, E. M.; BARROS, L. P. Combinaram de nos matar, combinamos de não morrer: necropolítica e lutas antirracistas. In: VASCONCELOS, A. M.; ALMEIDA, N. L. T.; VELOSO, R. (Orgs.). *Serviço Social em tempos ultraneoliberais*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2022, v. 1, p. 185-204.

DUARTE, M. J. O. et al. *Serviço social, saúde mental e drogas*. Campinas: Papel

Social, 2017.

FALEIROS, V. P. O serviço social no cotidiano: fios e desafios. In: *Serviço Social & Sociedade* [online]. 2014, n. 120. Acessado em 05/01/2023. p. 706-722. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.006>>.

FALEIROS, V. P. *Saber profissional e poder institucional*. 10 ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

FRANCISCO, E. M. V. Análise institucional: instrumento necessário ao trabalho profissional. In: OLIVEIRA, E. A.; DUARTE, M. J. O.; CASTRO, M. M. C. (Orgs.). *Serviço social, políticas e sujeitos sociais*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2021/12/SERVI%C3%87O-SOCIAL-2.pdf>. Acesso em 25/11/2022.

GEY, E. Os tempos e os espaços das drogas. In: NERY FILHO, A. *Toxicomania: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009.

GOHN, M. G. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

GONÇALVES, A. M. et. al. Drogas e proteção social: compreensões políticas, éticas e técnicas na atenção aos usuários. In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas. *Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luis: Editora da UFMA, 2017. v. 1.

GRAGNANI, J. *Por que o coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo?* BBC Brasil, 12 jul. 2020. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-53338421>. Acesso em: 10 out. 2020.

GUERRA, Y. et al. *Ética e direitos: ensaios críticos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

HASENBALG, C. A.; SILVA, N. V. Industrialização e estrutura de emprego no Brasil: 1960-80. In: HASENBALG, C. A.; SILVA, N. V. (Orgs.). *Estrutura social, mobilidade e raça*. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais; Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, 1988, pp. 13-60.

HENSCHER, C. L. Algumas diretrizes para a direção de tratamento do recurso subjetivo à substância a partir da psicanálise. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, v. 01, p. 101-118.

JACCOUD, L. *Pobres, pobreza e cidadania: os desafios recentes da proteção social*.

Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

L'ABBATE, S. Análise institucional e saúde coletiva: pesquisa e intervenção. In: DOMINGUES, A. R. et al. *Análise institucional: perspectivas contemporâneas, teóricas e experiências*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 75-94.

LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 186-198.

LOURAU, R. In: RODRIGUES, H. B. C. René Lourau na UERJ 1993: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. et. al. (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CEETAD/UFBA, 2004, pp. 27-48.

MALHEIRO, L. S. B. Tornando-se usuário de crack. In: NERY FILHO, A. et. al. (Orgs.). *As drogas na contemporaneidade*. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 1-438.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1967.

MENDES FAUSTINO, D. A práxis e a “consciência política e social” em Frantz Fanon. In: *Lutas Sociais*. PUCSP, v. 19, p. 158-173, 2015.

MENDES FAUSTINO, D.; DE OLIVEIRA, M. C. Frantz Fanon e as máscaras brancas da saúde mental: subsídios para uma abordagem psicossocial. In: *Revista ABPN*, v. 12, p. 06-26, 2020.

MERHY, E. E. et. al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. 2004 In: *Divulgação em saúde para debate*. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/305808534\\_Redres\\_Vivas\\_multiplicidades\\_girando\\_as\\_existencias\\_sinais\\_da\\_rua\\_Implicacoes\\_para\\_a\\_producao\\_do\\_cuidado\\_e\\_a\\_producao\\_do\\_conhecimento\\_em\\_saude/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/305808534_Redres_Vivas_multiplicidades_girando_as_existencias_sinais_da_rua_Implicacoes_para_a_producao_do_cuidado_e_a_producao_do_conhecimento_em_saude/citation/download). Acesso em 25/11/2022.

MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: \_\_\_\_\_. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013, p.151-71.

\_\_\_\_\_. Os CAPs e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 213-25.

MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br). 2018.

MONCEAU, G. Saímos de nós mesmos! René Lourau e o dispositivo da AI em Paris VIII. In: *Mnemosiis Clio Psyché*. Programa de estudos e pesquisas em história da psicologia. 2007. v. 3, p. 137-147.

\_\_\_\_\_. Técnicas socioclínicas para a análise institucional das práticas sociais. In: *Psicologia em Revista*, 2015, 21 (1), pp. 197-217.

MOTA, A. E. (Org). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NERY FILHO, A. Introdução: por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A. et. al. (Orgs.) *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. 438 p.

NERY FILHO, A.; MESSENDER, M. L. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: NERY FILHO, A. *Toxicomania: incidência clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009.

OLIVEIRA, I. F.; PAIVA, I. L. Os desafios para a articulação entre o sistema de garantia de direitos e o sistema único de assistência social. In: CRUZ, L. R.; RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M. F. (Orgs.) *Interlocuções entre a psicologia e a política nacional de assistência social*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2013, v. 1, p. 131-148.

OLIVEIRA, R.; SAMPAIO, S. S.; SALDANHA, W. S. *Redução de danos no atendimento a sujeitos em situação de rua*. Vitória: Argumentum, v. 7, p. 221-234, 2015.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. In: *Argumentum, [S. l.]*, v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018. Disponível

em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em 05/01/2023.

PAULON, S. M. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. In: *Mnemosine*. v. 5, nº 2, p. 189-226, 2009. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/41440/28709>. Acesso em 25/11/2022.

PEREIRA, P. A. P. Políticas de satisfação de necessidades no contexto brasileiro. In: *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-148.

PICIRILLI, C. C. *Da situação irregular aos sujeitos de direitos: será que avançamos na ausência de sentimento de uma particularidade infantil quando tratamos do uso de álcool e outras drogas na infância e juventude brasileiras?* São Paulo: Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo, 2019 (Revista técnica).

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais — perspectivas latino-americanas*. Buenos Aires: Clacso, 2005.

RAMMINGER, T.; SILVA, M. *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

RODRIGUES, H. B. C. Análise Institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: *Acheronta: Revista de Psicoanálisis y Cultura*. nº 18, dezembro de 2003. Disponível em: [www.acheronta.org](http://www.acheronta.org). Acesso em 25/11/2022.

\_\_\_\_\_. *Análise Institucional, genealogia e história oral: fabricando intercessores em pesquisa e intervenção*. Curitiba: Appris, 2019.

\_\_\_\_\_. O acrobata e o contrabandista: pistas (ainda) atuais de Lapassade e Guattari para um trabalho com grupos em perspectiva institucional. In: DOMINGUES, A. R. et al. *Análise institucional: perspectivas contemporâneas, teóricas e experiências*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 19-74.

RUSCHE, R. J. George Lapassade: instituído e instituinte como movimento de dimensão institucional. In: DOMINGUES, A. R. et al. *Análise institucional: perspectivas contemporâneas, teóricas e experiências*. São Paulo: Hucitec, 2019, p. 196-221.



SABACK, A. *Drogas: ideologias e discursos; reflexões a partir da mídia eletrônica*. 2010. Monografia. (Especialização em Psicoativos: seus usos e usuários). Centro de estudo e terapia do abuso de drogas. UFBA. Orientadora: Marlize Prisco Paraíso Rêgo.

SALLES, D. B.; SILVA, M. L. Percepção de profissionais da área de saúde mental sobre o acolhimento ao usuário de substância psicoativa em CAPSAD. In: *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*. 25 (2), p. 341-49. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0803>.

SANTOS, A. F. V.; BONETTI, O. P.; MATIELO, E. O desmonte da assistência social brasileira no Governo Temer. In: *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018*. Disponível em: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/download/1609/1215>. Acesso em 29/11/2022.

SARAIVA, V. C. S.; ALMEIDA, C. C. L. Serviço social, raça e gênero: perspectivas para a formação profissional. In: VASCONCELOS, A. M.; ALMEIDA, N. L. T.; VELOSO, R. (Orgs.). *Serviço social em tempos ultraneoliberais*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2021. p.169-184.

SENNA, M. C. M.; PAIVA, A. R.; OLIVEIRA, A. C. Sobre os conceitos de vulnerabilidade e risco social na política de assistência social. In: *Revista de Administração Municipal*, v. 310, p. 05-16, 2022.

SILVA, A. P. P.; MARQUES JUNIOR, J. S. Racismo estrutural e o paradigma antinegro: a guerra às drogas como novos grilhões dos negros brasileiros. In: GOMES, T. M. S; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. O. (Orgs.). *Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do serviço social*. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020, pp. 185-202.

SILVA, W. V. N.; HÜNING, S. M. Políticas públicas e o governo da vida e da morte nas ruas das cidades. In: CRUZ, L. R.; RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M. F. (Orgs.). *Interlocações entre a psicologia e a política nacional de assistência social*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013.

SIMÕES, C. *Curso de direito do serviço social*. 5 ed. São de Paulo: Cortez, 2011.

SIQUEIRA, D. (Org.). *Mal(dito) cidadão: numa sociedade com drogas*. São Paulo: Editora Larousse. Apoio: DST/AIDS, SMS-PMSP, 2006.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. Serviço social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. In: *Serviço Social & Sociedade* [online]. 2021, n. 140. Acesso em 25/11/2022. p.118-133. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>>

SODRÉ, F. O Serviço social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. In: *Serviço Social & Sociedade* [online]. 2014, n.º. 117, pp. 69-83. Acesso em 05/01/2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282014000100005>>

SOUZA, D. Relações raciais no Brasil e o genocídio do povo negro. In: *Geminal: marxismo e educação em debate*. 14(2), p. 190–207. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/gmed.v14i2.49815>.

TOROSSIAN, S. D.; PAPINI, P. A. As drogas e suas políticas: usos, excessos e reduções. In: CRUZ, L. R.; RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M. F. (Orgs.) *Interlocações entre a psicologia e a Política Nacional de Assistência Social*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2013.

VALE, M. R. Quesito raça/cor: entre entraves e enlaces na aplicação no cotidiano profissional do assistente social. In: *XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 2019, Brasília. XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. 40 anos da virada do serviço social, 2019.

VALENÇA, T. *Consumir e ser consumido, eis a questão! Configurações entre estudantes e professores universitários usuários de drogas em uma cultura de consumo*. Salvador: Editora Devires, 2021, v. 1, 332 p.

VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alter-ação como evento. In: *Revista de Antropologia*. São Paulo: USP, v. 49, p. 581-623, 2006.

\_\_\_\_\_. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: CARNEIRO, H. S. et al. (Orgs.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA/ UFBA, 2008. p. 41-64.

VASCONCELOS, E. M. et al. *Abordagens psicossociais: perspectivas para o serviço social*. São Paulo: Hucitec, 2009.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens psicossociais: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec, 2008.

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

VIANA, P. A. E. M. *Da balbúrdia dos vulneráveis: ensaios sobre a noção de vulnerabilidade nas políticas sociais*. 2022. 154 f. Tese Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana - Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

VIEIRA, E. *Os direitos e a política social*. São Paulo: Cortez, 2004.

WEISSHAUPT, J. R. (Org). *As funções sócio-institucionais do serviço social*. São Paulo: Cortez, 1985.

## **APÊNDICE A – Roteiro de entrevista dos profissionais**

- Perfil dos Profissionais

Idade / sexo / formação / tempo na função / experiência anterior.

### **Perguntas norteadoras**

- O que você sabe sobre a construção da política de Saúde Mental e Assistência Social?
- O que você sabe sobre a política de drogas em Resende?
- No município, na área em que atua? Quais são as ações referentes a esse setor?
- Existe comunicação, planejamento de ação conjunta entre a saúde e assistência social nessa área?
- Qual a sua percepção sobre o sistema de garantia de direitos?
- Qual a visão que você possui para a abordagem do usuário de drogas? Como é feito hoje? Pode melhorar ou não?
- De que forma os usuários vem acessando as respectivas políticas?
- Como você desenvolve a sua prática profissional?

## **APÊNDICE B – Roteiro de entrevista dos usuários**

### Perfil dos usuários

Idade / sexo /municípe/ bairro/ renda/ drogas de eleição/ rede de apoio

### **Perguntas norteadoras**

- Como você percebe a Saúde Mental e Assistência Social do município?
- Quais são as ações referentes a esse setor?
- Existe comunicação, planejamento de ação conjunta entre as áreas de saúde e assistência social?
- Qual a sua percepção sobre os seus direitos?
- De que forma vocês estão acessando?
- Como vocês percebem a articulação entre as diferentes redes para o acolhimento das suas demandas?
- Qual a visão que vocês possuem sobre a forma como são abordados? Como é feito hoje pode melhorar ou não?

**APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais que atuam na política de saúde e assistência social do município de Resende – ENTREVISTA**

Prezado (a) Senhor (a), você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada, **Entre a Atenção Psicossocial e a Assistência Social: as formas de cuidado aos usuários de drogas**, em desenvolvimento como parte do curso de Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana – PPFH/UERJ. O estudo tem como objetivo analisar os possíveis efeitos das Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social na garantia de direitos dos usuários de álcool e outras drogas, no município de Resende/RJ. A pesquisa de campo terá duração de quatro meses. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada que, em média, levará aproximadamente uma hora.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar o seu consentimento, caso sinta algum desconforto. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A participação no estudo não trará benefício direto ao participante, mas os resultados poderão contribuir para o aumento de conhecimento referente ao tema e auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis riscos referem-se somente ao desconforto em responder algumas perguntas relacionadas à sua atividade profissional. Não está previsto nenhum tipo de compensação financeira pela participação no estudo e não há custos com os procedimentos envolvidos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas referidas durante a entrevista também terão suas identidades preservadas, respeitando os princípios de privacidade e confidencialidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados encontrados serão divulgados por meio de apresentações acadêmicas e em

periódicos científicos. A devolução dos resultados à instituição ocorrerá através da entrega de uma Tese para a coordenação do doutorado e do serviço.

Este projeto é de autoria da Assistente Social Ingrid de Assis Camilo Cabral (CRESS RJ 19288 – 7ª Região), e que será a pesquisadora responsável. Eventuais dúvidas que surgirem antes e durante o curso da pesquisa poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora responsável, no Centro de Atenção Para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSAD- Resende), pelo telefone (24)33605410 e email [ingridcabral.as@gmail.com](mailto:ingridcabral.as@gmail.com). O comitê de ética em Pesquisa da UERJ, que aprovou este projeto, também poderá ser contatado através do telefone (21) 23342180, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, ficando uma em sua posse e outra na posse do pesquisador responsável.

Estou ciente que deverei rubricar todas as páginas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que também serão rubricadas pelo pesquisador responsável pelo estudo.

A partir das informações acima, declaro estar ciente do teor desse TERMO DE CONSENTIMENTO e concordo em participar da pesquisa proposta e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos em meu serviço nessa instituição.

Resende, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido para usuários que são assistidos na política de saúde e assistência social do município de Resende – ENTREVISTA**

Prezado (a) Senhor (a), você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **Entre a Atenção Psicossocial e a Assistência Social: as formas de cuidado aos usuários de drogas**, em desenvolvimento como parte do curso de Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana – PPFH/UERJ.

O estudo tem como objetivo analisar os possíveis efeitos das Políticas Públicas de Saúde e de Assistência Social na garantia de direitos dos usuários de álcool e outras drogas, no município de Resende/RJ. A pesquisa de campo terá duração de quatro meses. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada que, em média, levará aproximadamente uma hora. A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar o seu consentimento, caso sinta algum desconforto. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A participação no estudo não trará benefício direto ao participante, mas os resultados poderão contribuir para o aumento de conhecimento referente ao tema e auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis riscos referem-se somente ao desconforto em responder algumas perguntas relacionadas à maneira como vocês acessam e se utilizam dos serviços. Não está previsto nenhum tipo de compensação financeira pela participação no estudo e não há custos com os procedimentos envolvidos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. As pessoas referidas durante a entrevista também terão suas identidades preservadas, respeitando os princípios de privacidade e confidencialidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados encontrados serão divulgados por meio de apresentações acadêmicas e em periódicos científicos. A devolução dos resultados à instituição ocorrerá através da entrega de uma Tese para a coordenação do doutorado e do serviço.



Este projeto é de autoria da Assistente Social Ingrid de Assis Camilo Cabral (CRESS RJ 19288 – 7ª Região), e que será a pesquisadora responsável. Eventuais dúvidas que surgirem antes e durante o curso da pesquisa poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora responsável, no Centro de Atenção Para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSAD- Resende), pelo telefone (24)33605410 e email [ingridcabral.as@gmail.com](mailto:ingridcabral.as@gmail.com). O comitê de ética em Pesquisa da UERJ, que aprovou este projeto, também poderá ser contatado através do telefone (21) 23342180, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, ficando uma em sua posse e outra na posse do pesquisador responsável.

Estou ciente que deverei rubricar todas as páginas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que também serão rubricadas pelo pesquisador responsável pelo estudo.

A partir das informações acima, declaro estar ciente do teor desse TERMO DE CONSENTIMENTO e concordo em participar da pesquisa proposta e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos em meu serviço nessa instituição.

Resende, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

**ANEXO – Entrevistas com os profissionais e os usuários**

Entrevista realizada com a Técnica de Enfermagem

A Profissional estava em serviço no momento da entrevista. É funcionária pública e desde sua posse se encontra no mesmo dispositivo.

(E) Entrevistadora

(T) Técnica de enfermagem

(E) *Vamos lá. Queria saber... Não precisa falar o nome, tá? Precisava saber: idade, formação, tempo na função e experiência anterior?*

(T) 44 anos, superior incompleto.

(E) *Aqui você está atuando como?*

(T) Aqui eu estou como técnica de enfermagem há sete anos e oito meses.

(E) *Alguma experiência anterior?*

(T) Em Saúde Mental, não. Tenho experiência como técnica de enfermagem em Hospital Geral, quinze anos mais ou menos desde que eu iniciei.

(E) *Tá bom. Bom, vamos para as coisas mais específicas: o que você sabe sobre a construção da Política de Saúde Mental aqui no município?*

(T) Aqui no município? Meu Deus [risos] tem que falar tudo?

(E) Pode ficar tranquila.

(T) É, nós a Saúde Mental de Resende é composta por vários dispositivos, é isso que você quer saber? Que é o conhecimento que eu tenho em relação a isso.

(E) *É, qual a sua experiência nessa trajetória?*

(T) Isso, quando eu vim trabalhar em Resende, que me foi oferecida essa vaga na Saúde Mental, eu passei a conhecer o que era a Saúde Mental, que até então eu não conhecia. Então aqui em Resende, no município de Resende, a Saúde Mental é composta por diversos dispositivos.

(E) *Você veio direto para esse?*

(T) Direto. Estava inaugurando, me ofereceram uma outra vaga, eu recusei, fui pedir exoneração, me ofereceram essa. Então comecei a conhecer a Saúde Mental a partir do Serviço de Referência Hospitalar. Então eu sei que a Saúde Mental de Resende é

composta por três Caps, que fazem atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, aos pacientes com transtornos mentais, e o Capsi, que são pacientes crianças e adolescentes, tem o Serviço de Referência Hospital pra Saúde Mental, que é dispositivo de atenção à crise pra internação de curta e média permanência, o ambulatório, ampliado, que também faz atendimento a usuários com algum tipo de transtorno, e eu acho que em Resende tem uma atuação bem efetiva, a Saúde Mental de Resende, eles fazem o acompanhamento bem bacana com os pacientes, independente do problema que o paciente tenha, eles são bem assistidos aqui em Resende. Acho que a Saúde Mental de Resende tá bem amparada, os usuários de Resende estão bem amparados pela Saúde Mental.

(E) *Tá bom. Especificamente sobre a Política de Drogas, o que você sabe a respeito?*

(T) Não tenho muito conhecimento, o conhecimento que eu tenho foi mais o adquirido aqui, e agora cursando a faculdade não deu um embasamento legal, tive uma matéria de Saúde Mental agora e não fomos muito bem amparados apesar de nossa professora ser doutora em Saúde Mental, também eu acho que ela já tá cansada, então ela não soube passar pra gente o que eu acho que deveria ter, porque acho que é uma coisa muito rica. O que eu conheço sobre a Política de Drogas é que os usuários, eles têm o direito de escolher se querem ou não o tratamento, é livre para eles, tanto o tratamento como a internação, eles não são obrigados a aceitar o tratamento e internação. Em Resende tem o CAPSAD, que faz esse atendimento a esses usuários, fornecendo atendimento médico, atendimento psicológico. E eles são livres, a sua ida e vinda deles lá no Caps é livre mais ou menos isso o que eu conheço sobre isso.

(E) *Especificamente do leito, que é onde você está, quais são as ações referentes a esse público?*

(T) Quando o paciente do AD é internado aqui no leito, é necessário que seja feito uma. Assim, existem três tipos de internação: a voluntária, a involuntária e a judicial. No leito, quando o paciente chega até aqui, normalmente trazido pelo Caps, é explicado para o paciente esse direito dele, de querer ou não ficar internado. Quando o paciente não aceita, nós questionamos a equipe do Caps e o médico da real necessidade dele, porque associado ao uso mesmo pode ter outras patologias, então quando é necessária realmente a internação é pedido uma internação involuntária, e no caso das internações, das ordens judiciais, elas acabam sendo acatadas, independente do paciente querer ou não. Aí aqui no leito eles têm atendimento médico e também psicológico, tem a equipe de enfermagem que faz assistência deles, e trabalhamos juntamente com o Caps, que tem a equipe deles, normalmente o técnico de referência vem pra fazer um trabalho junto com o paciente, pra poder criar um vínculo, pra quando o paciente sair da crise, porque aqui ele fica realmente pra poder se estabilizar, normalmente é crise abstinências e às vezes outras patologias

associadas. Então é criado esse vínculo com o Caps pra, quando sair da internação, dê continuidade ao tratamento.

(E) *Tá bem. Especificamente aqui no serviço, você vê alguma ação conjunta entre os profissionais da Saúde com os da Assistência Social pra esse público?*

(T) Raramente. Só quando é solicitado, tanto pelo Serviço Específico, que somos nós, quanto pelo Caps, quando é solicitado somos atendidos, mas só mesmo se foi feita a solicitação, e às vezes também é um pouco difícil os caminhos a seguir para poder conseguir alguma coisa. Mas, assim, sim, somos atendidos.

(E) *Tá. Nós temos um planejamento dessas ações, são ações pontuais?*

(T) São ações pontuais, até porque nós aqui não tínhamos assistente social específica nossa isso foi com a entrada dela. Passamos a ter, e agora com a licença dela e a vinda da outra as coisas estão mais turbulentas ainda, porque é necessário, em minha opinião, para que um serviço social funcione dentro do setor, tem que ter uma... Como é que eu posso dizer... Uma presença maior do profissional. De repente, às vezes, a carga horária da assistente social, dentro daquilo que está fazendo, não está sendo suficiente para ela poder interagir, para ela poder criar planos e executar essas ações.

(E) *Entendi. Qual a sua percepção sobre a Garantia dos Direitos aos usuários de álcool e drogas? Como você pensa, assim, a nível deles aqui e em nível do seu conhecimento também. Que você pensa sobre isso?*

(T) Então, acho que no nosso serviço agora 90% dos direitos acredito que sejam respeitados, apesar de não ter um conhecimento total, pra poder te responder essa pergunta talvez eu teria que ter um conhecimento melhor sobre os direitos deles, eu não tenho, acredito que eles tenham muito mais direitos do que os que eu conheço, eu conheço mais sobre o que eu te falei: sobre a questão da internação, o direito que eles têm de querer ou não ser tratados, enfim. Então, assim, dentro do que eu conheço, no nosso serviço, no município de Resende, eu acho que sim, que eles são respeitados. Mas, como eu te disse, eu acho que tem muito mais coisa que eu não tenho conhecimento maior em respeito a isso e não te afirmar 100%.

(E) *Tá bem. Qual visão que você tem hoje da abordagem que é feita a esse público específico, e da forma como é feito — você pode falar especificamente daqui do leito — você acredita que pode ter alguma melhora?*

(T) Não, com certeza, acho que todos os profissionais, independente de ser Saúde Mental ou de qualquer outra área, temos sempre que melhorar, buscar melhoras. Aqui no leito temos pouco de problema: falta de capacitação dos nossos profissionais. Então assim, principalmente a equipe técnica, os técnicos de enfermagem; às vezes eles têm abordagens que poderiam ser melhoradas, melhorar esse tipo de abordagem. Mas não é nem porque não são bons profissionais, é falta, de repente,

de capacitação, do sistema, do serviço oferecer pros profissionais capacitação pra poder estar fazendo abordagem com os pacientes. A equipe, aí tem uma parte da equipe que já tem um pouco mais de conhecimento, um pouco mais de qualificação... Acredito que, sim, buscam da melhor maneira possível fazer uma abordagem bacana, criar vínculo com o paciente. E existem esses profissionais que realmente não têm técnicas para poder estar fazendo essa abordagem.

(E) *Tá bem. De que forma os usuários vêm acessando as Políticas, de que forma eles chegam aqui?*

(T) No meu dispositivo ou no geral? Aqui, realmente, através...

(E) *Se quiser falar no geral, você pode [risos].*

(T) O conhecimento que eu tenho do geral é que, através dos serviços como o Consultório na Rua, eles às vezes são abordados quando é diagnosticado algum tipo de necessidade, são encaminhados pra um dispositivo de Saúde Mental. Agora, aqui no Serviço de Referência Hospitalar da Saúde Mental, eles vêm através dos Caps, ou, em alguns outros casos, eles são encaminhados ao Hospital de Emergência por conta de alguma consequência pelo fato do uso, aí é avaliado e é vindo, encaminhado para o serviço aqui, para a internação. Mas na maioria das vezes é encaminhado pelos Caps mesmo. Alguns procuram e pedem esse tipo de ação, de internação, outros realmente é vista essa necessidade de a internação pra poder intensificar esse início de tratamento.

(E) *Tá bom. Tem alguma coisa que eu não perguntei e você acha importante acrescentar ou falar sobre esse público, dificuldade, as atividades envolvidas?*

(T) Sim, eu acho muito importante uma coisa eu já falei e volto a falar: a qualificação dos profissionais, a capacitação dos profissionais da Saúde Mental para estarem lidando com esse público. Porque existe uma... qual que é a palavra... um preconceito em relação ao usuário, ah é dependente químico, independente do que ele use, se é álcool ou se é droga; existe um preconceito e um desconhecimento de que isso é uma patologia. Isso não é sem-vergonhice, não é safadeza... Então assim, eu acho que qualificação, capacitação para os profissionais que atuam com esse tipo de público. Eu acho que é muito importante. E isso tem que partir da gerência, da superintendência, da coordenação está vendo isso, da necessidade dessa capacitação. E está começando a implantar. Porque eu sei que no nosso serviço existe isso, mas são poucos que têm acesso. Poucos têm acesso aos fóruns, aos congressos, poucos. E talvez abrir mais essa... Expandir para outros profissionais, desde o auxiliar de Serviços Gerais; não é só o técnico de enfermagem, os assistentes sociais, os psicólogos, não. Ele atua, ele trabalha no setor, eu acho que tem que ter uma capacitação para poder estar lidando com o público.

(E) Tá bom. Obrigadinha.

Profissional está há algum tempo na Saúde Mental, coloca questões importantes referentes a estigma, acesso aos serviços. Estigma por parte dos profissionais, olhar sobre o público de maneira pejorativa na própria unidade.

Entrevista realizada com a Psicóloga

(E) Entrevistadora

(P) Psicóloga

(E) *Precisava saber sua idade, formação, tempo na função e experiência anterior.*

(P) Minha idade: 39 anos. Formação: psicóloga.

(E) *Tem uma especialização?*

(P) Tenho especialização em álcool e drogas, educação permanente, em saúde, terapia comunitária, algumas formações assim a especialização é uma pós, e mais formações complementares. Seguindo para outra formação de Constelação Familiar, práticas integrativas dos dois, assim. E mais o quê?

(E) *Suas experiências antes de chegar nesse dispositivo?*

(P) Antes de chegar à unidade trabalhei na Saúde Mental já, em ambulatório de Saúde Mental, dois ambulatórios ampliados, em Volta Redonda e em Pinheiral, trabalhei em CAPSAD, Consultório na Rua, e aqui. Na Política de Assistência Social, em CRAS e Centro Pop.

(E) *Tá, perfeito.*

(P) E também trabalhei em ONG, para tratamento de dependência química em jovens, e também numa ONG com trabalho com adolescente, também.

(E) *O que você sabe sobre a construção da Política de Saúde Mental aqui no município?*

(P) Então, o que eu sei é que, assim, muitas coisas foram construídas, formas sendo implementadas antes mesmo da Política, do estabelecimento como uma Política pública mesmo. Por exemplo, acho que a Clínica C, que é o atual Capsi, já existia antes de se tornar um Caps. Mais o quê... Antes os serviços eram juntos, era um Caps só, depois que fez essa separação de Caps pra transtorno mental e Caps pra álcool e drogas. E aí foi crescendo, e aí foi implementado o Consultório na Rua, o ambulatório ampliado eu não sei como é que ele surgiu dentro da Saúde Mental do município... Eu não sei quando que ele foi a partir de que acontecimento ele foi

formando essa equipe, esse serviço... O ambulatório ampliado eu não sei como que foi.

(E) Tá.

(P) O que eu sei é basicamente isso.

(E) *E o que você sabe a respeito da Política sobre Drogas em Resende?*

(P) Política de Drogas em Resende... Bom, temos um Caps AD, mas na minha opinião acho que falta muito, talvez um investimento, por exemplo, a gente sabe que a gente tem umas demandas dos usuários de álcool e drogas, que fazem com que esse serviço precisasse ser ampliado. Igual quando a gente, quando eu trabalhei no Caps AD que tinha o discurso de que se ia ter um Caps 3, Caps AD, como é que é... Caps 24 horas, que essa demanda de usuários com internação que não precisasse vir para o leito, que era mais um período de observação pra esse paciente ficar lá e não necessariamente vir pro Serviço de Referência Hospitalar, eu acho que seria muito, seria muito importante. Mas assim, não foi implementado, em minha opinião perdemos no acolhimento também como era o nome daquele serviço? Lembra? Que não foi...

(E) *Questões aconteceram lá da verba, foi devolvida...*

(P) Também aí acho que tem uma demanda de acolhimento de questões que não estão relacionadas à crise, mas estão relacionadas à vulnerabilidade, ao risco social em que esse usuário esteja passando, mas aí ele acaba vindo aqui para o Serviço de Referência. Então, assim, eu acho que falta caminhar bastante, na minha opinião... É isso. Vejo uma visão muito estereotipada e muito preconceituosa da Rede em relação ao usuário de álcool e drogas... Até pra você fazer uma articulação com Atenção Básica, pra que esse cuidado do paciente se desse no território dele tal, tem sempre o discurso de que ele precisa estar somente no Serviço Especializado, principalmente porque no Caps AD provavelmente tem ainda, né, o clínico geral, e aí isso faz com que, reforça mais ainda. O paciente não tá se apropriando dessa possibilidade de cuidado dele no território... Aliás, não é desapropriando, mas acaba que... Ele acaba não indo pra lá porque o Caps AD oferece esse serviço e a Rede acha legal, por exemplo, a Atenção Básica acha legal porque ele já tá lá mesmo e também não tem uma reflexão sobre isso, do "por que não aqui também?", então acho que tem uma falta de conhecimento sobre esse público... Eu acho que está engatinhando, assim.

(E) *Tá. Aqui, onde você atua, quais são as ações referentes a esse público?*

(P) Bom, aquitemos os pacientes, eles vêm encaminhados com indicação clínica pra estar aqui, com uma crise abstinência, apresentando sintomas que às vezes nem têm a ver com a crise, mas muitas vezes são questões de vulnerabilidade social; por exemplo, ele às vezes tá com uma situação no território em que ele tá vulnerável, e aí a crise, ou esse estado em que ele fica, é desencadeado por questões que acontecem

no território e aí ele vem pra cá. Por exemplo, a gente tem aqui muitas pessoas que às vezes vêm internar, que estão em situação de rua, não têm seus familiares, então a gente tenta, de alguma forma, estar vinculando esse paciente, ou após a alta, no Centro Pop, nos serviços de assistência. Do Caps AD já é de praxe mesmo. Tem também pacientes que estão em trânsito, que às vezes também são usuários de substância, aí a gente faz um encaminhando implicado pra outro município, quando é possível, ou avaliando também qual o desejo daquela pessoa, que às vezes ela parou aqui por alguma questão ficou, estabilizou, e ela quer continuar andando pela vida, também. Mas aí a gente tenta buscar alguma contato, juntar informações, pra gente entender um pouco o que estava acontecendo antes que aí ela veio parar aqui, e o que pode ser feito daqui por diante: as medicações pra estabilizar o quadro, o atendimento com os médicos, comigo, o Serviço Social, o acolhimento, essa escuta... E é isso. Aí a gente tem também aqui a participação deles na sala de convivência, que a gente faz algumas atividades. Com o Caps AD nem tanto, mas aí também eu vou entrar em outra... Mas assim, achamos que é interessante, também, ele sair e poder participar de alguma coisa no Caps pra depois voltar se estiver dentro do projeto terapêutico, se a equipe do Caps avaliar que é legal, que vai ser benéfico pra ele. É isso, mais ou menos.

*(E) Tá. Qual a tua percepção sobre o Sistema de Garantia de Direitos?*

*(P) Ai... Frágil. Frágil... Frágil, eu acho que o Sistema de Garantia de Direitos é... e aí eu tô falando, assim, de uma percepção dos dispositivos da Rede, dos contatos que a gente tem, né, os profissionais... com os dispositivos, com a entidade Assistência, a entidade Saúde Mental, a entidade Atenção Básica, tudo isso... Que, assim, eu acho que é frágil, acho que tem juízo de valor, eu acho que acaba que... Por que eu acho é frágil: porque eu acho que o Sistemas de Garantia de Direitos às vezes fica parecido que ele é garantido, os direitos são garantidos pra alguns e não pra outros. E aí eu acho que entra a questão da subjetividade, então assim, o que me faz pensar que pra alguns vai ser garantido e pra outros não, né, que ponto de vista eu começo a ter que me leva a fazer uma intervenção num caso, que às vezes é a mesma situação, e no outro não tem intervenção alguma? Porque o Sistemas de Garantia de Direitos, ele — vou falar grosso modo — é uma ideia de Sistemas de Garantia Direitos, mas quem executa somos nós, profissionais. Então assim, eu acho que tem um... qual seria a palavra... eu acho que tem um vácuo entre uma coisa e outra, parece que uma coisa é a Garantia de Direitos, aí tem um vácuo aí... Tem uma coisa entre a Garantia de Direitos e a intervenção pra se garantir o direito. Eu acho que é isso, não sei se eu viajei nisso [risos]. Eu acho que é isso.*

*(E) Qual visão você possui da abordagem que é feita aos usuários, como ela é feita hoje, e se você acredita que existe uma possibilidade de melhora?*

*(P) Aqui? Olha, em relação ao AD? Ao público do AD, ao geral?*



(E) *Da sua experiência. Com público do AD, ao público de álcool e drogas.*

(P) Bom, aqui?

(E) *Aqui. Como é que é? Fala para mim como você vê a abordagem a esse usuário.*

(P) A abordagem dos profissionais? Assim Eu acho que aqui existe um preconceito muito grande, não acho que isso vem de todos os profissionais, mas acho que em sua maior parte. Tem muito preconceito em relação ao público do AD por conta dessa questão das recaídas, né, então ele vai e volta, “o que ele tá fazendo aqui de novo?”, tem muitos questionamentos assim. “Ah, bebe porque é vagabundo, usa droga porque...”, entende, não tem muito um exercício reflexivo sobre o como que esse fenômeno acontece na vida dessas pessoas, até dentro da sociedade. Eu acho que tem a ver um pouco com falta de capacitação técnica, porque eu acho que através do conhecimento isso pode ser mudado: posso passar a enxergar de uma outra forma se tiver acesso à umas informações e estiver aberto pra isso também, né, estiver disponível pra querer compreender de uma outra forma. Mas eu acho que aqui tem bastante preconceito assim. E eu sinto muita dificuldade, até no como abordar essas questões com esses profissionais que tem uma visão diferente sobre a questão de álcool e drogas. Acho que é isso.

(E) *Tá. De que forma os usuários vêm acessando o serviço?*

(P) Eles vêm acessando o serviço, geralmente, assim, diferente do Caps Casa Aberta, que tem, que os usuários têm acessado muito o serviço às vezes sem passar pelo Casa Aberta. Isso é uma coisa que tem me chamado atenção: nunca foi no Casa Aberta, nunca teve acompanhamento de Saúde Mental, e dá entrada no Hospital de Emergência, dá entrada na UPA, vem pra cá e depois que vai começar a fazer um acompanhamento. Isso tem sido muito recorrente, principalmente na faixa etária de 30 a 45 anos, um público jovem, né? Agora, o AD eu acho que, por conta de questões clínicas, eles acessam mais o serviço... Por exemplo, crise compulsiva, desorientação, então assim, ou através de um familiar que procure o serviço, então tem sido geralmente através dos equipamentos mesmo, do Hospital de Emergência e tal, a equipe do Caps AD já conhece... Diferente atualmente do Casa Aberta, às vezes as pessoas nunca foram lá, ou foram um, dois dias. Do Caps AD tem mais pacientes que já foram no serviço, já conhecem, aí acessam a partir de um momento que já tiveram lá... É mais recorrente já conhecer o serviço e vir pra cá, a partir da indicação, claro, da avaliação... Mas já têm um conhecimento prévio.

(E) *Tá. O que você acha importante acrescentar que eu não tenha perguntado?*

(P) Eu acrescentaria que seria necessário fazer surgir uma forma de... Difícil é sustentar, porque a proposta a gente já tem em mente que é... Ah, pro público de álcool e drogas, você, sei lá, fazer mais encontros pra que se reflita mais sobre essas

peças, o cotidiano delas, pensar em outras Políticas também, não somente a de Saúde Mental e de Assistência Social: de Habitação, de Trabalho, Secretaria de Trabalho, sei lá, não sei se existe isso aqui... Entende? Outras... A aproximação também de outras Políticas, a articulação com outras Políticas pra que a gente consiga abarcar outras questões, assim, porque às vezes também fica parecendo que a pessoa, ele só tem questões de demanda da Saúde Mental e da Assistência Social, e não, ela tá na vida, então, por exemplo, a gente tem dois pacientes aí hoje e tal, não têm pra onde ir não têm trabalho, então assim... É uma série de coisas assim né? Aí às vezes o cara vem pra cá, é jovem pra caramba, mas também no bairro dele não deve ter nada pra fazer, ele vai ser “avião”... Então cadê as Políticas de Cultura, Lazer, então assim, são muitas outras coisas pra nos iludirmos e acha que é só a Saúde Mental e a Assistência que vão dar conta disso. Entendeu? Acho que é isso.

(E) Tá bom, perfeito.

Acesso a outros serviços para possibilitar outra coisa e não só o uso intenso. A necessidade de uma aproximação com as outras políticas para atender bem a esse público. Capacitação para a equipe que presta assistência a essas pessoas. O Acolhimento muitas vezes é realizado na outra política por não ter acesso na política de origem, ou seja, ocorre um acúmulo de função. O Estigma aparece em relação aos usuários de substância Psicoativa por parte da rede e por parte dos profissionais dos dispositivos de atendimento específicos também.

ET) Entrevistadora

(EF) Enfermeiro

(ET) *Então, queria saber tua idade, formação, tempo de função e experiências anteriores?*

(EF) 40 anos, sou enfermeiro, tenho dez anos de formado e seis anos na Saúde Mental.

(ET) *Alguma especialização?*

(EF) Sou especializado em saúde mental, em atendimento pré-hospitalar e oncologia.

(ET) *Tá. O que você sabe sobre a construção da Política de Saúde Mental?*

(EF) Que eu sei?

(ET) *É o que você poderia falar sobre?*

(EF) Sei um pouco da reforma psiquiátrica, que começou com o movimento lá atrás dos profissionais da Saúde que não concordavam muito com o jeito de tratamento, e surgiram o Caps, uma nova forma de acompanhamento e tratamento, onde agregou

vários outros profissionais, uma linha de cuidado de não-exclusão, de tentar incluir todo mundo numa sociedade sem diferença.

(ET) *O Que você sabe sobre a Política de Drogas em Resende?*

(EF) Do município de Resende? Propriamente dito, na Política de Drogas está incluído os Caps, assim, não tem a Política do município, tem a diretriz do Ministério da Saúde, que são os Centros de Atenção Psicossocial, tanto de infantil quanto de adulto. O município hoje fez uma parceria com uma ONG que se chama "Coalizão", uma ONG norte-americana, e chegou até em Santos, em alguns municípios de São Paulo, o prefeito fez uma parceria com essa ONG, doando a parte de mão-de-obra, algumas pessoas da Sociedade Civil. Esses profissionais vão entrar em treinamento em Santos e vão voltar pro município no sentido de serem multiplicadores

(ET) *Isso aconteceu recentemente?*

(EF) Tem um mês.

(ET) *Daqui alguém vai?*

(EF) Daqui vai à psicóloga Manuela e da Assistência, vai uma pessoa, da Sociedade Civil acho que tem alguém da Associação dos Moradores aí de algum bairro...

(ET) *Não vai ninguém do Caps AD que você sabe?*

(EF) Acho que... Acho que não. Não tenho certeza.

(ET) *Tá, depois eu verifico.*

(EF) Depois você verifica lá.

(ET) Interessante...

(EF) É um projeto aí que foi lançado e eles vieram e apresentaram, e sei que no interior de São Paulo já tem alguns municípios que estão trabalhando essa questão dos multiplicadores, e aí esses profissionais vão para essa capacitação e voltam para o município pra formar novos multiplicadores.

(ET) *Tá, bacana. Ia perguntar alguma coisa sobre isso, mas esqueci... Quanto tempo eles vão ficar lá, você sabe?*

(EF) Uma semana, se não me engano. De uma semana a dez dias, mas não passa de dez dias não. Uma semana a dez dias.

(ET) *Tá. Você tá aqui especificamente no Capsi? Quais são as ações referentes a esse público aqui na unidade.*

(EF) Então, aqui fazemos o acolhimento dos usuários em uso abusivo de substância, quando verificamos que tem um uso abusivo oferecemos acompanhamento e tratamento dentro do Capsi. Pode ser atendimento individual... E aí montamos o projeto terapêutico, dentro desse projeto terapêutico pode ser atendimento individual, pode ser grupos de convivência... Quando percebemos a necessidade de um médico, de um profissional médico de estar somando nesse acompanhamento, incluímos atendimentos médicos... E aí vamos trabalhando né, a questão da reflexão, da autonomia, mercado de trabalho com os adolescentes...

(ET) *Uhum. Tá. Na tua experiência e no trabalho que você desenvolve aqui, você vê comunicação, planejamento de ações conjuntas da Saúde Mental, especificamente desse dispositivo com a área da Assistência Social?*

(EF) Até tem, mas eu acho que falta. Tipo falta um suporte, que tá muito entrelaçada à questão do uso, principalmente a questão dos adolescentes, ficam muito vulneráveis à questão social. Aí às vezes falta ter uma ponte pra gente desenvolver o trabalho até em conjunto. Por isso eu acho que falta. Não que não tenha; a gente tem, tem uma conversa, quando tem um caso específico a gente se senta e conversa com o pessoal da Assistência Social, mas eu acho que ainda tem um, existe um buraco ainda. A gente consegue fazer a coisa andar, os casos andarem, quando a gente às vezes percebe que tem uma maior demanda, uma maior complexidade.

(ET) *Tá. Qual a tua percepção sobre o Sistema de Garantia de Direitos?*

(EF) Em relação a quem vem pedir ajuda?

(ET) Uhum.

(EF) É, se a gente for falar de Garantia de Direitos é um sentido muito amplo, né? [risos] É muito amplo. E aqui quando o cidadão vem, a família vem muitas vezes vai tentar enquadrar a pessoa, direcionar dentro daquilo que o SUS oferece. Muitas coisas às vezes não; os familiares, principalmente, de usuários, querem alguma coisa que às vezes foge da Política do SUS. Então às vezes a pessoa quer uma internação, e aqui no município não trabalhamos com internação em comunidade terapêutica, pelo menos na adolescência não tem, tem quando é feito por via judicial, mas pelo SUS não tem, a gente faz internação... E talvez isso não seja um direito quando a pessoa pede, o familiar, e a gente acaba não conseguindo fazer, não porque a pessoa quer, o familiar quer, mas às vezes a gente nota que a pessoa, às vezes, como ela é a principal pessoa... fugiu a palavra... interessada no tratamento, ela tem que opinar também. Porque às vezes pra uma pessoa não é boa, mas a outra pessoa vai querer um... “ah, quero ficar um pouco fora de Resende”, não tem. Ou até mesmo o médico quer ir pra uma linha de medicamento que não tem pelo SUS, e ele tem que abrir processo pra poder ser garantido aquele direito.

(ET) *E costuma conseguir?*

(EF) Costuma, consegue. Quando abre, o processo justificado — o médico justifica, os profissionais justificam —, conseguem.

(ET) *É, porque a gente tem essa dificuldade no AD [risos]. Qual a tua visão sobre a abordagem que é feita hoje a esse público? E da maneira como vem sendo feita, você acredita que possa ter alguma outra forma que você queira acrescentar, ou você mudaria alguma coisa?*

(EF) Olha, eu acho que essas abordagens podem ser, devem ser de uma forma mais... mais criativa, e num linguajar que consiga atingir os adolescentes — no caso eu vou falar de adolescentes porque é a realidade que eu vivo. Então quando a gente vai falar, vai fazer uma abordagem, a gente tenta falar com a maior clareza possível sem esconder, sem ter um papo que já caiu né: “ah porque droga é isso, nos faz mal” E sabemos que tem que falar o que é real, e aí abrir em relação ao campo de drogas: o que que é droga. Então a gente vai de álcool, de tabaco, até as drogas ilícitas, daí a gente fica preso muito na maconha, fica muito preso em drogas ilícitas. E não, acho que a gente tem que mudar isso, esse diálogo, que abrir mais esse leque e ir pra um papo mais de igual pra igual. Não ficar num papo quadrado. E colocar eles para pensarem também.

(ET) *Entendi. De que forma esse público vem acessando aqui? Eles próprios vêm? Familiares? Como é que se torna o movimento?*

(EF) Então, o público de adolescentes chega muito no serviço pelo encaminhamento pelo judiciário. Porém, esse encaminhamento do judiciário muitas vezes é um encaminhamento equivocado, porque na verdade esses adolescentes, em maioria, têm envolvimento com facção e não tem uso abusivo de álcool e outras drogas, e também por conta de facção. Então é meio que um protocolo: chegou no judiciário, foi apreendido porque tá fazendo parte de facção, fez furto, roubou, é tráfico... Capsi. Então eles não têm um filtro, o judiciário não tem um filtro, uma vez conversamos até com a equipe técnica, porque eles também não entendem por que o juiz tem essa atitude, esse procedimento. Então assim, foi pego no, fez alguma coisa, o juiz pega e manda para cá, como um protocolo, e nem quer saber se faz uso, uso abusivo... E sempre encaminhando para cá. Nosso maior encaminhamento, nossa maior demanda é pelo judiciário, depois a escola, Conselho Tutelar, e alguma demandas espontâneas até chegam, mas não é o principal, não.

(ET) *Aí depois, eles são avaliados?*

(EF) *Aí eles chegam ao serviço, são avaliados, e aí a gente retorna, quando é do judiciário geralmente o juiz pede um relatório, e quando não é um uso abusivo e não tem nada a ver colocamos que foi avaliado pelo serviço de Saúde Mental e que não*

há demanda porque verificamos que não tem uma situação de uso abusivo de álcool e outras drogas. A gente põe e dá alta. E quando vemos um caso que tem um uso abusivo, oferecemos o serviço, encontramos alguns pacientes que são resistentes à abordagem, ao acompanhamento, só que oferecemos, deixamos aberto. Quando vemos a necessidade mesmo, que tem uso abusivo damos esse retorno pro judiciário, pros pais...

(ET) *Tá. Tem alguma coisa que eu não perguntei, que você acha que tem a ver com a temática, que você ache importante considerar, acrescentar?*

(EF) Não, acho que é só isso.

(ET) Não? Então é isso.

Verifica - se na fala o objetivo do controle dos corpos por meio de uma suposta inclusão dentro da política. A procura maior é dos outros serviços e não das pessoas que de fato necessitam de acompanhamento. Ocorre a interferência de outra política na perspectiva do cuidado principalmente do judiciário. O direito do usuário muitas vezes é violado e sobreposto pelo do familiar.

(ET) Entrevistadora

(EF) Enfermeira

(EF) Tenho 50 anos de idade, sou enfermeira, trabalho no município há vinte anos e quanto à Saúde Mental tenho quatro a cinco anos, só em Caps AD.

(ET) *O que você pensa sobre a construção da Política de Saúde Mental?*

(EF) Eu preciso entender melhor essa.

(ET) *Como que foi o processo? Você já tá aqui há cinco anos? O que você tem visto de mudança?*

(EF) O que ocorreu: a Saúde Mental de Resende começou como uma proposta de programa, então nós tínhamos o Programa de Atendimento à pessoas com transtorno, à pessoas com uso de álcool e drogas e as crianças em situação também de transtorno, só que era um serviço mais em conjunto, eram no mesmo local, inclusive os atendimentos, divididos apenas por casas: eram três casas, só que no mesmo terreno. E depois é que passou a ser Caps, aí passou a ter Caps Casa Aberta, para transtorno mental de adulto, o Caps AD para adultos com uso de álcool e outras drogas, e o Capsi para as crianças e adolescentes. E desde que houve essa separação o serviço ficou mais definido; os usuários não tinham mais contato com os outros, no caso, se era adulto de álcool e outras drogas, não tinha contato com as

crianças. Então isso facilitou até com relação aos profissionais, que muitas vezes tem atendimento com a criança e tinha que estar lidando ao mesmo tempo ali com adultos, e nem sempre era fácil esse tipo de atenção.

(ET) *Tá bom. E especificamente a questão de álcool e drogas, como é que você vê esse processo?*

(EF) A princípio, quando era naquele serviço de programa, os usuários eram mais usuários de álcool. E quando passou a se atender também os usuários de outras substâncias, os usuários de álcool, eles tenderam a não procurar mais o serviço. E aí passou a se atender mais a questão dos usuários de drogas. Com um tempo depois os usuários de álcool voltaram a aparecer, mas a gente percebe aqui no serviço que não tanto quanto era a princípio, quando era só usuários de álcool. Os funcionários também, os profissionais, passaram a ter uma nova bagagem, porque até então era senso comum: o usuário de drogas era o terror, não passava nem na rua, você passava a pessoa que tivesse, se você observasse uma pessoa com movimentos diferentes você não passava nem perto. E tinha mais acessibilidade aos usuários de álcool, porque já era uma droga, digamos assim, mais comum, tipo, todo mundo tinha acesso ao álcool, então não causava tanto espanto atender usuários de álcool. Então até profissional passou a ter um desafio com o atendimento ao usuário de substância. E dentro desse desafio foi bom que houve maior busca de conceitos, de como que o governo estava lidando, quais seriam os suportes que a gente teria, então passou-se a participar de mais conferências, de mais fóruns a esse respeito pra assim tendo mais bagagem a respeito. E os usuários saíram ganhando com isso, porque até então eles não tinham um lugar que os recebesse de uma forma, para um atendimento realmente humanizado, digamos assim. Em relação, inclusive, aos hospitais, quando eles tinham algumas urgência ou emergência, os profissionais de hospitais ou de Santa Casa tinham uma certa ojeriza, digamos assim, em atendê-los. Mas uma vez eles acompanhados de profissionais, que muitas das vezes agente precisa estar acompanhando, passou-se a ter um nível maior de humanização, assim, no atendimento. Tivemos um ganho quando fizemos um, uma formação de grupo de educação continuada, onde pudemos colocar outros serviços juntos nesse grupo, e aí expandimos então a atuação sobre a abordagem a esse tipo de usuário. Então tinham profissionais de outros setores, hospitais, serviço de urgência pré-hospitalar, como é o caso do Corpo de Bombeiros, da SAMU, e tudo isso foi facilitando aí a abordagem a esses usuários pra esses outros serviços.

(ET) *Tá bom. Especificamente aqui onde você atua, quais são as ações referentes a esse público?*

(EF) *Ações específicas?*

(ET) *Uhum. O que o Caps oferece a essa população?*

(EF) Ah olha, tá bem aquecido de afeto viu, não é só um atendimento individual e agendado não. Aqui eles, é uma instituição o caso, um dispositivo múltiplo, que tem muitos profissionais, então nós temos psicólogo, enfermeira, assistente social, até a própria administração, o pessoal do administrativo, tem uma atenção voltada pra eles. Temos terapeuta ocupacional, musicoterapeutas hoje, nós temos um profissional que, embora seja psicólogo, faz ações de medicina alternativa, que é o caso da auriculoterapia. A música-terapeuta também atua com meditação e, além dessas ofertas, nós estamos oferecendo as oficinas de prática mesmo e em grupo, que é o caso do fuxico, do mosaico, a oficina de culinária, tem a oficina do jornal, que eles participam ativamente indo atrás de notícias, informando, pesquisando, entrevistando, então eles estão na comunidade, na sociedade, buscando esse tipo de informação pra colocar nesse jornal, esse jornal no final ele é palpável, ele realmente é editado, ele realmente vai pra gráfica, então é super bacana essa oficina de jornal. Temos os grupos que são de cidadania, que ajuda eles a entender um pouco mais esse contexto deles na sociedade, como estar na sociedade como um cidadão mesmo, não sendo colocado ali à margem. Tem o grupo de meditação, no caso, o grupo reflexivo, grupo terapêutico, grupo de música, agora vai ter práticas musicais, então eles vão poder pegar nos instrumentos, tocar mesmo mal ou bem, mas tendo ali uma noção musical. E temos assim, inclusive a oficina de culinário, os produtos que eles fazem eles saem e vendem, isso dá um retorno, quando eles percebem aquele lucro eles ficam felizes de ver o retorno, com esse dinheiro eles passeiam, sabe, compram mais produtos pra oficina, enfim; eles veem esse dinheiro sendo realmente aplicado pra eles.

(ET) *Você acha que existe uma comunicação e um planejamento de ações entre a Saúde, no caso entre o CAPSAD, que é onde você tá, com o pessoal da Assistência Social?*

(EF) Sim, o Caps e a Assistência Social, no caso, a Saúde Mental e a Assistência Social, já tivemos um auge, assim, muito melhor do que se tem hoje. Mas estamos retomando, até por conta de mudanças de coordenações e tal, então até integrarem novamente enquanto coordenadores para novamente as técnicas voltarem a interagir demora um pouco. Mas hoje já estamos tendo, sim, uma conversa melhor, reunião de rede pra tratar de assuntos voltados pros usuários, pra que haja ali um afinamento de ideias, e doações conjuntas... Existe o Serviço de Abordagem Noturna que o Caps faz e tem algumas implicações com a Assistência Social, então acaba que os dados que a gente aborda ali daquele usuário, que é necessário que a Assistência se envolva, a gente tá conseguindo esse envolvimento da Assistência, inclusive o Caps atende muita gente em situação de rua, então a gente acaba vendo, junto à Assistência, uma possibilidade de abordagem junto ao Centro Pop... Agora temos um albergue na cidade que veio facilitar também isso, para que eles saiam um pouco da rua, principalmente quando estão mesmo buscando suporte do CAPSAD, isso é bom.

(ET) Qual a tua percepção sobre o Sistema de Garantia de Direitos?



(EF) A Garantia de Direitos ainda tem bastante a percorrer, porque infelizmente ainda hoje a gente precisa estar junto pra ver realmente o atendimento acontecendo de forma adequada para aquele usuário; ontem mesmo nós tivemos uma intervenção noturna, precisou de estar levando pro Hospital de Emergência, mas a técnica fez questão de ficar com aquela usuária até perceber o acompanhamento de fato da mãe junto a ela, pra que não houvesse ali uma evasão hospitalar. Eu falo muito da questão hospitalar porque é o que a gente acaba lidando mais aqui.”. Nossos usuários, quando estão no hospital por alguma questão, somos chamados a avaliá-los, e por vezes a gente chega lá e alguém responde “ah, evadiu Mas é uma fala tão simples, “evadiu”, que não percebe que há ali uma preocupaçãoossa, ele recebeu tem uma medicação pesada, pode vir a passar mal na via pública e sofrer um outro tipo de acidente mais grave, não existe uma fala preocupada quando eles falam “evadiu”, parece que “evadiu, ainda bem que foi”. Com relação a bancos, eu acho isso muito interessante: alguns usuários recebem benefício e têm que ir ao banco sacar. Então nesse ponto eles próprios vão com autonomia nas suas agências, eles fazem o saque no caixa eletrônico, então eles estão “ambientalizados”, eles estão com esse direito garantido de estar recebendo um BPC, enfim. Eles próprios fazem as ações deles. E tem também aqueles casos de fórum, muitos tem que estar indo ao fórum, por um motivo ou outro tem que estar indo lá assinar um documento, e eles fazem isso também com autonomia. Isso também é bacana. Mas em relação a passeios como fazemos: “ah vou no Calçadão ver as lojas”, eles já vão meio ressabiados, porque sabem que lá eles vão ser afastados de lojas caso eles entrem pra ver uma coisa, já sabe que tem um lojista atrás ,um funcionário atrás pra ver se não vão realmente roubar nada, pelo estereótipo. Shopping também, eles gostaram do passeio que foi feito no shopping, umas das oficinas do grupo de cidadania, foi fazer o grupo de cidadania na praça de alimentação do shopping. Então foi muito bacana que lá cada um pôde adquirir o seu lanche, e eles se sentiram, assim, “ambientalizados”. Mas sozinhos é mais difícil de eles frequentarem esse espaço, então ainda tem essa questão deles na sociedade, sozinhos ali eles ainda ficam meio que ressabiados.

(ET) *Tá. Qual a visão que você possui, hoje, da abordagem que é feita a esse usuário; da forma que vem sendo feita, você acha que pode melhorar ou não?*

(EF) Aqui dentro do Caps, você fala?

(ET) É a esse público.

(EF) Olha, sempre pode melhorar, sempre pode melhorar. A gente aqui tá fazendo o nosso possível no dia de hoje. Então se a equipe tá diminuída ou não, isso aí é indiferente, a gente tenta sempre oferecer o serviço da melhor forma possível. Então quando eu disse no início que o administrativo ele está interagindo pra caramba com esse usuário, tá mesmo, porque é tudo na recepção, às vezes o usuário chega ali e já quer colocar as questões dele. E a recepção hoje tem um papel interessante que

inclusive nas reuniões de equipe elas fazem as colocações delas no ponto de vista delas, e isso é valorizado pelo restante dos profissionais, ainda que de nível superior e tal, que aliás é um termo que eu não gosto de usar no Caps, porque acho que essa questão de nível superior, nível médio, eu acho que essa é uma linguagem escolar, linguagem da educação. Dentro do serviço público a gente não tem que estar falando sobre a questão escolar, de nível escolar do profissional. Tem que estar falando da capacidade que ele tem de resolver, de ter resolução. E muitas das vezes aqui dentro o técnico de enfermagem tem uma resolutividade melhor, às vezes, do que o profissional do nível superior! Então isso aí tá sendo interessante porque dentro do Caps a gente respeite essa questão né, do ponto de vista do técnico, do ponto de vista do nível superior, e interagimos muito bem. Inclusive com relação ao médico, que ainda em nível hospitalar o enfermeiro fica muito questionando o se “posso ir lá falar com o médico, posso ou não...”, mesmo sendo nível superior. E aqui dentro do Caps a gente percebe técnicos de enfermagem e administrativo tendo esse acesso ao psiquiatra, ao clínico geral, de uma maneira tão tranquila que até após o atendimento o médico busca pela gente pra falar uma outra coisa fora do serviço, ou seja, tem uma interação boa, e isso é bacana inclusive pra questão de instituição de caso, pra ver uma forma melhor de atender aquele caso, que aqui a gente tem que tá vendo a singularidade também, né, de cada um.

(ET) De que forma esses usuários vêm acessando aqui as Políticas? De que forma eles vêm acessando especificamente o dispositivo em que a gente tá e como vocês encaminham pra Assistência, de uma forma geral, como é que você vê isso?

(EF) Eles estão tendo uma boa forma de estar acessando, porque o Caps, como atende livre demanda, tipo, não tem agendamento pra quem vem a primeira vez, então às vezes chega um familiar antes do usuário, a gente organiza o familiar, tenta ver se ele consegue trazer esse usuário, mas nos disponibilizamos caso não consiga estar indo fazer uma visita... Então a forma deles chegar estar sendo assim muito tranquila, muito tranquila mesmo. E hoje tá sendo interessante porque até pouco tempo a pessoa chegava e dizia assim: “eu nem sabia que isso existia”. Hoje não, hoje eles já chegam já “não, eu já sabia, só que eu não queria vir ainda naquela época e tal”, então tá sendo uma coisa assim, ou seja, a divulgação do serviço também tá sendo boa. E qual a forma de encaminhamento, né? A gente os recebe tanto sem encaminhamento de outros serviços quando com encaminhamento, e esses encaminhamentos têm vindo de uma forma bem definida. Então quando se encaminho já vem dizendo por que tá encaminhando e tal e tal. E quando nós encaminhamos também é de maneira formal; a gente usa um instrumento chamado “Referência Contra Referência”, então ali já é um documento que viabiliza muita clareza no nosso encaminhamento pra outros serviços, seja por própria atenção básica, por conta de uma estabilidade melhor daquele usuário, ou por conta de ser um questão clínica que vai precisar de um acompanhamento contínuo daquele posto de saúde, então a gente já deixa isso meio claro. Ou pra outro Caps também, a gente consegue estar referenciando caso a gente

perceba a situação sendo mais própria pra uma questão de transtorno mental ou uma questão que seja infantil, e a gente tenha a oportunidade de saber do caso, a gente encaminha pro Capsi ou alguma maneira mais tranquila.

(ET) *Tá bom. Tem alguma coisa que eu não perguntei e que você queira acrescentar, que você ache importante?*

(EF) Sim, eu acho importante o seguinte: nós estamos, enquanto equipe, tendo hoje a atenção de uma supervisão externa. Então vem uma profissional, ela é assistente social, que vem para ouvir a equipe. E nessa escuta da equipe ela faz algumas pontuações próprias pra que a gente possa estar tendo ali um suporte maior e melhorando, assim, a atenção a esse usuário, isso tem surtido um grande efeito. Além disso, os encontros de equipes, no caso Capsi, Casa Aberta, Caps AD se encontram, a gente por enquanto não marcou uma forma periódica pra esses encontros, mas quando a gente se encontra é possível estar trocando ideias e assim melhorando o entendimento do outro serviço. Porque às vezes a gente fica “poxa, mas não fizeram isso, podiam ter feito de outra forma”. E aí quando a gente se encontra a gente percebe também a dificuldade do outro setor, e eles percebem, talvez, a nossa dificuldade, ou pegam na gente alguma forma diferenciada de atendimento, enfim, que eles possam estar levando pra eles enquanto melhoria pro serviço deles também. Nós tivemos aqui uma melhoria num instrumento, que foi da ficha de identificação, que foi levada pelo nosso coordenador em reunião de coordenação e que a Coordenadora Geral Superintendente achou por bem que todos os outros serviços também adequassem pra esse instrumento. Então a gente fica feliz né, porque enquanto equipe a gente consegue propor alguma coisa que seja aproveitada pelos outros serviços. Outra coisa importante também da nossa equipe são as pessoas que se especializam, que saem pra fazer um mestrado, um doutorado, o nosso serviço também possibilita apresentação de trabalho em fóruns, mesmo fora do Rio; então o nosso nome — o nosso Caps, nossa prefeitura —, acaba sendo levado o nome e a nossa forma de trabalho pra outros estados, quiçá países! [risos] E é isso.

(ET) Tá bom. Obrigadinha.

Capacitação aparece como uma possibilidade de mudança de paradigma e também como crescimento profissional. Vislumbram a possibilidade de troca entre os profissionais dos serviços se colocando no lugar dos outros profissionais, de outros serviços e compreender por que tem sido feito dessa forma. A necessidade de valorização profissional independente da formação e sim, ligada à sua habilidade ao acolhimento e cuidado a esse público. Na fala, aparece a importância do acompanhamento para viabilizar o direito fora dos serviços específicos tendo por objetivo o rompimento do estigma em outros serviços da rede. E a possibilidade da

supervisão clínico- institucional como perspectiva de cuidado da equipe e melhora da qualidade do atendimento.

Entrevista realizada com Assistente Social de um equipamento da Assistência Social

Inicialmente explico sobre a pesquisa, parte das pessoas, que entrevisto me conhecem por eu trabalhar na rede de atenção do município.

E – Entrevistadora

A – Assistente Social

*(E) Bom primeiro queria saber um pouco do seu perfil: idade, formação, tempo na função e experiência anterior.*

(A) Idade: 35 anos. Na prefeitura do município de Resende desde 2012. Sou formada pela Universidade Federal Fluminense. As experiências anteriores foram - Fiz especialização em Instrumentalidade do Serviço Social, antes de fazer a pós trabalhei no Centro de Experiência de Orientação à Mulher, no Caps AD, estando hoje na assistência social do CRAS.

*(E) Há quanto tempo você está aqui?*

(A) Estou aqui há 11 meses.

*(E) Tá. Bom, o que você sabe sobre a construção da Política de Saúde Mental?*

(A) Bom, o período em que estive nessa área da Saúde Mental em si, eu lembro muito do processo da luta antimanicomial, da reforma psiquiátrica, das mudanças do direcionamento, né, da atenção a essa população. Assim, eu não sei se vou saber me aprofundar, né, a respeito da Política de Saúde Mental, mas eu estou por dentro minimamente das mudanças que estão ocorrendo aí nesse momento, né, que vêm ocorrendo há um tempo. Não sei me aprofundar não.

*(E) Calma, a ideia é essa mesma. Na Política sobre drogas, assim, focando especificamente em Resende, o que você acompanhou? O que você lembra para falar sobre?*

(A) Sim, acho que a gente acompanhou a criação, de certa forma, dos serviços do Caps AD, eu acho que chegaram serviços novos no município também que acabam atendendo essa população (Usuários de substância psicoativa), mesmo sendo da assistência social, mas estão trabalhando em conjunto com a política de Saúde Mental, de certa forma acho que a gente pegou aí, essa *rebranda* da reforma psiquiátrica, os fechamentos das clínicas que a gente tinha na região, abraçando esses pacientes, esses usuários, que deixaram esses hospitais psiquiátricos e voltaram a ser inseridos na sociedade, pegamos a criação da residência terapêutica

naquele momento, que grande parte dos usuários que estavam aqui no Hospital Psiquiátrico de Quatis. E a luta que é estar sempre aí na mídia, em todo ano, tem essa questão da luta, acho que cada vez tem essa questão, também, dessa luta antimanicomial.

*(E) Aqui no município, especificamente no CRAS, que é o local que você está atuando, quais são as ações referentes aos usuários de álcool e outras drogas?*

(A) Olha, aqui realmente é atenção básica, como o próprio nome já fala, é dentro da atenção básica. A gente faz o acompanhamento dos nossos usuários que estão aqui no nosso território e os devidos encaminhamentos; chegou alguém aqui com esse perfil, encaminhamos pra Política de Saúde Mental, álcool e drogas lá pro Caps AD. No momento, por exemplo, estamos acompanhando uma galera aqui na pracinha do lado, que são todos usuários de substâncias psicoativas, alguns já estão dentro do Caps e outros não, e a nós meio que abraçamos essa galera junto com o Consultório na Rua; a cada quinze dias tem um café da tarde ali, a gente já fez evento de Carnaval, festa junina... Mesmo essa população tendo que estar ligada ao Centro Pop, continuamos atendendo-os aqui porque estão em situação de rua e estão dentro do nosso território. Então algo voltado especificamente pra eles, só nosso não tem, mas em conjunto com outros serviços a gente tem: Consultório na Rua, o SEAS, que é serviço de abordagem, especial de abordagem, tem esse trabalho em conjunto, de estar ali perto dessa galera, de trazer essa galera aqui pra perto da gente.

*(E)Essa era a próxima pergunta, se existe comunicação e planejamento de ação entre os serviços e Saúde e Assistência Social?*

(A) Existe, existe sim. Tem essas reuniões semanais, antes de toda ação tem um encontro aqui, com o Consultório na Rua, com equipe do CRAS, a equipe do SEAS, onde são organizados esses eventos.

*(E) O Caps AD participa?*

(A) O Caps já participou, sim, já participou em alguns momentos, de estar indo na praça, de estar levando música, alimentos, nessa área. Que a gente tenta trazer eles a confiar na gente também, e está dando certo. Hoje mesmo já vieram dois aqui, que estão em situação de rua, referenciados ao Centro Pop, mas estão aqui do nosso lado, e é um território distante para eles irem lá. Então eles vão ficar aqui, e como não vão lá, vão ficar sem assistência? Então estamos fazendo esse trabalho em conjunto.

*(E)Tá bom. Qual a sua percepção sobre o Sistema de Garantia de Direitos?*

(A) Garantias, será? Será que são garantias? Tem hora que eu vejo muita prática assistencialista, higienista. Tem isso, tem sim! Às vezes incomoda na sociedade como um todo. Muitas das vezes a sociedade não está preocupada com os direitos dessa população; eles querem tirá-los daqui de perto. Então eu acho até que o município

trabalho pra isso, mas existe, sim, um assistencialismo, existe essa prática higienista bem camuflada. No Brasil todo também, não só aqui no Rio.

*(E) Qual a visão que você possui da abordagem que é feita ao usuário de drogas, especificamente, pensando no teu desenvolvimento, na sua prática profissional e na dos seus colegas? Como é feito hoje, e se você acredita que pode melhorar?*

(A) Eu acredito que poderia melhorar se tivéssemos mais para oferecer, se tivéssemos mais subsídios para oferecer a essa população. Aí eu acredito que sim, porque às vezes você aborda num intuito de tirar a pessoa que está ali, incomodando naquele lugar, aborda porque aquela população está fazendo barulho e incomodando os vizinhos, mas o que você tem de contrapartida para oferecer para essa população? Acho que a gente tem pouco pra oferecer, pra tirar essa população da rua, pra fazer realmente uma diferença na vida deles. Acaba tendo muitos poucos avanços; por poucos recursos, acaba tendo poucos avanços. Mas é a forma que o município consegue trabalhar hoje, até pela questão de recurso. Mas eu acho que sempre pode melhorar. Ainda tem muitas pessoas que andam com muito senso comum, com muita discriminação, esquecem que o dependente químico também é um cidadão, que tem sentimentos, que precisa de um carinho, de uma escuta. Acho que é isso, acho que é o acolhimento todo que é importante... Não sei se eu saí fora da pergunta; suas perguntas são muito complexas. [risos] São abertas!

*(E) Como que você vê hoje o acesso a essas Políticas? Tanto aqui, na Política de Acolhimento Social, especificamente o CRAS — aí você pode falar da sua experiência, como você passou — quanto à questão da Saúde: como que você percebe que os usuários estão acessando?*

(A) Acessando a Saúde? Continuo sempre na tecla do senso comum do preconceito. O que vivíamos lá no Caps AD era uma grande dificuldade deles em estar acessando pela própria forma que era tratados quando chegavam nos lugares, às vezes pelo fato de estar sujo, pelo fato de estar acompanhado de um animal, ou simplesmente pela estigma mesmo: “ai, dependente químico...”. Mas o dependente químico adocece, ele tem filho, tem rim, ele tem sentimentos, ele se deprime... Olhando assim num todo eu me lembro de muitas situações humilhantes que eles passaram no acesso à Saúde, principalmente nas emergências em si. Tem esse olhar preconceituoso voltado: “tá doidão, tá drogado...” Mas o doidão drogado também tem uma vida ali por trás. Eu vejo muito isso. Mas, de certa forma, pelo menos aqui no nosso território, essa galera consegue ter acesso, sabe? Aqui no PSF, os Agentes Comunitários abordam, mas sabemos que existe muito preconceito da sociedade em si. Às vezes por ser negro, por ser pobre, independente, de estar na rua... Vai ser tratado, às vezes, de uma forma discriminatória que vai acabar impedindo o usuário de aderir ao serviço, vai impedir o usuário de criar uma fidelização ali com conosco, um vínculo com a equipe. Eu vejo dessa forma, não sei se estou sendo muito rápida [risos].

(E) Tem problema não, depois eu continuo, vai [risos] Só vai ficar gravado!

(E) *E na Política de Assistência Social?*

(A) O acesso desse usuário na Política de Assistência? Olha, pelo menos no nosso território, como eu falei, nós não fechamos a porta pra esses usuários, que são usuários de substâncias psicoativas e estão em situação de rua, por exemplo; deveriam ser referenciados em outro território, mas aqui nós não fechamos nossa porta. Entendemos que estão no nosso território. Eu acredito que a Assistência Social abrace um pouco melhor esses usuários, pela própria Política, pela própria forma que a Política é voltada, nessa prática de assistencialismo, então parece que eles são mais abraçados pela Assistência. Você vê CRAS, você vê Consultório na Rua, que é a Assistência, o SEAS; eles conseguem ter uma entrada melhor, eu não sei se são os próprios trabalhadores que também abraçam dessa forma, se é a lógica, se é de estar ali no dia a dia, saber como funciona... Eu acredito que na Assistência eles conseguem ter uma entrada melhor, apesar de não conseguirem acessar todos os serviços por estarem em situação de rua. Existe essa coisa: você não pode acessar em tal lugar, tem que ser referenciado ao Centro Pop, aí fecha a porta. Naquele território ali de trás, por exemplo, tem essas questõezinhas. Mas de certa forma eu acho que na Assistência essa galera encontra mais refúgio, encontra mais cuidado, encontra mais ajuda em si. Do meu ponto de vista, do que eu vejo aqui. Enfim, realmente, voltado pra Saúde, eu acho que o lugar que essa galera é mais bem tratada é no Caps AD, porque você lembra das inúmeras queixas do Hospital de Emergência, da UPA, do SAMU, de você precisar e ele não pegar, “tá bêbado”, então assim, “tá doidão” ... Mas é isso.

(E) *Bom, tem alguma coisa que eu não tenha perguntado e que você acha importante considerar, acrescentar, falar, sobre esse público, sobre o trabalho que vocês desenvolvem aqui?*

(A) Não sei não está batendo aqui

(E) *Tem alguma atividade aqui, para esse público específico, ou não?*

(A) Pra esse público, tem a atividade em conjunto com o Consultório na Rua e o SEAS, que são feitas ou na pracinha ou aqui mesmo, aqui no nosso salão. Igual, Carnaval fazemos aqui... Às vezes é um lanche noturno, às vezes é um dia com violão na praça... É isso, eu não sei, é que a galera vem muito aqui, porque estamos com um público muito grande.

(E) *Mas o propósito não é o diagnóstico?*

(A) Não é... Desse público vem muito, mas é isso mesmo, de estar pensando, sabe, pensando em estratégias, pensando talvez em mudanças com eles... Eles precisam ter um local em que eles possam chegar, possam estar conversando. Aqui, pelo

menos aqui no nosso CRAS, eles encontram esse espaço, de diálogo, de atenção, de ressignificação da própria vida. É um trabalho a longo prazo e tem que ser em rede, porque não adianta, o CRAS auxilia com a documentação, mas ele está em situação de rua, não tem onde guardar, e está na rua, às vezes vai vir à força do Estado, até a Polícia Militar vai bater, e vai agredir pra tirar aquela população dali, sem observar os direitos, então tem que ser em rede, as Políticas têm que anda em rede pra essa galera conseguir se emancipar. Porque ela vai pro Caps, ela consegue ser atendida no Caps, aí vai tratar lá como dependência, mas ela vai sair do Caps e está na rua, ela está com fome, está com frio, ela vai voltar a usar a substância. Você encaminha pro Cine, mas a pessoa não vai ter condições de segurar uma vaga de trabalho porque não está minimamente organizada... Então é uma população que demanda muito! E eu me pergunto se o município consegue dar conta de tudo. Olhando pra hoje, vejo que não. Temos cem pessoas cadastradas em situação de rua. Agora no “abrigo (entre aspas porque não é esse o nome, é Casa de Passagem) só tem vinte vagas. Então, assim... Que mudança vamos conseguir de verdade, significativas pra essa galera? E tem também os que não querem mudar, porque tem muitos que querem estar em situação de rua, que decidiram estar nessa vida, que mesmo tendo família, tendo possibilidades, eles não querem sair. Mas eu acredito que seja é isso, é um trabalho em rede, de longo prazo, fundamental o desejo do usuário em si, na sua mudança de vida... Deve ser difícil?

(E) Tá bom, obrigadinha.

A assistente social é concursada, está em torno de seis anos no município. Dentro desse período, inicialmente a posse foi o para o dispositivo CAPSAD, e permaneceu durante alguns anos não possuía nenhuma capacitação referente à temática. Apresentou inquietações referentes ao trabalho desenvolvido na unidade no que se refere, o atendimento aos usuários e após um longo período da unidade conseguiu remanejamento para outro serviço. Agora lotada na política de assistência social. Diz conhecer sobre a Política, entretanto, não consegue verbalizar sobre a mesma. Recorda apenas do processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico e absorção desses usuários pela assistência ambulatorial. Assim como, o sucateamento e fechamento das clinicas populares de internação que ficavam a cargo da saúde e a sua passagem para a secretaria de políticas sobre drogas do estado que acabou por serem fechadas e com isso perdemos locais de acolhimento por um período maior para aqueles que desejavam suspensão do território e o modelo de abstinência. A forma de assistência a esse público é realizada de maneira conjunta com outros equipamentos de outras políticas setoriais. Especificamente, para esse público não há nada desenvolvido pela unidade. Ocorre então que são atendidos como qualquer outra pessoa que chega ao equipamento não há uma diferenciação realizada em virtude do diagnóstico.

Entrevista realizada com usuário da Saúde Mental



A entrevista foi realizada quando o mesmo estava internado no SRHSM

Adulto, do sexo masculino acompanhado no CAPSAD

Foi explicado sobre os objetivos da pesquisa

(E) Entrevistadora

(U) Usuário

(E) *O que eu queria saber, quantos anos você tem, se é daqui do município, fala pra mim?*

(U) Tenho 44 anos, sou de Resende.

(E) *Você mora em qual bairro atualmente?*

(U) Moro na Fazenda da Barra.

(E) *Tá. O que você tem usado? Tem feito uso de alguma substância?*

(U) Faço uso de *crack*, cocaína e bebida alcoólica

(E) *Você pode contar com um familiar? Com quem você pode contar como uma rede de apoio? Familiares, amigos?*

(U) Não. Com amigo eu não posso contar porque são das droga. E não posso contar com meus familiares porque respondo a muitos processos. E eu estou vivendo na rua.

(E) *O senhor tá vivendo na rua? Tá deixa eu lhe perguntar: como é que você vê, hoje, a Saúde Mental do município?*

(U) Eu vejo bem. Se não fosse a Saúde Mental, ia morrer muita gente.

(E) *E a Assistência Social do município?*

(U) A Assistência Social atende super bem também.

(E) *Você conhece os dispositivos?*

(U) Aham.

(E) *Quais são as ações que você já utilizou, conhece da Saúde Mental e da Assistência Social?*

(U) Eu já usei o Caps AD, a Assistência Social.

(E) *O que você usou da Assistência Social, de dispositivo?*

(U) Usei pra retirar meus documentos tudo de novo.

(E) *O quê, foi no Centro Pop?*

(U) Não.

(E) No CRAS?

(U) No CRAS. E tentar pegar aquele benefício, mas aí eu não consegui por causa daquele negócio de facção lá, e eu não fui mais.

(E) *Ah tá, porque te atendiam e era uma facção diferente de onde você morava? Queria te entender, qual a percepção que você tem sobre os seus direitos? O que você entende sobre seus direitos?*

(U) Meus direitos?

(E) *É o que você pensa sobre isso?*

(U) Ah, meus direitos, o que eu penso é largar de tudo, parar com a droga, só que não consigo se não tivermos apoio de vocês, que é o Caps AD, psicólogo, aquela pessoa que faz o acolhimento da rua, qual o nome dela?

(E) *Consultório na Rua?*

(U) É. Se eu, se não se dá força, sozinho não paramos, entendeu?

(E) *Entendi. De que forma você chegou nesses serviços que você usou? Caps AD, CRAS... De que forma você estava acessando esses dispositivos? Você se lembra?*

(U) Ah, não me lembro muito bem, mas eu cheguei aqui através do meu irmão mesmo, que faleceu.

(E) Ele que te levou?

(U) Não, ele fez o tratamento, e aí depois que ele apareceu, eu procurei essas pessoas, que na época eram a Cátia e a Susie. Na época era Casa Aberta, era lá no Manejo.

(E) *Tem muito tempo que você faz acompanhamento?*

(U) Tem, tem muito tempo. Muito tempo. Nem sei quanto tempo que tem.

(E) *É...? Tá. Como é que você vê a sua passagem por esses dispositivos? Aqui, o leito, o Caps AD, o CRAS... Se você pudesse definir, como é que foi a tua trajetória? Como é que você definiria? Teve articulação, teve entrosamento?*

(U) Não, no CRAS não teve entrosamento, mas no Caps AD teve.

(E) *No leito?*

(U) No leito e no Caps AD.

(E) *Como você pensa sobre a forma que você foi abordado, que você foi acolhido... Você acha legal, ou poderia ser de outra forma?*

(U) Não, foi legal. Fui abordado em boa hora.

(E) *Você acha que foi satisfatório?*

(U) É, foi, justamente.

(E) *Você quer falar alguma coisa que eu não tenha perguntado? Sobre essa sua trajetória nesses serviços, no Caps AD, no leito...?*

(U) Não, não tem o que dizer nada não. Porque fui tratado super bem, tenho nada do que reclamar.

(E) *Qual a sua perspectiva pra quando você sair daqui?*

(U) É aquele negócio, voltar pra rua, igual eu acabei de falar pra menina ali, estou na fissura ainda, entendeu, e muito... E saindo daqui eu vou procurar o Caps AD pra me ajudar, tomar o remédio pra ver se me ajuda.

(E) *Tá bom. Tá bom, querido, muito obrigada.*

Usuário é assistido pelas duas políticas já acessou os dispositivos da Saúde Mental e os equipamentos da Assistência Social. Verbaliza que o atendimento prestado a ele foi satisfatório e coloca que os serviços são o seu suporte social já que não pode contar com familiares e amigos. Compreende o acesso a essas políticas como uma forma de direito e que isso que pode auxiliar na relação que o mesmo estabelece com o uso de substância Psicoativa.

A Entrevista foi realiza no CAPSAD após o usuário ter sido atendido pela sua referência.

(E) Entrevistadora

(U) Usuário

(E) *Bom, queria saber sua idade, se você é daqui do município aqui de Resende, o bairro de referência em que você mora e porque você veio parar aqui.*

(U) Bom, em primeiro lugar a minha idade, tenho 65 anos, faço 66 em novembro dia 29, eu moro na Cidade Alegria... E o que mais?

(E) *Idade, mora na Cidade Alegria... Por que você veio parar aqui?*

(U) Sim, sou adicto desde os 18 anos, frequente, mas nunca em grande quantidade, e álcool e maconha nos últimos seis anos, e na cocaína. Só que sempre trabalhei, sou aposentado, tenho três filhos, cinco netos, quarenta e quatro anos de casado.

(E) *Uma vida! [risos]*

(U) Tenho uma casa própria, tenho outra financiada, tenho uma vida... Nunca entrei em delegacia, tenho ficha extremamente limpa no país inteiro, que nunca tive nenhuma ocorrência negativa na minha empresa.

(E) *Você trabalhou onde? Toda a sua vida em Resende?*

(U) Foi. Não, não, desculpa, morava no Rio. Vim pra Resende em 84. Trabalhei em uma empresa grande aqui, depois fui trabalhar em outra estatal e acabei parando na

empresa nuclear. Então do ano passado pra cá o uso era controlado, uma quantidade durava quinze dias, vinte dias, aí começou a reduzir a partir de setembro, e aí agora por último, por semana passei a consumir o que consumia em vinte dias, dei uma parada, parei mesmo, hoje tá fazendo trinta e dois dias.

(E) *Sem uso?*

(U) Sem uso.

(E) *E aí foi quando você veio para cá?*

(U) E aí estive consultando até então no Caps AD lá, e vou pedir uma ajuda pra me ajudar a, se tem algum acessório, alguma coisa que me ajude também, porque até agora está tranquilo, sem estresse, sem suor, sem tremedeira, tranquilo, sou muito consciente. E, bom, uma ajuda nunca é demais, sim? Achei aqui essa ajuda aqui na cultura aí, com nosso amigo aqui...Tá funcionando.

(E) *Tá. Como é que você percebe a Saúde Mental e a Assistência Social do município? Você conhecia pra chegar aqui?*

(U) Olha, ano passado em que eu tive um episódio forte meu filho descobriu e tal, tivemos um atrito só verbal, e que poderia ter acontecido uma tragédia, porque eu fiquei aborrecido, peguei o carro, peguei a estrada, quase caí num barranco lá em Barra Mansa, se tivesse morrido ali tinha perdido três vezes, porque a esposa e o filho também vão assumir uma consciência pesada, teria sido bem ruim e tal. Então aí procurei, estive até com a psiquiatria, a psicóloga aqui né, não lembro o nome dela agora.

(E) *Aqui mesmo?*

(U) Não, lá naquele outro, esse aqui é recente, era no Jardim Brasília esse Caps aqui. Aí estive com a psiquiatra, doutora Maria Rosa, uma senhora fera, me passou — comentei a mesma coisa com ela, aquele momento que eu passei —, me passou o Topiramato, aí quando eu abri aquela bula veio um lençol com letrinhas pequenininhas dos dois lados, daí pensei “não vou tomar isso”, pensei “ah”, não tomei. E aí agora nesse novo momento, aí não voltei mais, conseguir controlar, aí voltei, sempre fui muito comedido, sempre fui... Igual tava falando: “confia em mim, que eu nunca fui de quantidade, nem na bebida, nem maconha, nem nas outras duas, sempre fui muito controlado”. Falei pra ela “a senhora pode ir comigo pelas beiradas, sem excesso” né, tudo que é excesso é excessivo, faz mal, então sempre fui muito comedido, Mas agora decidi realmente parar e...

(E) *Tá, e agora você tá há quanto tempo aqui? Há quanto tempo você começou?*

(U) Desde novembro do ano passado.

(E) Ah, então tá bem recente. Que você tá fazendo de atividade aqui no Caps?

(U) Nada, nada.

(E) *Subiu para o atendimento no leito?*

(U) É só isso, eu enquanto fiquei aqui vim pedir um auxílio, estava numa situação e estava achando que de repente essa falta de sono, o não conseguir dormir, fosse alguma reação à parada, entendeu? Então tipo, pedi um remédio pra dormir, até quando me passaram para contar falaram olha, o assunto foi sono, uma senhora apareceu com um comprimidinho, dois, três, quatro, cinco, virou dependente, então me falou “olha, pelo seu histórico vamos tentar essa acupuntura, esse negócio aí”. Assim que vim parar aqui.

(E) *Tá. Qual a sua percepção diante dos seus direitos, assim, em relação ao lugar aqui em que você tá vindo, que você tem em mente, o que você percebe?*

(U) Não, atendimento ótimo, acolhimento tranquilo, vejo com as pessoas chegando também um atendimento simpático, paciente, ótimo, ótimo, ótimo.

(E) *Teve dificuldade para acessar?*

(U) Nenhuma.

(E) *Tá. Pra questão do uso?*

(U) Voltando rapidinho... Uma coisa que eu sempre fui muito detalhista em qualidade, tanto que eu era editor de qualidade: o ambiente limpo, ambiente arrumado, ele, você se sente melhor, traz bons fluidos, e externamente aqui tá muito feio, poderia dar uma melhorada. Acho que isso ajuda também né, na autoestima das pessoas de estar num ambiente bom.

(E) *Tá. Pra questão do uso em si, é o único dispositivo que você está acessando? É o único lugar pra tratamento de álcool e drogas?*

(U) Sim, é o único. É que aqui é especialista nisso, e eu tô procurando psicólogo pra poder entrar numa empresa, então aqui é específico.

(E) *Qual a visão que você tem da forma como você foi abordado? Você chegou aqui por uma demanda espontânea, aí teve o primeiro atendimento... O que você achou, como foi, você acha que poderia melhorar...?*

(U) Não, foi muito paciente, tentou me entender, muito, as colocações muito claras, muito tranquilas, sem fantasia... Um ótimo profissional. Inclusive hoje foi até um pouco mais além, eu perguntei para ele “se você tem um mecanismo funcionando com aditivo ao monte por um bom tempo, se você bota esse incentivo, esse ativo a mais, o que poderia causar no nosso cérebro?”

(E) *Va causar um estranhamento, mas depois você vai. Como tudo na vida?*

(U) Falou “nossa!”, nosso cérebro ele é muito volátil, ele se adequa, ele se adapta mesmo, tem o exemplo do russo né, que caiu de helicóptero, então, e aí o cérebro se organizou e ele continua tocando...

(E) *Pra subir, né? Então tá bom, era só isso. Tem alguma coisa que você queira acrescentar que eu não tenha perguntado que você tenha visto aqui, que você sint a falta?*

(U) Não, uma coisa que eu sinto falta, que eu levo muito a sugestão aqui dentro é sugestões de melhorias, criei até um formulário, um documento aqui dentro pra sugestões de melhorias, então sou muito atento a isso, se tiver alguma coisa assim que possa melhorar, eu não me furto em dar o toque: essa parte de pintura, poxa, um local, que seja, um cimentado num lugar, entendeu, uma pintura... Ajuda, torna o ambiente mais pra cima, porque a pessoa já chega pra baixo! Vamos entrar num ambiente mais claro, mais fino, mais colorido, pra quando chegar ao atendimento já tá bem, já melhora a recepção, acho que ajuda muito no processo.

(E) Tá bom, então.

(U) Tá bom?

(E) *É isso. Viu? Rapidinho.*

Usuário atendido no CAPSAD procura por assistência com o objetivo de parar de fazer uso de substância psicoativa. Tem como perspectiva de tratamento a abstinência total. Identifica a questão do direito ligado apenas ao atendimento em si. Uma visão minimalista. Dimensão que o lugar de assistência para si é no âmbito onde estão os especialistas da área.

Entrevista usuário – capsad

Entrevistadora: Vamos começar? Então, queria que você falasse um pouco a sua idade, sexo, se você mora aqui no município... Pode falar.

Entrevistado: Tenho 35 anos, moro na Rua João Pessoa número 113, dia 14/09 vai fazer 14 anos que estou aqui no município de Resende, mas sou de São Paulo, e eu não tenho o que reclamar da cidade, entendeu? Aqui a cidade é muito boa, entendeu, então não tenho o que reclamar, pelo menos eu não...

Entrevistada: Tá. Como que é tua renda, tua droga de eleição, sua rede de apoio, como que funciona isso aqui?

Entrevistado: Essa droga de eleição que a senhora fala é...?

Entrevistadora: Droga que você faz uso.

Entrevistado: É só mais o álcool mesmo.

Entrevistadora: Sua renda é proveniente do que, do auxílio...?

Entrevistado: É, por enquanto esse mês e mês que vem vai ser mais do auxílio mesmo. E do serviço vai ser a partir da semana que vem.

Entrevistadora: E aqui de rede de apoio, quem que você tem? Família, serviço, amigos...? Com quem que você pode contar?

Entrevistado: Ah, só com o Giovani mesmo por enquanto. E... Na verdade, em primeiro lugar Deus, segundo eu mesmo, terceiro ele.

Entrevistadora: [risos] Tá ótimo. Então vamos lá querido, como que você percebe, né, a saúde mental do município e a assistência social?

Entrevistado: É um ótimo serviço, também não posso reclamar, entendeu? Eu, todas as vezes que precisei me atenderam muito bem.

Entrevistadora: Tá. Como que são as ações referente ao setor? As ações que a saúde mental oferta e as ações que a assistência social oferta, porque você já passou por ambos os serviços, né? Como é que você vê tudo que já foi ofertado pra você, o que você lembra, o que você fala "pô...!"... Pode falar a verdade!

Entrevistado: Nota mil, não é nem nota 10, é nota mil.

Entrevistadora: Tá. Pra você, assim, os serviços, eles conversam? A saúde mental com a assistência, eles dialogam, eles conversam entre si, ou você acha que eles têm uma falha de comunicação...?

Entrevistado: Não, não tem nenhum, nenhum.

Entrevistadora: Uhum... Pra você, qual a percepção dos seus direitos? Como que você vê os seus direitos, dentro de tudo que você acessou? Foi efetivo, ou não foi...?

Entrevistado: Não, foi.

Entrevistadora: Como que você se vê nisso?

Entrevistado: Não, foi bem efetivado.

Entrevistadora: Todo processo que você passou no abrigo...?

Entrevistado: Também lá não posso reclamar, nem do Centro Pop também... Sempre fui atendido.

Entrevistadora: Na sua saída...?

Entrevistado: Também.

Entrevistadora: Isso tudo você entendeu?

Entrevistado: Uhum.

Entrevistadora: Tá. De que forma você vem acessando os serviços? Como é que você chega até eles?

Entrevistado: Como assim?

Entrevistadora: Como que você foi parar no Abrigo, no Centro Pop, aqui... Como que você chegou.

Entrevistado: Ah, eu comecei a frequentar o Centro Pop depois que eu, no caso a mulher acabou de separar de mim, aí que eu acabei recaindo mesmo, fui afundando cada vez mais. Aí depois do Centro Pop fui pro Abrigo, a dona Conceição na época era coordenadora, aí depois, agora é a Beatriz, e não tenho nem o que reclamar nem da dona Conceição, que foi coordenadora de lá, e nem da Beatriz. Então o atendimento no Centro Pop é excelente e do Abrigo também. E daqui também.

Entrevistadora: Em relação aos serviços, você acha que você foi atendido nas suas demandas?

Entrevistado: Foi. Se falar que não fui atendido muito bem vou estar mentindo.

Entrevistadora: Tá bom. Qual a tua percepção — como você vê, né — de todos os serviços que são ofertados, alguns você já passou, outros não... Como que você vê a forma que os usuários são abordados? Você acha que poderia ter alguma melhora, o que você poderia trazer de contribuição...? Pensando no atendimento do Abrigo, do Centro Pop, das abordagens, no atendimento do Caps...

Entrevistado: É, quem tem que melhorar é as pessoas que precisa mesmo, que tem uns que acabam maltratando os funcionários que acabam atendendo a gente. Aqui eu não sei como é, mas tipo lá no Abrigo e no Centro Pop tem gente... Lá próprio tem profissionais, então em questão dos funcionários não tem o que reclamar. Então é os próprios usuários, não é todos, mas alguns que tem que melhorar, entendeu?

Entrevistadora: Você acha que isso acontece, né?

Entrevistado: É. Igual, tem um rapaz que frequenta o Centro Pop, tavafalando esses dias que ele tavaxingando o coordenador do Centro Pop, só porque ele é homossexual a gente não pode falar... Que é preconceito. Não é por causa que o cara não gosta de mulher que a gente vai maltratar o cara. Eu não... Todas as vezes que eu fui lá ele me tratou bem. Então quem tem que melhorar é alguns usuários, não é todos, mas é alguns. A gente tá precisando do serviço... Às vezes no efeito do álcool, ou da droga, aí pensa que tem que mandar no funcionário, e não é bem assim, entendeu?

Entrevistadora: Ótimo. Então tá bom, tem algo que você queira acrescentar, que eu não tenha perguntado?

Entrevistado: Não, é só isso mesmo.



Entrevistadora: Viu como é simples?

Entrevistado: Uhum.

#### 6 - Profissionais cras

Entrevistadora: Vamos lá, queridos, queria conversar um pouquinho com vocês. Aí preciso saber: sexo, formação, tempo na função, experiência anterior... Podemos começar com você, aí depois você fala da sua experiência.

Entrevistado 1 (MASC): Minha experiência anterior, eu sou industrial. Toda minha experiência principal foi na indústria, na área de processos. Quando eu estava prestes a me aposentar, porque já sou aposentado da indústria, nos últimos dois anos antes de me aposentar eu comecei a graduação em Serviço Social. Então parte da minha graduação foi trabalhando na indústria e estudando, depois que me aposentei fiquei dedicado exclusivamente a terminar o curso, e nesse período comecei um estágio no Ministério Público. Encerrei o estágio no Ministério Público, na sequência fiz uma especialização em Direito de Família. E no serviço público eu tenho cinco anos.

Entrevistadora: Aqui?

Entrevistado 1 (MASC): Não, eu... Quando estava no segundo ano eu passei — ó, no segundo ano —, passei pra Rio Claro.

Entrevistadora: Nossa!

Entrevistado 1 (MASC): Só que esse processo lá ficou sob juízo, deu tempo de eu concluir o curso, quando eu já estava formado então ele foi destravado e eu pude, então, começar a trabalhar. Trabalhei no município de Rio Claro, que é um município pequeno, hoje tem em torno de... Menos de vinte mil habitantes, entre dezoito e vinte mil...

Entrevistadora: Parecido com Quatis, né? Pequeninho.

Entrevistado 1 (MASC): Isso! Tem entre dezoito e vinte mil, e por permuta vim parar em Resende, que é onde eu resido, né, não sou natural de Resende, mas criado em Resende, e aqui em Resende tô há um ano. Então a estrutura de Resende é maior, né? Mas a comunicação em Rio Claro era melhor. Então hoje aqui, um município maior, você tem uma rede melhor, montada, mas a percepção que eu tenho é que a rede está bem montada, mas ainda não é totalmente funcional. Ela não está “azeitada”, a ponto de que alguns setores não sabem nem o que o outro faz e não conseguem conjugar. Por exemplo, uma mesma família — que é o que eu acho que a gente tava quase conversando aqui — um mesmo usuário do CRAS, no caso que é o equipamento que a gente trabalha, ele também é atendido na escola, ele é atendido no posto de saúde, é atendido em vários outros equipamentos, e por vezes a gente já

se deparou com a gente não fazendo um trabalho que se somasse ao outro, mas fazendo um trabalho que repetia o que o outro estava fazendo. Então a gente... Não era legal, porque dá a impressão que a pessoa está indo nos lugares pra ouvir exatamente as mesmas coisas... E parece que o negócio não avança, né? Essa foi a percepção que a gente teve em relação a essa questão de... Da atenção que você dá ao usuário...

Entrevistadora: Tá bom. Diga agora, sobre você. Tá fazendo a faculdade tá em qual período?

Entrevistada 2 (FEM): Estou no sétimo.

Entrevistadora: Ah, então tá acabando.

Entrevistada 2 (FEM): Estou terminando, graças a Deus! Minha experiência é na educação, que trabalho na educação, sou formada em Magistério, porém não atuo, não quis atuar. E agora resolvi ir pra assistência social, e espero que... E estou gostando, meu primeiro estágio que estou fazendo...

Entrevistadora: Ah, é? Que legal!

Entrevistada 2 (FEM): Devido a pandemia, não conseguia a liberação do protocolo, né, do documento, então consegui agora no sétimo período.

Entrevistadora: Tá ótimo, então vamos para as perguntas. Como é que vocês veem, assim né, aqui, através da experiência, e na construção como tá acontecendo em Resende, a construção da política da saúde mental e de assistência social no município?

Entrevistado 1 (MASC): Bom, como te disse, aqui em Resende eu tô há um ano, né. Eu vejo muitas coisas boas colocadas, mas não usadas naquilo que elas podem oferecer, talvez até por uma falta de... Não vou dizer, o termo talvez ideal não seja “uma falta de oportunidade”, mas falta de um... De uma maior aproximação, né, dessas políticas. Porque, como eu disse anteriormente, às vezes a gente compreende que uma não sabe exatamente onde a outra está atuando e às vezes usando... Usando não, mas pra atender a mesmíssima família. A gente fica um pouco, até certo ponto, perdido por falta desse diálogo aí, poderia ser mais amplo, poderia ser mais explorado.

Entrevistada 2 (FEM): Eu também acho que é isso que tá faltando, essa ligação entre uma com a outra. Porque muitas vezes a gente não sabe o que está sendo trabalhado lá, e quando chega a informação, às vezes chega incompleto, ou nem chega. A gente tem que ficar ali ultrapassando os obstáculos e persistindo pra gente conseguir um resultado final.

Entrevistadora: Tá bom. O que vocês sabem sobre a política de drogas aqui do município?

Entrevistada 2 (FEM): De verdade, eu não sei. De drogas realmente eu não tenho conhecimento.

Entrevistado 1 (MASC): Eu fiz um curso à distância, na Universidade de Santa Catarina, sobre Redução de Danos. Então muitas informações a gente teve acesso. Mas sobre o tema no município, eu confesso que eu também não tenho informações, em que nível ele é tratado, se é tratado, como é tratado. A gente ouviu algumas coisas, assim, muito superficiais, mas que aparentemente ainda são projetos que estão ainda ou sobre a mesa, ou... Mas ainda não chegou à público.

Entrevistadora: Então, isso que era pra próxima pergunta: onde vocês estão atuando, se vocês conhecem ações referentes a esse público.

Entrevistado 1 (MASC): Eu diria que institucionalmente falando, não. Talvez por algum esforço que a gente queira buscar um ou outro assunto. Porque quando você vai buscar você acaba chegando a alguma informação. Mas a questão de ela ser colocada amplamente, dentro do serviço, essa discussão ainda não chegou...

Entrevistadora: Aí com isso eu tenho outro desmembramento: se ações direcionadas a esse público, né, dentro do lugar onde vocês estão atuando, têm algum planejamento, se tem alguma ação em conjunto com essa última.

Entrevistado 1 (MASC): Eu diria, é como eu acabei de falar: se ainda, se existe essa discussão, ela não foi trazida para a ponta, ela talvez esteja em algum nível em processo. Até porque... Eu diria até o seguinte: olhando do ponto de vista técnico do serviço, até mesmo pro equipamento falta informações pra que ele possa até saber onde ele está com mais precisão, pra que ele possa decidir se ele quer ir pra um lado ou pro outro, ou se ele tá no caminho certo.

Entrevistadora: Tá. Qual a percepção de vocês sobre o sistema da garantia de direitos.

Entrevistado 1 (MASC): A própria rede em si teria esse sistema, né, e a gente percebe que ela está... Percebe-se uma montagem, quer dizer, ela existe, mas os resultados dessa montagem que eu ainda não vi descrito em nenhum lugar. Olha... Dar um exemplo prático: “nós temos tantos usuários do serviço do CAPS”, seja ele qual for, se eu quisesse falar da saúde... “E aqui passaram tantas pessoas, e as evoluções foram tantas, alcançaram esse estado, tantas estão em tratamento, e tantas já superaram a situação”. Essa informação, por exemplo, eu não vejo. Mesma coisa na área da [...]: quais são as principais demandas, quantas passaram por aqui, quantas estão em atenção, quantas já superaram — nós não temos essa informação. Que são informações fundamentais até pra saber se o trabalho que a gente tá fazendo está indo na direção certa!

Entrevistadora: Já cabe uma pesquisa aí [risos]. Tá bom. Na visão de vocês... Como que vocês percebem a abordagem ao usuário de drogas, e como vocês atendem, né, da forma que é feita hoje, ela pode melhorar ou não?

Entrevistado 1 (MASC): Ainda que ela estivesse boa, poderia melhorar. Ainda que ela fosse excelente, ainda haveria espaço pra melhora.

Entrevistada 2 (FEM): De experiência lá no CRAS, pelo menos a questão do atendimento, com os anos atrás, eu acho que já melhorou bastante. Mas que pode melhorar, sempre pode.

Entrevistadora: Vocês acham que esses usuários estão acessando as políticas?

Entrevistado 1 (MASC): Algumas delas eu acho que sim. Falando da experiência que nós tratamos no dia a dia, por exemplo, com o advento da pandemia, com a questão da insegurança alimentar, né, então foi feito um esforço, pelo menos no sentido de insegurança alimentar, a gente passou a conceder esse, vamos dizer, esse benefício alimentar, quase que cinco vezes... Talvez cinco vezes mais do que antes da pandemia. Então quer dizer, e uma parte importante desse público são pessoas que estão, de alguma maneira, em tratamento de uso abusivo, ou na família tem alguém... Então nesse sentido acho que acessam, não todas as que poderiam acessar, mas alguns acessam.

Entrevistadora: Tá bom. Como é que vocês desenvolvem essa prática profissional com esses usuários, lá na unidade? Ou fora da unidade?

Entrevistado 1 (MASC): Na minha percepção, a gente precisaria focar mais esse grupo e preparar melhores ofertas. Porque a gente trabalha mais ou menos assim... Não vou dizer total escuridão, mas tinham muitas coisas poderiam ser esclarecidas, tem muitas outras coisas que poderiam ser feitas em conjunta, tem muitas coisas que, a despeito de território, poderiam ser feitas em conjunto usando os equipamentos dos territórios mais próximos do usuário. Quer dizer, essa interação, eu não “vi ela” ainda. Na nossa experiência prática é muitos usuários do serviço de saúde, na área de saúde mental, às vezes têm dificuldade de vir. E eu sei também que existe, ou existiu, um processo de facilitar esse acesso, com passagens, com... Facilitando tudo em torno. Mas às vezes, a primeira vinda, ele ainda não foi ouvido, ele ainda não foi estudado, a situação dele, ele ainda não tem essa passagem. Então ele não vem. Aqueles que vêm, e por um motivo ou outro... Dependendo do número de pessoas que estão naquela situação similar e que teriam a dificuldade de vir, poderia talvez criar um espaço mais próximo, talvez usando os equipamentos nos territórios, apenas levando o serviço até ele lá, dentro de um escopo que pudesse ser aceitável, né, porque tem uma parte do serviço que só pode ser feita aqui, mas tem alguns que de repente poderia ser distribuído.

Entrevistadora: Sim. Querem acrescentar mais alguma coisa que eu não perguntei?

Entrevistado 1 (MASC): Só obrigado [risos].

Entrevistadora: Tá bom, gente.

Entrevista cnar profissional

Entrevistadora: Vamos fazer um pouquinho do seu perfil, não precisa falar nome, é mais idade, sexo, formação...

Entrevistada: 41 anos, sexo feminino, sou enfermeira. Na função de enfermeira do Consultório na Rua eu tenho três anos, porém, na prefeitura de Resende eu estou há oito anos. Anteriormente já trabalhei como enfermeira de PSF, trabalhei por quatro anos, fui enfermeira do trabalho em uma empresa em Volta Redonda, e atualmente eu estou também cursando acupuntura, quero ter uma visão aí dessas práticas alternativas complementares [...].

Entrevistadora: Queria que você falasse um pouquinho do local que está trabalhando agora, né, nesse período que você tá lá no Consultório, como é que você vê o desenvolvimento desse nicho, se houve alguma alteração no momento pandêmico, desses dois últimos anos que a gente esteve em pandemia, e falasse sobre um pouquinho sobre o Consultório — as atividades, as formas de abordagem, as formas de assistência usuais... Um pouquinho do que você vê.

Entrevistada: No momento o Consultório na Rua tá um pouco desfalcado de equipe, né, tem três pessoas somente: enfermeira, psicólogo e assistente social. Mudamos de local recentemente, o que foi positivo pra gente, porque no período pandêmico nós tivemos “cumprimento do diário de saúde” (?) e que estava distante de nosso local administrativo, né, porque o Consultório na Rua trabalha mais na atenção para o [...], mas agora ele tá “forte” (?), então o Acolhimento é na frente e o Consultório na Rua é atrás, então aproxima mais a gente da equipe técnica, principalmente ali em relação à equipe técnica e [...] com nossa supervisora, e também... Sim, o Acolhimento foi feito com o intuito de... É como se fosse a casa desses usuários que estão na rua e que necessitam de isolamento por estarem com suspeita de COVID, mas têm a casa, então têm esse local. Atualmente a gente está há três... Tem sete aninhos lá, e graças a Deus todos os casos que ocorreram, a gente teve 63 internações, tiveram oito casos positivos somente... E facilitou também porque eu acabo tendo mais contato com eles, né, também mais diariamente. Hoje lá a gente oferta cuidados de saúde de 24h, o plantão tem equipe com plantão 12x60, 12h de trabalho e folga dois, e ali do lado (?) fazem a administração de medicação oral, o paciente tem que estar estável, o paciente que é de rua ... Porque aumenta o risco, né, pode dar alterações no quadro (?) e é acionado o Samu, pra fazer o pronto atendimento (?) e levar ao hospital para ter

melhor suporte. Nós não temos médico na equipe... Conseguimos é por contato em momentos para dar suporte, quando tem sinal do COVID, falar “acabou a medicação, tem como a senhora transcrever?” — que é a doutora Mayara — e só, entendeu? Então lá eles vão ter alimentação, higiene pessoal, [...]. Mas a gente já tem percebido que alguns já têm feito um movimento de possível infecção pra descanso. Até porque sinais do COVID pode ser sinais ou sintomas; sinais é aquilo que você vê, sintomas é aquilo que a pessoa relata. E tem sintomas que ela vai dizer como menos do que é: “tô com uma dor de cabeça”, “tô com cansaço”, não um cansaço agora, mais profundo... E no Centro é feito esse isolamento dele. E lá ele fica com a gente, o correto é pelo período de 10 dias, mas depende também de como estão os sintomas, então é conforme a prescrição do médico o tempo de isolamento pra ele ficar com a gente nesse tratamento. Geralmente eles saem bem melhor mesmo [...]. Mas ele passa na Tenda primeiro, só vai pra gente após ter toda a medicação, que a gente já suporte.

Entrevistadora: E as outras atividades?

Entrevistada: O Consultório na Rua funciona como se fosse uma estratégia de saúde da família, porém de forma itinerante. Então a gente realiza [...] duas vezes na semana, porém a gente trabalha todos os dias de 08h às 17h, e... A equipe é formada, como disse anteriormente, por psicólogo, enfermeira e assistente social, e a nossa abordagem é visando identificar as demandas do usuário de forma circular, de forma individual mesmo, e a gente faz o acompanhamento médico com os exames, mas visando a autonomia do indivíduo, que é o nosso intuito. A visão do Consultório na Rua era a gente estruturar a integração (?) do indivíduo ao PSE, porque ele é pertencente ao território, e depois de um tempo... O Consultório na Rua [...] né, sempre nas reuniões a gente fala isso, a gente vê aumentando os números (?) [...] Então a gente faz, devido a pandemia deu uma parada na área de educação e de saúde (?) né, agora a gente tem um atendimento mais individual nas nossas abordagens... No período da COVID também nós colocamos uma ficha para monitoramento diário de sintomas para identificar possíveis [...]... Também tinha o pré-natal para casos de alto risco, então a gente vai lá fazer o suporte... E tem administração de medicação, vacinação... Então a gente cuida tanto da saúde da mulher quanto do homem também, e hipertensos e diabéticos — porém fica um pouco difícil pois a gente nem sempre encontra pra dar continuidade com alguém que talvez deveria, mas a gente tem uma abertura e uma continuação bem grande desse público. Algo um pouco mais [...], às vezes para eventualmente por alguma razão, talvez até pelo uso naquele momento, mas... Eu em particular gosto de trabalhar com isso, e fico feliz com os resultados que a gente vem alcançando, tanto o Consultório na Rua de Resende, dentro dos Consultórios do sul do estado ele é um dos que se destacam, a nível de funcionamento. E a gente ajuda com tudo, então hoje por exemplo nós fizemos a entrega de um papelão de [...] de um usuário. Porque antigamente a gente teve algumas intervenções com a assistência, [...]. Então a gente também incentiva

peessoas que mostram interesse me fazer algum curso, damos mochila, caneta, folhas e tal, dá algum incentivo... E a gente também tenta trabalhar um pouco essa parte meio que subjetiva, que muitas vezes é perdida e é muito importante. [...]

Entrevistadora: Vamos lá. Como é que você vê, nesse tempo que você tá aqui neste município, que sei são só dois anos, mas como é que você vê a construção da Política de Saúde Mental e Assistência Social no município?

Entrevistada: Eu entrei aqui na saúde mental e sempre gostei muito da construção da saúde mental voltada pra esse cuidado humanizado, ser uma coisa de acolhimento.... Porém no momento atual, que estão acontecendo algumas mudanças aí, é algo que tem mexido bastante, né, até falando dos serviços a gente tinha um pouco de dificuldade de entrada dos serviços para dar continuidade. E isso dificulta bastante pra gente. E não necessariamente, eu nem gosto de falar isso porque as pessoas [...] em tudo, mas [...] eles têm algum tipo de sofrimento e que precisa ser acolhido, mas eu tentei recentemente uma mudança nisso e atualmente eu tô bem feliz. Em relação ao serviço de Assistência e a construção dessa política, eu tenho um pouco de dificuldade pra entender pra quem eu pergunto o que... Tal serviço, que não sei o que [...]... E como eu disse, né, [...] recentemente de buscar e não conseguir. Mas até então os serviços têm conversado, os colegas individualmente entram em contato, passam prazo, querem saber; em relação a essa troca tem ocorrido, que é positivo até porque a gente tá cuidando do mesmo indivíduo.

Entrevistadora: Especificamente sobre a Política de Drogas: o que você sabe, o que você vê...?

Entrevistada: Olha... Eu vejo muita importância na redução de danos, que é muito falada, mas às vezes eu não vejo tanta coisa na prática em si voltada pra redução de danos. Coisas que a gente às vezes vê numa reportagem ou outras, coisas que a gente vê também que pode ser feita... Não sei se é porque o público ser bastante [...], porque talvez tem isso. A gente também vê que um pouco de dificuldade em Resende é por conta de localização, né? Infelizmente tem coisas de facção e às vezes a gente tá com COVID (?), pra levar a algum lugar [...]... Vou dar um exemplo: tem alguém pra atender e às vezes a gente não consegue porque o atendimento fala “não posso ir lá, eu tô jurado de morte”, então isso dificulta... E eu vejo a importância, né, e aí eu confesso que vejo muita insistência (?) de muitos dos tratados (?). Eu vejo muito “preciso que venha até a mim” e não necessariamente “eu vou até você”, e a gente tem prova de que isso gera resultados quando vai, porque quando você vai você consegue observar o entorno, e às vezes o entorno tá prejudicial. E talvez identificando isso, conversando, consegue mudar e tratar a evolução desse indivíduo aí.

Entrevistadora: Tá ótimo. Na área em que você atua, quais são as ações que têm pro público de álcool e droga?

Entrevistada: Olha só. Geralmente a gente trabalha bastante as medidas de redução de danos (?), mas é através [...]. Tentamos incentivar também a fazer algo que ocupe o tempo e a mente desse indivíduo... Bastante reforço de água, porque ajuda bastante a hidratação contra qualquer tipo de droga... A gente também [...], mas a gente faz a [...] de protetor labial, porque muitas vezes queima, incentiva também a passar na mão de reduzir o dano daquilo ali, que às vezes fica meio [...], e... E realmente, mostrando também os serviços que têm na rede e outras coisas que têm na rede que podem ser [...] já que ele tem esse direito de fazer uso desses espaços na melhor garantia de [...] pra ele. Mas às vezes também né, infelizmente não depende da gente (?), mas a gente trabalha. E a gente não pode pensar também que o sucesso tá em salvar 10 pessoas ou conseguir melhorar a qualidade de vida de 10, às vezes [...].

Entrevistadora: Pra você, na sua experiência, você percebe uma comunicação, um planejamento, já foi [...] tanto da saúde quanto da Assistência?

Entrevistada: Eu vejo e não vejo. Eu vejo acontecer, às vezes vejo cobrança, mas eu vejo às vezes situações... Mas atualmente até a gente [...], o pessoal da Assistência tem dado suporte também, porque tem coisas que a gente às vezes não consegue acompanhar, porque às vezes no mesmo momento tem duas pessoas pra atender (?) e é uma em Barra Mansa e uma aqui, ou vai ou fica né? Então a gente tem a parceria, mas eu vejo problema mais de gestão. Entendeu? Às vezes... Porque tem coisa que chega no topo e não chega pra base, e a base às vezes tá desconhecida. [...] fala pra gente que “não, a base tá ciente”, e às vezes [...], e dificulta pra gente nas atuações, porque a gente nem sabe o que tá acontecendo, como, o que tá acontecendo. E aí infelizmente prejudica o indivíduo que tá necessitando daquele cuidado ali. Mas existe uma conversa, sim, mas em relação ao atendimento ao [...] infelizmente a gente tá com um pouco de dificuldade, sim. Agora, [...] a gente até tem uma possibilidade de [...], mas havendo ou não (?) a gente tem bastante dificuldade.

Entrevistadora: Qual que é a sua percepção do Sistema de Garantia de Direitos dessas Políticas? Garante, não garante, são controladas (?)...?

Entrevistada: Acredito de forma, que assim... Eu tenho visto coisas muito de perto que têm me assustado bastante, né, como a gente até citou ali na... O direito do indivíduo sendo violado, ainda mais em todos os... Né? Isso tem mexido comigo mesmo eu não sendo da Assistência, do todo ali, mas eu faço parte de um serviço que tem que ver essa parte do atendimento, visto que a saúde uma prestação (?) de serviço social. Então é meu lugar também ver isso... Então mesmo não sendo da área específica, eu tento dar um suporte mesmo que chamando colega, “me ajuda porque isso aqui precisa resolver”, né? E eu cheguei até a buscar ajuda de colega “extra município” pra tentar algo, porque o indivíduo também não queria ir em local difícil — e muito inteligente, falando que “se eu estou na rua e existe serviço que atende na rua, existe serviço que pode [...]”... Então não tinha o porquê de exigir “você vir até mim”. Então



eu acho que falta muita gente ter a conscientização de que o trabalho não necessariamente é só dentro da casinha, né? O trabalho é fora também. E aí a gente consegue grandes resultados, até porque a gente consegue chamar redes pra veicular esse atendimento e essa garantia de direito aí.

Entrevistadora: Tá bom. Qual a tua visão sobre a questão da abordagem do usuário de drogas? Da forma que ela é feita hoje, se ela pode melhorar ou não? Não falando especificamente da sua prática, não; da maneira como você vê como as pessoas assistidas e cuidadas aqui no município.

Entrevistada: Eu acho que tem... Que tem um atendimento interessante, mas eu acho que ainda não tá “assim”, poderia fazer mais... Pensar que [...] sozinho no serviço, que tem outros serviços que podem estar auxiliando a pessoa. Porque às vezes tem coisa que se torna difícil mesmo, e muita coisa como vinculação, a gente trabalhava lá com vínculo, e às vezes não tem vínculo com o indivíduo do serviço A, mas tem com o B, e talvez a conversa consiga fazer com que ela aconteça, entendeu?. Porque... É pesado, tanto para o indivíduo quanto para a pessoa [...] também, né? De a gente lidar com tanto tipo de coisa, às vezes funcionários ficam frustrados... Por mais que a gente não possa depositar as expectativas no outro, às vezes ficam frustrados porque não [...]. Mas aí quando você... Eu acho que tem que ter maior interação entre os serviços, pra [...].

Entrevistadora: Na tua percepção, de que forma você vê, né: esses usuários, como eles vêm acessando as [...] políticas?

Entrevistada: Eu acho que muitos vêm com forma muito agressiva, que são conhecedores de seus direitos, mas desconhecem e não atuam em cima de seus deveres também. E aí chega cobrando de forma brusca e ríspida, o que é ruim tanto pra ele quanto pra quem tá atendendo... Porém, fico feliz em saber que muitos são conhecedores dos direitos, que sabem o que é direito e o que vai interferir diretamente na vida dele. Mas a forma como o usuário, muitas das vezes, chega no serviço, isso eu acho... Me preocupa, também porque sou especializada em enfermagem (?) do trabalho, [...] então me preocupo muito porque [...]. E conversando com os colegas às vezes que muitas vezes ficam cansados, cansados às vezes de não ter o valor — e aí não é nem financeiro, é valor mesmo profissional que tá ali. Lógico que a gente sabe também que a pessoa tem um transtorno, que ela tem um uso abusivo de álcool e drogas, mas tem que pensar no outro lado que o indivíduo não tem que ser egoísta. Então acho que os usuários têm, sim, acho muito interessante e fico feliz por isso, mas a forma como chega, né... Bem agressiva e eu me preocupo bastante com meus colegas, entendeu?

Entrevistadora: Você acha que vem nesse movimento por quê?

Entrevistada: Eu acho que é porque sofreu um efeito normal (?) com a [...] que já chega meio que brigando e querendo atacar. Eu acho que é muito uma forma defensiva; uma vez eu ouvi uma fala de um usuário que tinham muita atenção, e ele falou assim... O pessoal falou ter medo dele, e ele... Porque ele era meio [...] mesmo [...]... E eu falei pra ele assim — e eu nem tinha contato porque na verdade ele era de outro, né — e aí eu falei pra ele “poxa o pessoal tá até com medo da forma como você fala”... E ele “sério [...] porque eu falo assim pra me defender , porque se eu for bonzinho a turma me engole”[...] Então isso me chamou muito a atenção porque é mesmo uma forma de defesa! Mas quando chega e às vezes quebra [...], quando chega e persiste, eu acho que fica difícil até de você lidar e conseguir bons resultados, por medo [...], porque poderia ir além e você acaba [...] porque o indivíduo acaba dificultando. Então acho muita falta de que [...], mas tem que ter calma, [...] que o profissional tem que entender pra acolher, mas eu entendo que pro profissional também é muito difícil, e que também tem as suas particularidades (?); tem às vezes seus medos, né... E isso pode acabar interferindo nesse processo resolutivo, entendeu? O profissional vai fazer, mas poderia fazer muito melhor, e não vai fazer por conta de [...].

Entrevistadora: Como que você pensa, na sua prática né, como você tem esse cuidado...?

Entrevistada Hoje mesmo eu tava pensando sobre isso; acho que sempre a gente tem que pensar em coisas que talvez possam ser feitas pra inovar, pra melhorar, né... Nós não somos perfeitos, nós também temos nossas falhas, enquanto profissional e enquanto ser humano... Mas eu gosto bastante do que eu faço porque a gente facilita bastante com a nossa atuação (?) [...]... No momento nossa equipe tá desfalcada, a gente atende pouco, [...] ajuda muito (?) ter uma boa interação entre a equipe... Às vezes o número tá bastante, mas a interação é primordial, acho que [...]. Mas acho que tô me desenvolvendo como profissional, aberta às possibilidades... Às vezes me sinto um pouco podada por às vezes querer fazer mais, e aí eu já entro um pouco mais [...] também, porque eu sou enfermeira do Consultório na Rua, que faz parte da atenção básica, e às vezes eu vejo que nosso município não é visto e valorizado pela saúde. E a gente escuta muitas coisas pesadas, e é de colegas não só da atenção básica mas também de hospital, e [...], isso me dói um pouco...

Entrevistadora: Acha que pode ser pelo público que vocês assistem?

Entrevistada: Sim, acho totalmente. Totalmente pelo público, pelo tipo de serviço que a gente realiza, talvez não seja visto como algo tão importante, né... Infelizmente são pessoas que são tratadas como invisíveis. E isso me magoa um pouco, entendeu? Tanto que eu até me mantenho um pouco mais... Eu faço meu trabalho me mantendo um pouco mais distante, tento me enturmar com todos os usuários, [...] qualquer rede, né, que é um trabalho de saúde... Porque às vezes — um exemplo: eu faço uma coisa

legal com eles; se eu publico no grupo eu recebo um parabéns, uma mãozinha batendo... E aí a galera posta uma parede escrito “Novembro Azul” e aí tem... Sabe? “Nossa que lindo”, “tá perfeito”... E aí essa troca do indivíduo, o indivíduo estar sendo desvalorizado, e às vezes a coisa mecânica, coisa de objeto tá [...] acabe me [...] um pouco. Acaba sendo um momento de desabafo mesmo porque é algo que mexe comigo enquanto profissional, fico bem chateada porque o que eu faço é com muito carinho. Eu não quero ser aplaudida por mim, mas quero ser aplaudida pelo trabalho, a pessoa estar satisfeita, estar bem, estar feliz, estar incentivando, e é uma forma de o outro também enxergar que pode fazer aquilo com outras pessoas da área dele e que eu também tô ajudando na área dele! Porque é o Consultório na Rua, mas a pessoa que tá na rua também é pertencente a uma área. Tem algum serviço que assiste, né, então isso pesa um pouco [...].

Entrevistadora: Você acha que tem alguma coisa sobre esse tema que você queira acrescentar, que você acha importante, da convivência, [...]?

Entrevistada: Não, eu acho que... Que tá bem [...] Mas... e é muito importante falar desse tema, até pra gente buscar coisas melhores através da pesquisa que vocês estão fazendo [...] E sobre a [...]

Entrevistadora: Muito obrigada.

E – Entrevistadora U1 - Usuária 1 U2 - Usuária 2 E - Então vamos lá. Eu queria saber um pouco da história de cada uma e como é que vocês vieram parar aqui no dispositivo. U1 - No POP? E - É. U1 - Eu vim parar aqui porque minha casa pegou fogo. Pegou fogo na minha casa, já tem o quê, muitos anos já, tem quatro anos. E - Nossa! Mas e aí, recuperou a casa? Ou não teve jeito? U1 - Não. Ai, eu perdi até o gosto de ter um... Ah, e por causa das drogas, também. Que eu uso todas as drogas, infelizmente. E - Tá. E aí você faz acompanhamento aqui...? U1 - No CAPS, na Casa de Passagem... E - E aqui, né? U1 - E aqui. E - Então hoje você tá em situação de rua? U1 - Aham. E - Tá. E aí você fica pela cidade...? Como funciona? U1 - Fico. Vendo bala... É, fico por aí, rodeando. Meu maior problema é as drogas, que eu não consigo parar. E - Uhum. Tá bom. U2 - Bom, meu tratamento é no Centro Pop, tenho tratamento lá no CAPS, tudo tranquilo, no Abrigo também, tenho nada do que reclamar... E - Vocês estão no Abrigo? U2 - Aham. Só que assim, tipo, o Abrigo poderia funcionar durante o dia, porque evitaria muitas pessoas de estar na droga. Ajudaria muito, porque a gente fica na rua, então lá pelo menos teria a oportunidade de a gente sair, procurar um emprego... Entendeu? Acho que isso devia ser mais... E - Como é que o abrigo tá funcionando agora? U2 - Funciona às seis horas, sai sete horas, em dia de semana não tem café, e final de semana tem o café. E não tem café dia de semana por quê? U1 - Mas aí a gente levanta seis horas da manhã e tá na rua. Aí o que acontece? A gente junta todos, come muito, depois o povo fica reclamando que a gente vai beber e se drogar. Porque não tem o que fazer, pra onde ir, a gente

vai arrumar dinheiro pra droga. U2 - E aí fica só a bandidagem, a maldade, entendeu, na rua. E... que que eu ia falar... eu acharia que o certo, o correto, era funcionar durante o dia lá. U1 - Pelo menos aos finais de semana e feriados, né? Porque depois ninguém ia ter do que reclamar. U2 - Porque, até então, aqui funciona durante a semana. Aí a gente sai de lá e vem pra cá. Faz todo o tratamento aqui, acompanhamento com o psicólogo... U1 - Mas e quando não funciona aqui? Que a gente tem que sair daqui, a gente tem que dar um jeito de dormir. U2 - Quando para aqui meio-dia também, de quarta-feira. A gente vai pra rua, já se envolve e já não vai pro Abrigo, já fica três, quatro dias pra rua... Lógico que os profissionais não têm culpa, que nós é que temos que ter culpa, mas isso é uma doença que deve ser tratada. Acharia que o prefeito devia abrir um negócio mais sério. Tipo, se alugasse um sítio longe, com todo o acompanhamento, como é no Caps, como é aqui, com é no Abrigo... Pra todo mundo. Tipo uma clínica, um tratamento para dependentes químicos, que somos nós. Acho que isso daria bem mais certo, tirava todo mundo da rua... U1 - É, porque entupir a gente de calmante... Não é nem um calmante, o calmante que dão pra viciado deixa viciado em comprimido. U2 - Ninguém ia ficar pedindo, ninguém... Ai tipo assim, no sitio a gente ia ter uma horta para cuidar. Uma comida pra fazer, que eu adoro cozinhar, todo mundo gosta da minha comida. Então é uma coisa que iria ajudar a gente bastante. Eu vou propor isso ao prefeito que tá vindo, e ao prefeito que é o prefeito, que graças à ele a gente tá no Abrigo. E - O Abrigo é perto daqui? U1 e U2 - Lá na Igreja Matriz. E - Ah, porque antes era aqui, né? U2 - Não tinha Abrigo em Resende. E - Não, era numa casa aqui perto e agora que mudou. Não era aqui do lado? U2 - Mas não era pela prefeitura. O prefeito Diogo Balieiro, a gente queria ter uma reunião com ele - os moradores de rua - pra evitar. Já que eles não querem a gente na rua, têm que arrumar um lugar mais adequado, porque a gente somos cidadãos, a gente somos humanos. U1 - Acha que é só botar numa clínica pra gente se internar? U2 - E eles também dependem do nosso voto pra se eleger. Pra chegar no cargo em que eles estão, também depende de nós. Porque nós somos moradores de rua, mas, graças a Centro Pop, nós temos todos os nossos documentos. Entendeu? E isso é importante, o documento. U1 - Eles acham que tratamento é encher a gente de comprimido... Encher de comprimido pra quê, pra gente dormir na rua dopado, acordar morto? Que tratamento é esse? Tratamento suicida. U2 - É, tá perigoso, tá morrendo muita gente na rua. Então às vezes uma pessoa tá na roda ali da gente, usando droga, tá devendo, quem chegar ali não vai querer saber! Vai morrer inocente ali perto! Um inocente vai junto. E - Vocês costumam ficar juntos...? U2 - Tudo junto. Aqui na Praça do Coreto... U1 - Tudo quanto é lugar. U2 - Depois vai pro Zumbi, pra beira do Paraíba... U1 - Aquele lado é uma cracolândia... U2 - E a gente só não fica nesses em que traficante vem apanhar... Então é o meu pensamento: pegar... Se ele quer ser eleito de novo tem que fazer o certo, porque nós, moradores de rua, nós somos humanos. Então ele quer abrir o Abrigo só pra gente dormir, não vai... É uma ajuda, lógico, mas tipo, não vai mudar em nada, porque a gente vai continuar na rua! U1 - É uma ajuda, mas não vai mudar em nada, porque

a gente vai continuar no sinal, vamos continuar de lá pra cá... U2 - Pedindo, outros roubando... E - Entendi, mas aí deixa eu perguntar: como que funciona quando vocês... Porque o Abrigo deve ter uma quantidade de vagas, né? U1 e U2 - Tem. E - Dá pra todo mundo? M- São seis mulheres. U1 - Não, agora depende. U2 - Depende, se chegar primeiro tem vaga, agora, senão... Não tem vaga fixa. U1 - Mas se chegar quatorze, é meio a meio. É meio a meio. Se é até quatorze mulheres ou quatorze homens, então quando não tem quatorze mulheres eles aumentam a quantidade de homens, mas se chegar quatorze mulheres vai diminuir a vaga masculina. E - E vocês têm quanto tempo até entrar? U2 - Seis horas. Entra seis horas, sai sete da noite. E - Tá. E depois que passou a ter o Abrigo, vocês passaram a dormir lá ou vocês continuam dormindo na rua? U2 - A gente dorme lá. Mas quando, tipo assim, não tem vaga, fica na rua se drogando. E - Às vezes esquece. U1 - Nem que esquece, a gente fica na rua se drogando mesmo, a gente fica com raiva. Todo lugar que vejo em Resende o povo é irritante.. U2 - Eu acharia essa opinião que eu tô dando, de um sítio num lugar longe, que é tipo um tratamento pra nós que somos viciados, gente, porque nós somos discriminados na rua, entendeu... Nós somos muito discriminados na rua. U1 - É verdade. Por isso que eu pedi hoje, eles vão me levar no Caps AD, que eu pedi um leito lá na Santa Casa pra mim, porque eu não aguento mais. Tô viciado até nos remédios! U2 - Vai adiantar de nada não, eles vão te dopar com mais remédio ainda. Porque lá eles te dopam. Ainda se ficar assim... Eles te amarram. E - Deixa eu perguntar uma coisa pra vocês... Queria saber a idade... U2 - Eu tenho 39. U1 - Eu tenho 25. E - Nem parece que você tem 39. U2 - Sou mãe de cinco filhos e tenho duas netas. E - É? Como é que eles estão? U2 - Bem. Minha filha mais velha é casada, trabalha lá no Atacadão... Só que eu não posso ir lá com ela agora porque não tô com nenhum dinheiro. Meu filho tá preso... Tenho uma netinha de seis meses que é filhinha dele, foi baleado, tá preso... Tem a minha filha de 19 anos que eu perdi ela na Justiça com um aninho, que se eu ver ela não sei quem é ela... Assim, eu sou mãe né, eu vou conhecer minha filha, mas não tenho visto há dezenove anos, não sei nem quem é a minha neta, filhinha dela. Tem minha filha Larissa, que eu tô complicada também, tô com problema com ela, de 15 anos... A minha de 13 mora em Angra com o pai e a avó. E casa, família, eu não posso contar, então... E - Irmãos, pais vivos? U2 - Tenho tudo. Mas é a mesma coisa: Deus e eu. E minha filha mais velha que me dá uma força. Dá um desodorante... Eu recebo meu Bolsa Família, aí deixo o dinheiro com ela pra comprar as coisas pra mim: creme, as coisas que eu preciso de higiene, absorvente... Porque eu não vou ficar dependendo sempre do Centro Pop pra me dar, sempre do Abrigo pra me dar, porque ganha doação, mas nem sempre tem também, né? A gente ali já vive de doação. Entendeu? E - Entendi. E... Droga de eleição de vocês: o que vocês mais usam? U2 - Tudo. Crack, pó, maconha... Só não usa essas coisas mais pesadas porque não tem aqui. Porque viciado usa qualquer coisa. U1 - Até etanol com água tá bebendo. U2 - Olha, perdi um emprego por causa que a mulher descobriu que eu morava num abrigo. Só ladeira, né? A discriminação é grande com a gente que é morador de rua. Entendeu, muito, muito grande. E eu não tenho do que reclamar daqui

do Centro Pop, não tenho o que reclamar do Abrigo... O Caps eu não gosto muito de frequentar lá, não, porque tem umas mulherzinhas lá - vou ser bem sincera - que são bem enjoadinhas, tratam a gente com um pouco de ignorância assim, sabia? Eu falo isso porque eu trato com a doutora Fernanda e um dia eu fui tratada mal lá, por isso eu não voltei mais para as consultas lá. Que eu acho que tem que ter educação pra falar com as pessoas, porque a gente somos moradores de rua, mas não somos lixo. Nós somos seres humanos. U1 - Nem todos pensam desse jeito, não. U2 - Tipo assim, você me tratou bem um dia lá que eu te fiz uma pergunta, por isso que eu me lembrei de você. Mas tem umas outras lá, que eu não vou citar nomes, que eu não fui com a cara mesmo! Por ter me tratado mal. Por isso eu não tenho voltado lá, e eu preciso voltar lá para conversar com o psiquiatra. E - Sim, o espaço é de vocês. Eu acho que assim, independente de... É um espaço de vocês, tem que ir. U2 - Eu não, tô sendo sincera, que antes uma dura verdade do que uma doce mentira. É por isso que eu não tenho ido lá. E - Sim, a pesquisa é pra isso mesmo. Pra gente ver como estão os serviços... U2 - Por isso eu não tenho voltado lá. Mas também não tenho do que reclamar, a reclamação é só dessa pessoa. E - Tá. O que vocês entendem em relação ao direito de vocês? Assim, pensando na trajetória que vocês estão vivenciando aqui. U1 - Nem todos são cumpridos. U2 - Falta uma oportunidade de emprego, uma ajuda... Porque o prefeito pode fazer isso. Ele é o prefeito! U1 - O prefeito pode, sim. U2 - Ele pode juntar uma fábrica aí... U1 - Porque vão julgar o passado, vê um monte de cachaceiro tomando cachaça, e ligar: "por que que estão tomando cachaça?" Isso é fácil! U2 - "Por que estão pedindo nas lojas?"... U1 - "Por que, se tem Abrigo, se tem Centro Pop?". Mas vem cá, é 24 horas? U2 - Entregando uns panfletinhos: "ajuda o morador de rua"... Então ele, como prefeito, ele faz o melhor. Até porque ele abriu esse Abrigo... U1 - Mas ele poderia fazer melhor ainda. U2 - Poderia fazer melhor ainda. Graças à Deus que ele abriu o Abrigo. U1 - Por ordem do Ministério Público. U2 - Porque ele poderia fazer melhor. Entrar em contato com esses chefes de fabrica - Volks, Peugeot, Nissan -, fala "qual sua profissão?". Mesmo que você não tenha, é oportunidade, você aprende, você querendo trabalhar... Eu quero trabalhar! E eu não consigo. U1 - Não querem que a gente beba, não querem que a gente se drogue, mas não querem ajudar. E aí? U2 - Ajuda. O POP a gente tem, graças a Deus, acima de Deus. E depois ele é um abrigo, graças a Deus. E - Vocês tiveram dificuldades pra frequentar o Centro Pop, ir ao Abrigo, Caps AD, o Leito...? Vocês encontram dificuldades? U1 - Lá no Leito eu tenho. Tô pedindo ajuda faz tempo e não arrumei nenhum, tô na fossa. U2 - Não vai adiantar, cara. U1 - Eu sei, mas preciso fazer uma desintoxicação, né, Valéria? Eu preciso, meu organismo precisa de uns dias de descanso. Olha, eu ando todo o dia! Durmo duas ou três vezes por semana. U2 - Aí a gente anda, vende bala, arruma dinheiro... U1 - E já troca. U2 - O diabo já vem, já tenta: droga, droga, droga. Você ia trabalhando, só que aí... Sabe o que eu tive que fazer? Você trabalhando com a mente vazia é oficina do diabo, sabe disso. A minha proposta, ia conversar com o prefeito, seria essa: arrumar um sítio longe, botar todo mundo lá, que ninguém vai ter acesso a boca de fumo, ninguém vai ter acesso a lugar

nenhum. Com profissionais, psicólogos, psiquiatras... Entendeu, tudo lá! Os cuidadores do Abrigo poderiam trabalhar lá. Não estão trabalhando no Abrigo? Mesma coisa. O pessoal daqui... acho que aí o gasto seria menos, entendeu? U1 - E a redução de dano seria mais. E - E depois, e quando vocês voltassem de lá? U2 - Acho que a gente poderia melhorar bem melhor, né? U1 - Bem melhor. E - Vocês acham que tem, assim, entre os serviços, eles conversam? Por exemplo, Centro Pop, o Abrigo, o Caps AD... Eles conversam entre si pra falar do caso de vocês? U2 - O Centro Pop conversa mais que o pessoal do Abrigo. U1 - Conversam, conversam sim! Falam da gente... U2 - O Centro Pop! U1 - Eles só postam coisa boa, eles só gostam de postar foto dos mendigos comendo, aí nas redes sociais é tudo lindo, tudo uma maravilha. U2 - Mas quem tá lá mesmo... Mas no Centro Pop não, aqui os psicólogos conversam com a gente, é tipo um tratamento VIP mesmo: dá atenção, tem carinho, tem amor. Sobre o pessoal do Abrigo eu já não posso dizer o mesmo. Bom, a dona Conceição é uma ótima pessoa! Ela conversa! U1 - Da dona Conceição não tem o que falar, não. E - Dos bons vocês lembram até o nome, né? [risos] U2 - Da dona Conceição não pode falar nada não, sabe, porque ela é uma mãe, uma mãe mesmo. Mas dos cuidadores eu falo porque eles não dão atenção pra gente, tratam a gente como mendigo, com nojo, serve a gente com nojo. E - São quantos cuidadores lá? U2 - Dois. E eles ficam dois dias, ficam três... E dos guardas municipais não tenho do que reclamar também, não, porque eles são tudo gente boa com a gente. U1 - Ai, o Bravinha é preconceituoso. Eu tenho o que falar, sim, porque ele é preconceituoso comigo. Fui agredido até dentro do Abrigo! E - E você? Você pode contar com quem? U1 - Eu tenho minha família também. Minha irmã, minha irmã sempre me ajuda... E - Sua família é daqui de Resende? U1 - Um pouco é, um pouco de Itatiaia, tenho nove irmãos, minha mãe... Tô bem com a minha família. E - Você tem contato, né. Acho que isso é importante, assim, independente da condição que vocês vieram parar na rua, tem algum tipo de vínculo, né? U1 - Só não pode morar junto, né. U2 - Meu sonho é ter uma casa. O prefeito podia dar uma casa pra mim. [risos] Que eu tenho filho, minha filha tá com coisa na garganta, tá com problema lá onde ela tá, entendeu? Então eu tenho tudo isso pra resolver, mas eu não tenho aquela ajuda, entendeu? Nem que fosse um quartinho de barraco de madeira, assim, já poderia ajudar... E - Há um... Bem um tempinho atrás a gente teve as casas, os apartamentos lá na Fazenda da Barra. U1 - Tô esperando abrir a inscrição de novo. U2 - Mas ele, como prefeito, ele pode doar um apartamento lá, não pode? E - Eu não sei se tem vazio. Porque as pessoas compraram... U2 - Vou falar com ele quarta-feira... Essa conversa vai pra ele? E - Não. Isso aqui... Isso aqui depois vira um artigo, vira um livro, entendeu? Com os dados que vocês estão me falando. U2 - Na reunião de vocês podia colocar pra poder... U1 - Resolver. U2 - É, ué! Porque aí... E - Depois, quando terminar o doutorado que aí a gente traz, entendeu? O que foi o que os profissionais e usuários trouxeram da rede, como é que a rede tá se baseando. Isso é divulgado, sim, mas não com nomes. U2 - Ah, aí eles querem que a gente fique assim: "ah porque tá usando droga"... Ah, eu... Sei lá. U1 - Ai eu tô sentindo raiva, tô com depressão mesmo. Tô

sentindo raiva. E - Então me digam uma coisa vocês duas: como é que vocês acham que vocês deveriam ser abordadas? E da forma como é feita hoje, vocês acham que está bom ou poderia ser melhor? U1 - Poderia ser melhor. U2 - Pra mim tá bom, mas poderia ser melhor. Pra mim tá ótimo e poderia melhorar! [risos] U1 - Pra mim não tá bom, não. Tem muitos preconceituosos... E - Isso você fala, por exemplo, aqui a gente está no Centro Pop. Aqui também? U1 - No POP, não. U2 - No Abrigo, nossa reclamação é mais com o Abrigo. E - O Abrigo, Caps AD... Né? U1 - No Abrigo sim, o guarda que é preconceituoso. E - Tá. Tem alguma coisa que eu não perguntei e que vocês acham importante falar...? De tudo o que vocês vivenciaram e vivenciam, né, nessa situação em que vocês se encontram. U1 - Ai, eu já não aguento mais, não, tá? U2 - Tem hora que dá vontade até de se matar, sabia? Porque é muito triste, é muito triste. Não é fácil, não. E - Imagino... U2 - Mas não é porque a gente quer. Porque sozinho a gente não consegue. U1 - Não consegue. Como eu já pedi ajuda e nem sempre tem... U2 - Sozinho não consegue, não consegue mesmo. Fala assim "ai, falta vergonha na cara!". Também! Mas é um vício, uma doença. Um vício é uma doença. Entendeu? E - Entendi. Então tá bom, meninas. Muito obrigada!

E - Entrevistadora P - Psicólogo E - Então vamos lá. O que eu preciso saber: idade, sexo, formação, tempo na função e experiência anterior. Se você esquecer, depois eu repito.

P - Tá. Eu tenho 29 anos. Sou psicólogo, me formei em 2013. A minha experiência profissional como psicólogo se deu, basicamente, dentro da política de Assistência Social. Já trabalhei na Coordenadoria da Mulher, fiquei três anos no CREAS, tenho experiência em CRAS... E - Tudo aqui? P - É. E - Mandou bem [risos]. P - E to há um ano no Centro Pop, trabalho também no Acolhimento Noturno para adultos. E - No Abrigo? P - No Abrigo.

A minha experiência mais distante da política de Assistência Social é quando trabalhei numa APAE com pessoas com deficiência. E - Não é tão distante [risos]. P - É, não é não. E - Tá. Como é que você... O que você sabe da construção da política de Saúde Mental e Assistência Social aqui no município? P - Você tá perguntando da forma como elas se articulam umas com as outras? E - É, como elas foram construídas... Já tá aqui há quanto tempo? P - Na prefeitura de Resende, desde 2014. E - Ah, então. Como é que você, assim... Quando você chegou, o que você viu, como isso foi se desenhando...? Já se passaram seis anos, né? P - Já. O que eu notava bastante - acho que a gente vem vencendo isso - é que, por exemplo: quando eu trabalhava no CREAS, chegava uma família ou um usuário pra eu estar realizando esse acompanhamento dele, e quando determinado indivíduo apresentava ou uso indevido de uma substância, ou um transtorno mental que justificasse o encaminhamento pro Casa Aberta, a sensação que eu tinha - minha e da equipe - era uma sensação de



alívio, do tipo: "ufa, ainda bem que ele tem uso abusivo de tal substância ou transtorno mental, e ele deixa de ser meu e passa a ser da outra política. Ele passa a ser do Caps".

Então eu notava muito isso, de... E também o movimento contrário, quando tinha uma violação de direitos, uma situação de risco ou vulnerabilidade: "opa, é uma questão social, então e do CREAS ou é do CRAS", então eu notava muito esse jogo do empurra. Sendo que na verdade o usuário não deixa de ser meu quando ele tem uso abusivo de uma substância; ele passa a ser nosso. Esse usuário, na sua totalidade, um equipamento somente não vai dar conta de todas as questões, todas as demandas, que ele apresenta. Mas eu notava muito essa questão do jogo de empurra e do alívio, tipo "ai, que bom que ele tem determinada coisa, toma que agora é teu".

E - Você acha que isso continua? P - Bem menos. Pelo menos aqui... E - Porque agora você mudou de equipamento, ne? P - Pois é. Porque no CREAS, por ter uma demanda muito ampla, porque lá é desde a criança até o idoso, a rede que você articula é muito maior do que aqui no Centro Pop. Aqui no Centro Pop, por o público ser mais específico, ser população de rua, a rede que você articula acaba também sendo menor, mais restrita. E eu acho que isso possibilita um contato maior com o Caps Saúde Mental, com o Caps Dependência Química, com o Consultório na Rua também, que oferece esse suporte também, dá essa atenção básica... Eu acho que a gente consegue conversar melhor. Mas eu acho que ainda não tá cem por cento, ainda não é o ideal.

E - Sobre a política de Álcool e Drogas, o que você conhece aqui em Resende?

P - Pra ser bem sincero, muito pouco. Quase nada. E - Aqui, especificamente no Centro Pop - você até pode falar do CREAS já que você passou por lá e deve ter ficado um tempinho, né -, quais são as ações referentes a esse público de álcool e drogas? Você viu, tem alguma coisa ou não?

P - Você tá me perguntando no sentido do que eu sei que os outros serviços ofertam ou...? E - Isso. Por exemplo, aqui no Centro Pop, alguns dos usuários daqui têm essa dobradinha, ne? Está em situação de rua e fazem uso de substância. Tem alguma ação diferenciada, ou não? Como é que funciona aqui o serviço? P - O serviço do Centro Pop, nós somos um centro dia, funcionamos de oito às dezoito, dez horas por dia, segunda à sexta-feira. Nós ofertamos as três refeições - café, almoço e lanche -, banheiro pra realizar a higiene, lavanderia para lavar roupa, área de convivência com televisão, mesa de jogos, e também realizamos oficinas ao longo da semana. Hoje a gente tem a oficina de futebol, a de cidadania, a de cinema, e pretendemos retornar com a de geração de renda. Tem a equipe técnica também - psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional - que realiza o acompanhamento dos usuários: encaminhamento pra retirada de documento, encaminhamento pra área da Saúde, Educação, Trabalho e Renda, atendimentos voltados pro fortalecimento de vínculo,

quando ainda há vínculo com familiar e eles desejam retornar esse vínculo... É basicamente o trabalho que a gente realiza aqui.

E - Tá, não tem nada específico para aqueles que fazem uso, vocês direcionam pro Caps AD pra tratar... P - Isso. Em atendimento individual, até mesmo nas oficinas, muitas das vezes surgem esses temas e essas demandas, e a gente trabalha nesses espaços. Mas o encaminhamento também é sempre realizado. E - E tem alguma coisa em parceria com os outros dispositivos da rede? P - Lá no território do Paraíso, na Praça do Expedicionário, todo o mês a gente realiza o Café na Praça, que é uma ação realizada pelo Centro Pop, SEAS, CRAS Paraíso, Caps AD, Pronto Atendimento e PSF do Paraíso. Esses equipamentos vão até a Praça do Expedicionário, que a concentração das pessoas em situação de rua e que fazem uso de algum tipo de substância é grande, e montam um lanche, um café, e também grupos pra gente estar discutindo e refletindo com os usuários que estejam interessados em participar dessa ação. Se eu não me engano já tem um ano e meio que essa ação é realizada e a gente consegue perceber pontos positivos, que é a aproximação de serviços como o CRAS, o Ponto Atendimento e o Paraíso PSF, que eles estão enxergando, estão chegando até essa demanda e essa demanda chega até eles. Hoje nós temos usuários que são população de rua, mas que hoje são atendidos pelo CRAS Paraíso. Porque muitos desses usuários que estão no território do Paraíso não vêm no Centro Pop por causa da distância. Então a organização deles se dá toda ali no Paraíso. Então o CRAS, por estar ali, em relação a Assistência Social é muito mais fácil que eles realizem esse atendimento, demandando do Centro Pop quando é algo muito específico, do que eles virem até aqui. Mesma questão a rede de Saúde: hoje eles conseguem acessar o PSF, o Pronto Atendimento... E - Tudo por lá. P - Isso. E - E o Abrigo? O que... Na época quando eu saí não tinha esse equipamento... No que se configura ele, e qual a forma de encaminhamento pra lá, o acompanhamento...? Você falou que também faz parte da equipe, né? P - Faço. O Abrigo... Você tocou num ponto delicado [risos]. O encaminhamento, vamos começar pelo mais fácil: o encaminhamento, hoje, pelo regimento interno do Abrigo, ele se dá pelo Centro Pop. O Centro Pop encaminha pro acolhimento para que eles acessem. E qual é o critério: esse usuário estar em acompanhamento pelo Centro Pop por no mínimo três meses. Então se hoje chega um migrante, diz que ele vai permanecer na cidade e demanda o acolhimento, ele terá acesso a partir do momento que ele fique três meses sendo acompanhado pela gente. Feitos os três meses, realizamos o encaminhamento e ele vai pra Casa de Passagem. É claro que tem casos e casos... Quando a gente percebe que esse usuário precisa acessar aquela casa antes dos três meses, a gente se reúne com a equipe de lá também e fazemos esse encaminhamento. Agora, o lado delicado é que, pela tipificação dos serviços da Assistência, para modalidade de acolhimento de adultos e famílias, existem três: o Albergue, a Casa de Passagem e a República. Tem essas três modalidades. O daqui é a junção das três num só. Então ao mesmo

tempo que a gente chama de Casa de Passagem, a gente também chama de Abrigo, também chama de Acolhimento Noturno.

E - Você consegue explicar pra mim a diferença dos três e qual a peculiaridade do que foi essa junção? P - Casa de Passagem: ela é mais voltada pro público migrante, então esse público acessa essa casa, eles pernoitam, fazem higiene, refeição, no outro dia eles vão embora. Podemos ficar por no máximo três dias, então a Casa de Passagem é mais voltada pro público migrante, que tá no trecho. E - Literalmente passagem, né? [risos] P - É! República é para indivíduos em situação de rua que estão no processo de saída das ruas, e como se fosse uma ponte, uma transição. É aquele indivíduo que já tá dentro do mercado de trabalho, ele já tem a sua renda, já tá começando uma organização, ele já tá formando outros vínculos, retornando vínculo com a família... Então a República é esse período de transição. Ele tem um prazo de seis meses pra ficar na República, podendo ser prorrogado por mais seis meses. E o Albergue, o Abrigo, ele, sim, é pra pessoas que estão em situação de rua, onde elas acessam... Geralmente existem fixos, por exemplo: vamos supor que aqui fosse um Albergue com vinte vagas, seriam sempre as mesmas vinte pessoas que acessariam este serviço. Sempre os vinte. "Ah, mas aí cinco, por algum motivo, não foram. Podemos colocar outros cinco?" Não. Se não foi cinco vão dormir só os quinze que tem. Então são essas três. O daqui é uma junção dos três, pegou um pouco de cada um e juntou, então ali recebe migrante para pernoite, recebe os pop rua, já acompanhados pela rede. Mas não são... São vinte e oito vagas que a casa oferta hoje, mas não são sempre os mesmos vinte e oito que dormem ali, tem essa rotatividade. O critério pra acessar é por encaminhamento do POP e por ordem de chegada. Os vinte e oito primeiros que chegarem entram, então não necessariamente quem dormiu hoje vai conseguir dormir amanhã. E a coordenadora tem nível médio. E não tem equipe fixa. A equipe, ela é... Reaproveitada de outros equipamentos. Então a gente tem profissionais do Centro Pop, profissionais do CRAS, profissionais do CCI, profissionais do CREAS, que revezam, geralmente uma dupla por dia, pra compor a equipe técnica da Casa de Passagem.

E - Mas aí, fora a equipe técnica, tem gente de nível médio? Quais são as funções? P - Tem, tem a coordenação, a equipe de cuidadores, que são cinco e trabalham em regime de plantão, guarda municipal, e aí a equipe técnica. E - Tá, então fora ter cuidador ainda tem alguém da equipe técnica lá à noite? P - Até às nove horas. A equipe que dorme lá, que pernoita, são dois cuidadores e um guarda municipal. Nove horas a equipe técnica vai embora, dez horas a coordenação vai embora, e cuidador e guarda ficam com eles até o dia seguinte, até às sete ou oito horas. E - E tem janta? P - Tem! [risos] Tem janta, oferta janta, também tem banheiro pra higiene, armário pra guardar os pertences... E - Hm, tá. Costuma ter problema? P - É... [risos] Depende do dia, né? E - As minhas perguntas são ótimas! Costuma ter problema? P - Depende do que você chama de problema! Sim. Tem conflito entre eles. E - Imagino de manhã, né, na hora de ir embora. P - Também. Hoje minimizou bastante, porque como lá

também pega um pouco da República, do modelo de uma república, então é trabalhado com eles o funcionamento de uma casa, né. Você na sua casa, você tem que dar conta da limpeza do banheiro, do quarto, então isso também é trabalhado com eles e é trabalhado na parte da manhã, assim que eles acordam. Então alguns são designados para organização dos quartos, outros pra lavagem do banheiro, outros pra organização da cozinha, e no começo isso dava muito problema porque muitos usuários não... E eu até entendo, porque como são três serviços em um só, nós, enquanto equipe, ficamos perdidos, e eles, enquanto usuários, também. Então eles colocavam que não era obrigação deles limpar... Então no início teve muitos conflitos deles com a equipe de cuidadores por conta disso. Hoje diminuiu bastante, já entenderam, mas vez ou outra tem, sim. E - Imagino. Mas... não sei se você sabe... se pro futuro tem um planejamento? De virar, a gente ter três equipamentos, ou virar um só, ou...? Porque anteriormente a gente tinha a República, isso eu lembro muito vagamente e eu não sei nem quanto tempo durou.

P - Seis meses. Porque a República daqui era mais uma política de governo do que uma política que foi implantada, então assim que acabou a gestão, acabou. Provavelmente vai acontecer com o Abrigo que a gente tem aqui, porque também é uma política de governo, mudou o governo, se muda a gestão, acaba pelo menos nos moldes que tem aqui.

E - É, porque não é... Não é tipificado e ele não tá credenciado, né? P - Exatamente. O regimento interno da Casa de Passagem, por exemplo, ele é modificado todo o mês. Como é um equipamento novo, os ajustes são feitos à medida que as demandas vão surgindo. Então surge uma demanda, se modifica o regimento; se surge outra demanda, se modifica esse regimento de novo. Então o regimento é muito flutuante. E se Resende, se existir a possibilidade de ter os três equipamentos seria maravilhoso, só que Resende não é uma cidade de grande porte que dê pra comportar esses três tipos de equipamentos. Seria maravilhoso, mas é muito improvável, muito difícil. Eu, particularmente, prefiro que a gente tivesse um só funcionando de forma correta do que ter um pra atender a todos e no final das contas não atender ninguém.

E - Entendi. Assim, ao teu ver hoje, você acredita, você vivencia, algum tipo de comunicação, de relação entre as duas áreas, entre a Saúde e a Assistência Social?

P - Falando do período que eu tô aqui, eu percebi que no início essa comunicação entre Centro Pop e Caps AD - Centro Pop e Caps, Centro Pop e Saúde Mental -, ela era um pouco distante no sentido de que eu fazia o encaminhamento, entregava pro meu usuário e falava "vai lá, beijo, amanhã você me dá um retorno". E não tinha a preocupação de ligar pro Caps: "olha, tô encaminhando fulano de tal, assim, assim, assado, tá? Deve estar chegando aí daqui a pouco", ou "fulano de tal está sendo acompanhado aí? Vamos sentar e conversar?", pra pouquíssimos usuários eu percebia que a gente fazia isso. Então era uma relação muito distante. Eu deixava

meu usuario, meu usuario ia, se ele me desse o retorno, se não me desse, se eu não me lembrasse de perguntar também... A gente vem tentando diminuir essa distância com reuniões mensais. Mês passado, o Samir veio com a equipe dele aqui... Esse mês, na semana passada, nós fomos até lá... E aí a gente discutiu os casos que a gente tem em comum. E - Ah, foi pra discussão de casos? P - Foi, foi pra discussão de casos. Então mês passado teve, esse mês teve também. Com a Saúde Mental não são tantos casos - com a Saúde Mental, né, com o Caps Casa Aberta -, não são tantos casos em comum como a gente tem com o AD, mas tem alguns, também. E a gente tem uma reunião intersetorial - Consultório na Rua, Casa Aberta, Centro Pop e SEAS - onde a gente também vem se reunindo todos os meses para discutir alguns casos em específico. Então acho que essa comunicação vem melhorando com o tempo.

E - Tá. Qual a sua percepção sobre o sistema de garantia de direitos? Que hoje o município oferta para esse público que você atende.

P - Desde quando eu conheço o Centro Pop, sempre foi dito que o Centro Pop de Resende era referência no estado do Rio de Janeiro inteiro. E isso é uma faca de dois gumes, porque de fato eu acredito que o Centro Pop de Resende seja mais estruturado que os outros, dos outros municípios, mas por outro lado a gente também não pode pautar o nosso serviço nessa comparação, no sentido que: podemos ser referência no estado do Rio, mas não significa que nós oferecemos um serviço com qualidade cem por cento. Acho que a gente precisa avançar muito ainda, sim. E em relação a garantia de direitos com os nossos usuários, com esse público população de rua, eu acho que um complicador é a questão da política, da politicagem, porque... É muito dúbia algumas posturas que a gente incentiva aos nossos... aqui é um centro que funciona dez horas por dia, e eles podem acessar esse serviço, óbvio... Mas a gente sempre trabalha com eles o seguinte: de usar o Centro Pop como uma forma de apoio, de suporte, que durante o dia eles se organizem para estarem na rua fazendo o corre deles, procurando dar conta da saúde deles, dando conta de procurar um emprego - seja formal ou informal - dando conta de estar na casa dos familiares... Que eles deem conta da vida deles nesse período e que venham aqui para fazer a higiene, a alimentação, passar pro atendimento, e que não fiquem aqui dentro. Não fiquem dez horas por dia aqui dentro. A gente então trabalha essa questão da autonomia com eles. Só que, por outro lado, vem uma gestão, vem uma questão política de que eles não podem ficar na rua porque eles vão sujar a cidade. Então tem uma força que diz: "eles devem ficar aí dentro, sim, deem conta de ocupar o tempo deles com oficinas de manhã e tarde todos os dias para que eles fiquem aí, para que seja atrativo, e não deixem que eles fiquem fazendo bagunça na rua". E em contrapartida tem a gente, que a gente entende que estando aqui dentro dez horas por dia, em que momento eles vão estar correndo atrás de um emprego, distribuindo currículo, fazendo acompanhamento na rede de Saúde, seja Saúde Mental ou qualquer outra coisa, que momento eles vão estar em contato com os familiares ou

em outras redes comunitárias... Então tem essas duas forças que às vezes entram em conflito e que é difícil de manejar.

E - Tá. Na tua visão, como é que é feita essa abordagem ao usuário de droga aqui dentro, e se ela pode melhorar ou não?

P - Sempre quando nós fazemos o acolhimento de um usuário novo, a gente explica pra eles que, por se tratar de um espaço de convivência - que a gente trabalha com a questão do respeito, do respeitar o espaço do outro, de respeitar as diferenças do outro -, que se ele faz o uso de substância, se naquele dia ele fizer um uso muito abusivo, o acesso dele a área de convivência aqui na parte de baixo fica restrito. Ele acessa esse serviço, mas é restrito. Ele não acessa a área de convivência, ele fica aqui em cima com a gente. E é ofertada a refeição... Então é muito da avaliação do técnico que recebe aquele usuário, que está sob o efeito de substâncias; se ele está sob efeito de substâncias, mas está em condições de estar na convivência, ele desce e acessa todas as áreas; se ele chega muito doidão, ele fica ali na frente, fica na varanda, tenta para um atendimento... Porque a gente entende que se ele desce muito sob o efeito da substância, a probabilidade de ele gerar um conflito com outro usuário que está lá embaixo, no sentido de começar a incomodar, e aí pode gerar um conflito, uma briga que depois, pra equipe, fica muito difícil de manejar. Então tem essa questão. Eles acessam, porém, de uma forma mais restrita.

E - Deixa eu te fazer uma pergunta que não sei se... Escutando você falar me despertou agora: há um tempo atrás, eu vi que teve uma mudança na linguagem, antes falavam "pessoas em situação de rua" e hoje falam "população em situação de rua". Você sabe por quê? Porque às vezes usam muito como sinônimos, né, mas eu falei "será que tem diferença?" P - Não... A gente usa ou população, ou pessoa em situação de rua... Os dois termos cabem. E - Tá bom. Pra finalizar: de que forma os usuários vêm acessando as políticas? Como é que eles chegam aqui? P - Alguns, muito poucos, vêm encaminhados por outros serviços, geralmente, de forma mais frequente, pelo SEAS, pela abordagem social que é o serviço que tá na rua, e que identifica quando tem uma pessoa em situação de rua nova no município... E - O SEAS está mais ligado ao CREAS? P - Tá mais ligado ao Centro Pop. Aqui no nosso município o SEAS é mais ligado ao Centro Pop, em outros é mais ligado ao CREAS porque vai trabalhar mais com a questão de identificação de trabalho infantil... Mas o daqui, vamos dizer que o foco dele é a população de rua e o povo migrante. Então o SEAS daqui é mais ligado ao Centro Pop. E - E como é, ele tem equipe própria? P - Tem! [risos] O SEAS daqui é mais bem estruturado, tem, tem equipe própria - coordenação, equipe técnica, administrativo... E - Tem sede? Ou eles ficam alocados aqui também? [risos] P - Eles dividem a casa com o Acolhimento, então o SEAS funciona até às cinco e o Acolhimento, a partir das seis, e isso também gera dor de cabeça, porque o usuário às vezes não tem essa facilidade de entender que durante o dia é um serviço completamente diferente do serviço que funciona à noite. Então

muitos deles chegam lá três horas da tarde e demandam pra querer entrar pra pegar a roupa que tá no armário. E até explicar que o que tá funcionando é um outro serviço, com uma outra equipe de um outro funcionamento... E - Ah, tá. Eles não têm que tirar as coisas, não, deixam no armário... P - Podem deixar guardado no armário. Aí eles chegam às três, às quatro, querendo entrar pra tentar usar o banheiro, pra ficar vendo televisão, pra pegar alguma coisa do armário... Então é uma dor de cabeça. E - Imagino! P - Mas então a gente recebe muito pelo SEAS, mas a maioria é demanda espontânea. Às vezes pega informação com outros usuários, vêm "encaminhados" por outros usuários, mas da rede é o SEAS.

Alguns chegam pelo Caps AD, alguns chegam pelo CRAS, chegam pelo CREAS, mas na maioria das vezes é pelo SEAS. E - Tá bom. Que legal que tem sede própria, né? Sabia não. Em média, quantos usuários estão cadastrados aqui? P - Hoje gira em torno de cento e dez usuários, e a gente recebe, por dia, uma média de cinquenta. E - E no Abrigo tem um quantitativo de vinte e oito vagas... P - Vinte e oito. E tem também essa questão que, com a chegada do Acolhimento Noturno, o número de população de rua de Resende aumentou consideravelmente, porque, quando ele inaugurou em Julho, foi feita toda uma propaganda maciça na mídia, seja na rede social, na própria televisão via TV Rio Sul... Divulgou pra cidade inteira, pro estado inteiro, então o número de população de rua daqui de Resende aumentou bastante. É direito deles estar aqui no município? Sim, é um direito deles, se eles quiserem migrar pra cá, quiserem ficar no município, é direito deles. O problema é que aumentou o número de população de rua, mas não aumentou o número de, por exemplo, recursos humanos. A equipe do Centro Pop e dos equipamentos está cada vez menor pro público que vem aumentando cada vez mais. E pensando também no governo atual que a gente tem, que a questão da pobreza vem se agravando cada vez mais, tem essa pobreza também, a tendência é que a população de rua aumente cada vez mais, né? Mas, em relação a serviço, a gente já percebe que, como Centro Pop, a gente não dá conta do número que temos hoje. Seja através de alimentação, seja através do próprio acompanhamento deles que fica com descaso, porque a gente acaba não tendo braços, não tendo pernas pra fazer ele. E - E aqui mudou muito, né? A configuração. E quem é a coordenação aqui hoje? P - É o Ivan. E - É, eu não conheço, por exemplo. P - É, ele é novo, ele deve estar com a gente desde Novembro ou de Outubro do ano passado. E - Então, quando eu saí era a... P - Roberta? E - É, Roberta. Tinha... Tinha a Erika, ela tá aqui ainda? P - Não. Roberta não tá, Erika não tá, dos mais antigos e a Lubiane que tá aí desde... E - História viva! Memória... [risos] P - É! É o alicerce aqui desse lugar! E - Aquela ali é resistente, só misericórdia. Assim, acabei as perguntas, tem alguma coisa que você queira falar, que voce nao tenha falado, que você ache importante...? P - Não. E - Então tá bom

ÁUDIO 18 (28:49) E - Entrevistadora A - Assistente Social P - Psicóloga E - Bom, queria saber a idade, sexo, formação, tempo na função e experiência anterior. A - Meu nome é Lubiane, tenho 34 anos e acho que eu sou mulher, acho que sou hétero. E - Formação? A - Sou formada em Serviço Social, tenho 9 anos de formada, trabalhei um ano em Acolhimento Institucional, quatro anos em Caps, cinco pra seis anos aqui no Centro Pop, trabalho há quatro anos também no CRAS - Centro de Referência e Assistência Social -, já trabalhei um ano e meio com Monitoramento e Avaliação, e Assessoria Técnica.

P - Eu sou Daniele, tenho 38, psicóloga, eu fiz oito anos no CREAS, aqui no POP eu tô desde janeiro, e anteriormente eu só tive uma experiência de um ou dois anos num CRAS. Ah, já trabalhei com Acolhimento Familiar e é isso.

E - Tá. Vamos lá, meninas: queria saber como é que vocês pensam um pouco de como tá se dando a Assistência Social pelo município, tendo o olhar por onde vocês já passaram - eu sei que você já rodou, já passou no CREAS, e tu mais aqui pelo Centro Pop mesmo. Assim, como vocês estão vendo a oferta de serviços, como se deu a construção do equipamento, como ele tá hoje...? P - Isso ao usuário de...? E - Em relação ao serviço, independente de... Que ele atende as pessoas em situação de rua, pode ser que tenha um recorte de usuários que fazem uso de substância, mas falando especificamente do dispositivo e de como a política está sendo implementada aqui em Resende.

A - É, Resende é um município que tem uma estrutura de equipamentos bem legal, mas ainda tem uma deficiência em relação a ir alocando os profissionais especializados a trabalhar com esse público, que é um público muito desafiador... E em relação a dispositivo, material e insumos, a gente até encontra, mas a gente no momento tá com uma política mais de governo do que política pública, então isso às vezes dificulta a identidade da política pública, porque quando você diz que tem que criar um TAC pra poder manter o serviço, você fica preocupado. Porque, se é uma política pública, não tem porque ter um TAC pra manter um serviço. E - O que seria um TAC? A - Termo de Ajuste de Conduta para manter aquele serviço, para que, se o governo mudar, outro governo dê continuidade pro serviço. E nós avançamos porque a gente conseguiu hoje levar até o Acolhimento, não é de acordo com a tipificação, não tá de acordo com as normas técnicas, mas é um dispositivo que pode estar atendendo e ampliando o nosso serviço, então hoje o nosso usuário conta com mais equipamento pra atender a população em situação de rua. Só que nessa condição, porque estamos em um momento de crise, então a gente não tem verba do estado e nem verba Federal para manter isso, aí tá sendo com a verba do município. E aí acaba que o município usa esse discurso, né, de que pode cortar a qualquer momento se o governo não ganhar ou ganhar, então isso me preocupa porque descaracteriza a política pública - que é uma política que é dever do estado e direito do cidadão, não passando por essa situação. Não que isso não aconteça, porque a



gente sabe que isso acontece. Mas acaba ficando um serviço um pouco - ao meu ver - com uma desvantagem.

P - Acho que isso não é desse governo atual, não. Eu vi isso como uma particularidade de Resende, porque lá no governo anterior o foco era outro, não era população de rua... Eu via muito incentivo, inclusive financeiro, no Programa Família Acolhedora, e era uma coisa também que tinham os interesses políticos se sobressaíam aos interesses do atendido... E aí eu vejo esse governo atual só reproduzindo, assim, só mudando a temática, o foco, mas sendo a politicagem do mesmo jeito. A - Não, porque o governo do Rechuan, ao meu ver, a gente avançou muito. A gente tem a opção do POP, que veio pro Centro, já com uma proposta de conferência, a gente teve a equipe técnica cursada, teve o aumento de número de profissionais aqui no Centro Pop e a gente uma República. Porém, quando acabou o governo, fechou a República. Então assim, não é uma coisa só desse que mudou a temática, o outro governo também fazia isso, mas pelo menos era um pouco mais neutro. Não ficava tão evidente como esse faz, eu acho que nesse ponto que a gente perdeu. Então assim, tanto que o pessoal desse governo tá usando o discurso "porque a República fechou porque acabou governo deles", e criam uma situação pra dizer que, mesmo se eles perderem, eles vão manter. Acho que desde o... A gente aumentou, a gente ampliou, e ele ficou, a gente perdeu. A gente tinha equipe maior no governo do Rechuan, eu falo porque eu vim... Eles ampliaram o prazo do concurso para poder ter profissional aqui e então a equipe foi convocada, aí eu, Lauriane... E viemos pra cá. Porque a equipe aqui era só você e a Lu! Todo os profissionais que entravam aqui, saíam. Então assim, chega um momento... Teve um concurso pra profissionais de vinte horas, e aí vieram as meninas também, então isso tudo foi no governo do Rechuan. Esse governo agora que tá desmontando mais, né. Eu acho. Falo da realidade aqui, no Centro Pop, e de governo; olhando pros outros municípios - igual eu falei no começo - aqui a gente tem muita coisa. A gente tem uma rede muito grande, só não funciona. Mas a gente tem. Eu lembro quando cheguei aqui em 2014, eu pego meu caderno antigo e me sentei com o coordenador aqui, e fui perguntando o que tinha. Quando ele foi me falando o que tinha, tinha, tinha... Eu tô acostumada a trabalhar em cidades pequenas do interior, rural! Eu me deslumbrei com isso aqui, falei "isso aqui é uma maravilha". E depois eu fui vendo que não era bem assim.

P - Então, mas por que que não funciona? Acho que é a politicagem. A gente tem um serviço, mas meio que só pra população ver. A - Ou pra usar como... P - Campanha! E - Como é que tá a equipe aqui agora? Vocês são quantos? A - São três assistentes sociais e dois psicólogos. Uma psicóloga tá de licença maternidade, e uma terapeuta ocupacional está de licença médica. E - Ué, vocês tinham terapeuta ocupacional? A - Chegou, ficou nem um mês e saiu de licença. P - É, mas aí tem profissional de vinte horas né, são quantos de vinte horas? A - Só a Rafaela e a Fabiana agora. P - E eu, né. Faço vinte aqui. E - Você tá dividida? P - Tô, com o Abrigo. A - O Abrigo também dificulta, porque os profissionais não ficam alocados num lugar só, sobrecarrega,

porque ficam cumprindo dois serviços... E - Uhum... E o Abrigo tá funcionando como? A - Eu não posso dizer porque não trabalho lá, só sei do que ouvi falar, de reuniões que fazem mas não cumprem... Por isso que eu acho que é uma pura... P - A Lubiane, ela é bem culta né? [risos] A - Não, isso aqui é normal, porque acho que ela me conhece e eu não quero nem personalizar, mas assim, aí eu prefiro nem falar, porque não eu tenho... Trabalho aqui de forma... Não sou cargo do governo, não sou cargo político, sou profissional concursada. Algumas pessoas podem pensar que tenho algum benefício, mas não devo nada pra ninguém, eu cumpro aqui com meu horário. As vantagens que eu tenho são direitos que estão estabelecidos lá no Estatuto do Servidor, que é vantagem pecuniária, que é hora extra de trabalho que eu faço... Então pra mim, o governo... Todo mundo sabe que eu não sou pró governo aqui, porque eu trabalho com poder público, mas trabalho com o povo, com o usuário, então não é um dia nem outro, isso aqui falo todo dia; falo com chefe, falo com profissional, falo com usuário daqui, todo mundo sabe o meu posicionamento. E - E teve uma mudança boa na equipe, né? Assim, pelo que tenho visto nas entrevistas, tá tendo uma grande dança das cadeiras. Mas eu acho que na Assistência isso é mais, né, do que... A - É que é cômodo pra eles né? E - Tá. Como é que vocês estão vendo - claro que vocês têm alguns usuários que têm interface de álcool e drogas -, como é que vocês veem a política de drogas aqui no município?

A - Olha, todo mundo sabe que dependência química é algo que é difícil de intervir, não é uma questão só de Resende, né... A demanda é muito grande, nem peço prioridade porque nossos usuários é minoria diante dos usuários que vão ser tratados por qualquer um porque têm ser atendidos. Mas os nossos usuários, questão de adesão, tratamento, tem que ser sempre meio que na pressão. Mas também, como a gente também tem que respeitar o usuário, o desejo do indivíduo, o comprometimento dele - que também não tem como você fazer um projeto terapêutico só o profissional, o usuário tem que estar ali dentro -, então não vou culpabilizar o usuário, e também não vou culpabilizar a rede. Então acho que todos temos uma parcela de culpa. Mas eu acho que não dá conta! Muita demanda... P - E tem muito apelo social também. A cidade reclama muito. A - Dos nossos usuários então, é muito complicado! Se ver na rua ninguém vai falar que a situação é dependência química; vai falar que é população de rua, vai ligar pro Centro Pop, mas não vai ligar pro Caps AD. Pro Centro Pop "vai lá fazer uma abordagem, vai fazer uma mediação, uma intervenção. Vai tentar fazer um manejo"... Às vezes até de crise, coisa que não é nossa competência! Mas a gente tá tentando construir, né, reconstruir. O Caps tá junto com a gente na rua... O Consultório na Rua também - apesar do interesse, boa vontade - sempre passa por uma situação de troca de profissional, de número pequeno de equipes, situação da equipe também, de equipamento, de carro, isso também é bem complicado, essa rotatividade de profissional também... A própria realidade é licença médica, licença para estudar, e... E - Mudança do concurso, né? A - Mudança do concurso, troca frequente de coordenação... Eu tô aqui vai fazer seis anos, eu já peguei... Só no Caps

AD já peguei quantos coordenadores? Você, Valesca, Marco, Maria José, Alana, Samir, Camila, já perdi a conta! Então quando você começa a bolar uma coisa, muda. Isso dificulta muito, né, a continuidade no serviço. As pessoas também tem sua vida própria, né? Estão passando pra concursos melhores, oportunidades melhores, você vai ver. As pessoas adoecem, né... P - Mas aí esse que é o problema, a gente sempre trabalha no mínimo. E aí quando acontece essas situações o serviço fica prejudicado, porque não tá preparado pro que vai acontecer... A - E é o usuário que fica sempre no prejuízo.

E - Uhum, tá. Quais ações aqui que vocês realizam hoje, tanto pra população em situação de rua como pra quem está também fazendo uso de substância?

A - Então, aqui é um serviço da Assistência, Centro Pop praticamente tá bem fechado de acordo com a tipificação né, então recebe aqui desde a escuta acolhida, encaminhamento para rede, oficina, grupo, atendimento individual e atendimento em grupo, articulação com a rede... De modo geral, o que é proposto a gente faz. Tudo tem sido oferecido: higiene pessoal, guarda de pertences, alimentação... Olhando pra isso aí é bem enxuto, o serviço é bem completinho, né?

E - Na opinião de vocês, vocês acham que tem uma articulação entre os equipamentos da Saúde com os equipamentos da Assistência Social?

Até tem. A política de Assistência não trabalha sozinha, como a própria política fala, é articular com as demais políticas públicas. Então não tem como você querer promover cidadania, promover acesso a serviço, sem você articular com a rede. Então a gente conversa! Às vezes a gente não consegue efetivar direito, mas a gente consegue tentar, fazer à tentativa... E tenta segurar as coisas que já tem, né? Hoje em dia, se você conseguir manter o que tem já tá bom já, porque... A gente tá com esse discurso, porque ampliar já tá mais complicado. Então a gente tá tentando negociar aí... E conseguimos conversar, sim. Só no cartão que é um pouco mais difícil...

P - A impressão que eu tenho dos anos que eu fiquei no CREAS e desses meses que eu estou aqui é que aqui tem muito mais articulação da Saúde do que tem no CREAS, é muito mais presente os órgãos aqui, pra vir, até mesmo pra estar aqui na nossa convivência, já veio... Coisa que eu nunca vi em oito anos de CREAS, eu já vi aqui. Então eu vejo muito mais interesse e presença da Saúde aqui.

E - Na percepção de vocês, o que vocês pensam sobre o sistema de garantia de direitos?

A - Pop rua é um público que tá diferente, né? Igual, criança e adolescente você tem toda uma... P - Todo um fechamento. A - Pop rua é aquele que é buscado, aquele que a gente empurra lá pro negócio, porque ele já tá totalmente fora. Então assim, aqui a gente tem pouca demanda do Judiciário - a gente não tem essas questões de

interdição aqui, não tem essas questões de acolhimento -, porque é um público adulto! É um público muito vulnerável, porém não tem situações como um idoso, como uma criança ou adolescente, uma pessoa com deficiência, a gente tem poucas pessoas com deficiência aqui... Então não tem muito caso do Conselho Tutelar, e quando tem alguma situação a gente logo encaminha...

P - O que, ao meu ver, é até melhor pra trabalhar, né? Ficar longe do Judiciário... A - Então assim, eu já trabalhei em outros lugares que têm uma pressão muito maior do Judiciário, como essa questão de interdição, abuso financeiro, acolhimento... Então é muito maior. Agora, já em questão do pop rua, a gente que tem que fazer esse movimento: às vezes chama eles pra conhecer, pra participar... Não tem tanto interesse. Porque o nosso público é dúbio, né? Ao mesmo tempo em que as pessoas veem como vítima, coitadinho, mas veem também como vagabundo, perigoso, bandido, então... Não tem tanto envolvimento. E aí a gente só tem mesmo a rede aqui! Ministério Público, quando tem alguma coisa de idoso aqui, eles solicitam atendimento... Mas assim, Conselho Tutelar ou o Judiciário em si, às vezes o pessoal da Defensoria Pública a gente utiliza pouco também, só pra casos extremos mesmo...

P - Mas nesse pouco tempo aqui eu também já vi saindo muito mais licença médica do que eu via no CREAS e no INSS. Já funcionou mais... E - Com eles? P - É. Já fiz algumas no CREAS... Então, de certa forma - eu não sei se é a questão do trabalho que é desenvolvido aqui, ou o foco do CREAS que foge -, eu até vejo um pouquinho mais de direitos sendo garantidos. Um pouquinho... A - É, mas aí eu falo que é mais o comprometimento do profissional, de estar orientando e encaminhando. Isso é um diferencial que eu acho que a nossa equipe tem. Porque aquilo que é direito do usuário a gente vai fazer com que ele acesse, igual, uma questão de INSS, se o cara tá na qualidade de segurado, se o cara tem contribuição e ele tá no perfil, a gente vai encaminhar. Se é um perfil BPC, a gente vai articular com a Saúde, tentar um laudo ou alguma coisa, e vai encaminhar. Porque o INSS hoje, apesar da dificuldade que tá tendo de demora, se a pessoa é perfil, é uma coisa de contribuição, é muito difícil de você não conseguir, né? Então a gente aqui vê uma situação e a gente meio que compra do usuário. Às vezes é até complicado, porque vem coisa distorcida lá de fora, que o usuário não é perfil e ele cisma que é, e a gente tem que desfazer isso da cabeça dele. E os nossos usuários têm isso, né? "É meu direito, eu quero!" e tal... De alguma maneira eles reivindicam também. O que a gente não informa, eles mesmo se informam, e eles têm isso. Diferente, às vezes, dos usuários que estão mais no CRAS, o usuário do CRAS você tem que ir lá atrás dele, o nosso tá aqui todos os dias, então a demanda tá aqui. É fácil de você identificar o que precisa ali e não precisa ir atrás. No CREAS chega uma solicitação do Judiciário! Aqui não, aqui o Judiciário... Então eles estão aqui, né. Agora caso de você ter que ir na casa da pessoa buscar, ou então quando é uma situação de violação de direitos, no CREAS, o Judiciário que manda você resolver... Então aqui a gente meio que resolve, é a gente que faz acontecer.

E - Tá. A abordagem do como vocês fazem hoje, vocês acham que poderia melhorar..? Como é e como vocês acham que poderiam melhorar aos usuários que chegam aqui, ou algumas que vocês fazem na rua...?

A - Não, hoje a gente tem o SEAS, né? Então a equipe separou, o SEAS era aqui dentro... Aí tem o SEAS, que é o Serviço Especializado de Abordagem Social, e nós do Centro Pop temos feito uma abordagem mais de buscativo dos nossos usuários, né...

E - Explica pra mim como está funcionando isso. Qual é a função do SEAS hoje? A - Hoje eles estão responsáveis pelo atendimento migrante, que faz o embarque, e a abordagem, que são essas abordagens de fazer, na rua mesmo, identificar os usuários, população de rua, trabalho infantil, exploração sexual... Que é um serviço também que pode estar dentro do Centro Pop ou pode estar dentro do CREAS, mas aqui eles têm a sede própria deles, têm a autonomia deles. A gente trabalha junto, mas a gente não tá colado. Então nós fazemos abordagem aqui, mas a nossa abordagem hoje tem sido com foco diferente da deles, é mais um buscativo dos nossos usuários, o acompanhamento some... Às vezes a gente faz uma abordagem em conjunto com eles para aproximar desses usuários que eles identificam e encaminham pra gente, então é uma tentativa de criar vínculo para que eles acessem o nosso serviço. Porque às vezes tem usuário que é acompanhado pelo SEAS, num acompanhamento que deveria ser feito pelo Centro Pop, mas ele não vem aqui. E - Mas eles atendem na sede deles? A - Não. Lá na sede deles eles só fazem embarque, atende o migrante e encaminha para embarque. O usuário antes é encaminhado pra cá, pra fazer higiene pessoal, a alimentação, é feito aqui com a gente. E - O embarque é para Volta Redonda? A - Volta Redonda e Cruzeiro. E - Sempre esses dois lugares? A - É. Tem um acordo, né, entre os municípios, de encaminhar pra região mais próxima. Então o pessoal da equipe de Volta Redonda encaminha para Barra do Piraí, Barra do Piraí pra Paracambi e Vassouras, Vassouras pra Três Rios, Três Rios pra Juiz de Fora... Barra do Piraí, Paracambi, Paracambi Central, Rio... Tem uns acordos. Tem uma reunião aí do estado com os municípios, que é uma reunião dos municípios, tipo um convênio aqui do Vale do Paraíba - Volta Redonda, Barra do Piraí, Porto Real, Barra Mansa... Nome fraco aí, tá bem fraco, não se tá conseguindo entender... Mas aí a nossa abordagem no momento está mais assim, às vezes a gente faz uma junto com eles, noturna, mas durante o dia a gente só faz em conjunto quando tem uma situação assim, de vincular o usuário aqui, tentar trazer o usuário pro serviço, porque aí o usuário vai ficar mais assistido, vai poder ser acompanhado, que é nosso serviço aqui... Mas essa abordagem de estar na rua todo dia, quem faz é o SEAS, que é outro equipamento. E - Tá. Então normalmente não tem uma diferenciação, né? Se a pessoa faz o uso de substância ou se é só uma pessoa que tem situação de rua, o atendimento é o mesmo... Em algum momento aqui tem alguma diferenciação? A - Não. E - Também não tem nada específico pra eles? A - Não, porque igualzinho assim, dentro complexão especial fala do atendimento de pessoas com uso dessas

substâncias psicoativas. Mas, com a política de Assistência, atendimento voltado pra isso a gente não faz, a gente faz orientação e encaminhamento. Então faz grupo, a gente articula com outros equipamentos para estarem aqui também - Consultório na Rua, o próprio Caps AD, quem quiser vir aqui a casa tá aberta -, a gente também trabalha essas questões. Mas a gente sempre reforça com eles para que eles façam o tratamento no Caps AD. Então, automaticamente, se a gente atende um usuário aqui, a nossa própria ficha já tem "uso de substâncias", a gente já vai sinalizar ali e vai conversar com o usuário, se ele tiver o interesse de fazer o tratamento a gente já encaminha pro Caps AD. Assim como qualquer outra demanda: com transtorno, com deficiência... Se tiver uma demanda a gente encaminha pro serviço que vai atender.

E - Tá bom. De que forma os usuários acessam essas políticas? O que vocês escutam eles falando no atendimento, que vocês percebem por serem profissionais do município, de que forma eles acessam? Como é que eles chegam aqui? Encaminhados, demanda espontânea...?

P - Sim, tem demanda espontânea. A - Tem uns que vêm encaminhados também, mas a maioria é demanda espontânea. População de rua, eles são bem articulados entre eles, então eles mesmos têm um boca a boca entre eles. P - Acabam falando "ah foi fulano que me trouxe". A - É, então eles mesmos articulam entre eles. Mas tem também, quando ele tá dando uma dorzinha de cabeça, né, até pra uma pessoa do governo, tem aquela coisa de falar "dá uma atenção, atende aí" e tal... Mas geralmente quando eles vêm encaminhados é porque o negócio já tá muito gritando. Mas automaticamente eles chegam aqui sozinhos mesmo, demanda espontânea.

E - Então tá bom, meninas. Tem alguma coisa que vocês queiram acrescentar, falar, que eu não tenha perguntado, que vocês achem relevante em relação ao serviço de vocês...? A - Não, só queria entender qual é... A pesquisa é focada em quê, que sentido...? Ou também você vai trabalhar essa questão da Assistência com a de Álcool e Drogas...? Eu quero entender também. E - Tá, deixa eu acabar aqui.

ÁUDIO 20 - CREAS (30:45) E - Entrevistadora P1 - Psicóloga 1 P2 - Psicólogo 2 P2 - Se a Flavia puder complementar também com a sua experiência, né... E - Pode! Sem dúvidas. Normalmente eu não faço entrevista só com uma pessoa, né. P2 - Na verdade nós somos três aqui. Uma tá de férias. P1 - É, na verdade eu perguntei se ela queria sentar aí porque eu entendi, como você é da Assistência Social, você queria respostas de assistente social... E - Não, é da equipe. P2 - É, se você quiser nos juntar aqui... E - Eu não tô pesquisando a função da Assistência Social no processo, não, acho que a gente é mais uma equipe. P2 - Você quer saber a questão da Saúde Mental hoje? E - Eu quero saber como é que os profissionais estão vivenciando a

função dos equipamentos, como esse público está sendo atendido... Pode ser que nessa política não tenha muito direcionado pra álcool e drogas. É uma forma que o município vem desenhando. P1 - Na verdade, o CREAS... E - Só pra eu entender, qual sua função aqui? P1 - Psicóloga. Você falou que não ia ter o nome e eu já falei o meu. P2 - E, mas ela tá gravando. E - Agora comecei a gravar. P1 - Então, porque é assim: CREAS é Centro de Referência Especializado em Assistência Social. A gente atende demandas do público que tá sofrendo algum tipo de violação de direitos: crianças e adolescentes - aí a violação contra eles pode ser negligência, pode ser abandono, maus tratos, violência física, abuso sexual, esse tipo de demanda -, e também violação de direitos contra os idosos, que também segue a mesma linha - negligência, abandono, abuso financeiro, essas questões... P2 - Abuso né, em geral. P1 - E a medida socioeducativa, que é só adolescente. Na verdade a gente tem um ou outro que já deixou de ser adolescente, tá com 18, tá com 19, mas que, quando cometer um ato infracional, ele vem pra cá. É isso. P2 - Aí, enfim, também trabalhamos com LGBT e pessoas com deficiência. E - Isso aqui, no... P1 - Não, aqui nessa sala é só medidas socioeducativas. E - Tá, isso no CREAS em geral? P1 - No CREAS em geral. E - Ah tá, aí tem violação de direitos do público LGBT e de pessoas com deficiência. P1 e P2 - Isso. P2 - Além de idosos, crianças e adolescentes. Sendo que os outros profissionais vêm por território, e a gente é uma demanda específica. P1 - É, a gente atende todos os territórios de Resende.

E - Ah, aqui como que é a caixinha de vocês, só pra eu entender? Como que vocês estão divididos aqui no CREAS de Resende? P1 - Então, é o que a gente tá falando: o CREAS, de modo geral, antes era demanda. Antes tinha a demanda de criança e adolescente, a demanda do idoso, a demanda de medida socioeducativa, e a do idoso que acho que ficava com PCD e LGBT também. Na última gestão agora, nós viemos pra cá, a gente voltou a funcionar por território. Então, por exemplo, tem um território que é Itapuca-Toyota, tem território que é Jardim Esperança-Paraíso, tem um que é pro Lavapés-Itinerante, que é área rural... E - São três grandes territórios? P1 - Isso. E - Vocês têm isso escrito em algum lugar? P2 - Tem, ali. E - Não, assim, alguma coisa que diga como que tá... P2 - Aí eu não sei. P1 - Tem que ver com a coordenadora. E - Ela que tem... Tá. P1 - E aí só a medida socioeducativa é que abrange todos os territórios. Por quê? A medida socioeducativa funciona da seguinte maneira... Você sabe o que é medida socioeducativa? E - Sim. Mas se você quiser falar, não tem problema [risos]. P1 - A medida socioeducativa vai servir como se fosse... Se fosse o adulto que tivesse cometido o ato em conflito com a Lei, seria crime, e aí no crime tem uma pena. Como quem comete é o adolescente, ao invés de a gente chamar de pena, a gente chama de medida socioeducativa, aquilo que ele vai ter que cumprir pra, vamos dizer assim... P2 - Em meio aberto, né. Que aí a gente tem o Degase, que é internação, que é meio fechado, saindo de lá vem pra cá... P1 - Não necessariamente vêm todos pra cá. É porque é assim, então, medida socioeducativa existe advertência, que não chega pra gente, fica lá mesmo com a juíza, ela que

adverte e dispensa... Se for não tão grave, aí tem a liberdade assistida e a prestação de serviço à comunidade, que é o que a gente trabalha aqui... E - Ah, tá. Vocês trabalham com a liberdade assistida e...? P1 - Prestação de serviço à comunidade. A gente que acompanha esse tipo de medida. E - Qual a diferença entre as duas? P1 - A liberdade assistida são atendimentos semanais, é um acompanhamento de no mínimo seis meses e semanais, com orientações. A prestação de serviço é de no máximo seis meses; quem vai estipular é a juíza. Então, por exemplo, tem casos que ela aplica a prestação de serviços por quatro meses, outros ela coloca dois, outros ela coloca o máximo que é seis - não passa de seis. A liberdade assistida é o oposto: ela é no mínimo de seis e pode se estender até o garoto fazer 21 anos. P2 - Tem gente que tá há um ano aqui, né. P1 - Porque o ideal é que ele cumpra tudo o que determinado na sentença. Precisa estar estudando... P2 - Capsi... P1 - Às vezes, se tem essa questão da drogadição, encaminhar pro Capsi, pra fazer o acompanhamento lá, tratamento lá. A gente encaminha, também, pra fazer cadastro no CIEE, pra fazer, às vezes, uma oficina no Confiar... Tudo dependendo da idade, do interesse e o tempo da escolaridade, também, do adolescente. P2 - E toda a questão da documentação básica civil que ele precisa. P1 - Aí a gente encaminha ele, agenda pra ele tirar carteira, agenda pra ele tirar identidade, agenda pra tirar o título. P2 - Alistamento militar... P1 - É. A gente também faz aqui, quando a internet tá boa, né [risos]. Que essas coisas também dependem disso! Muitas vezes a gente não consegue. Então esse é o nosso trabalho, a gente vai orientar esse adolescente pra que, a intenção é que ele largue... P2 - Resignificar, né. Mudança... E também a gente busca essa qualificação, que em muitas vezes ele não tem esse conhecimento. A gente encaminha pro Capacitar, Confiar, esses cursos que estão na rede aí, que são gratuitos. P1 - Agora, se o adolescente fala pra gente que ele faz uso, a gente encaminha pro Capsi. Mas na maioria das vezes que a gente encaminha pro Capsi pela questão da drogadição, é já em sentença, vem na sentença: a juíza determina que a gente tem que fazer o acompanhamento desse atendimento lá. Então aí a gente liga, conversa com a técnica, né, a gente dá o encaminhamento - se ele não tiver ido ainda, porque às vezes acho que ele até sai do fórum com ela, a determinação até chega lá, também. Mas se não chegar, a gente faz o acompanhamento pra ele ir com a responsável lá... E aí lá ela vai tentar agendar, e aí lá é feita a avaliação, e, se achar que é necessário, vai fazer o acompanhamento. E aí a gente tenta sempre esse contato com o Capsi pra saber: tá realmente indo? Ou eles lá vão falar "ah não, não tem mais necessidade de estar atendendo esse adolescente", até pra não parecer que o adolescente que descumpriu. A gente sempre faz essa troca. Mas a gente, aqui, não atende a questão de álcool e drogas. Se for adolescente é o Capsi, e se for adulto é o Caps AD. Então as outras demandam mesmo, tem essa questão de "ah, tá"... Tem alguma questão que é conjunta, aí às vezes se reúnem, faz uma reunião, alguma coisa assim, o técnico daqui com o de lá. A gente é mais difícil ter porque a maioria que vem pra cá é encaminhada pro Capsi, que está abaixo dos 18. Acho que a gente só tem uma no momento que tá com 18, e aí tá no Caps AD. Mas ela tem ido, às



vezes até eles que ligam pra cá para dizer "ela não pôde vir nem aqui hoje", ou "veio no atendimento aqui e tá se sentindo mal, tá indo pra casa e não vai aí hoje". Então a gente sabe que tá indo lá. P2 - Mas a gente também, se percebe que a família precisa, a gente orienta e encaminha. Às vezes é o pai que tem uma questão... E - E os prestadores de serviços? P1 - A prestação de serviços não acontece aqui, a gente encaminha. Então, até quando eu entrei só tava tendo, basicamente, os CRAS como parceiros. Eram os CRAS, a AABB e acho que a Guarda Municipal. Aí agora a gente tem conseguido outros espaços. Então a gente tem adolescente que tá lá na AABB, que é a Associação Atlética do Banco do Brasil, já tivemos dois na Pestalozzi... Numa escolinha de treinamento que o Fluminense tem, tem uma também cumprindo... Na Biblioteca já tivemos um, já tivemos um na escola... Agora começou um no CCI, que é Centro de Convivência do Idoso... P2 - A gente tem em Engenheiro Passos, porque tem um adolescente que é de Engenheiro Passos, ele tá lá no Centro Administrativo... P1 - É considerado área rural, Engenheiro Passos. Que aí seria o que já faz parte do território que a gente chama de Itinerante. E aí ficaria mais complicado, porque ele já tem que vir uma vez na semana aqui, pra fazer acompanhamento da liberdade assistida. Aí a gente também já fez o encaminhamento dele, tá cumprindo a prestação de serviço no Centro Administrativo de lá. E - Com as duas sentenças? P1 - Pode ser. E - Foi determinado isso... P1 - É, a juíza que determina de acordo com a gravidade, o que eles analisam que foi a gravidade do ato... E - Vocês costumam saber o porquê? Vem pra vocês isso? P1 - Sim, vem escrito na sentença, lá na guia, o que que foi. Noventa e cinco por cento - ou noventa e nove, vamos dizer assim - é tráfico. P2 - Mas hoje a gente já percebe que tem outras questões, de uns tempos pra cá a gente tá observando outras questões. P1 - É, mas é muito pouco. Tipo, até parece um ou outro que é consumo pessoal, que a gente até achava... Tanto que a gente assustou, ano passado foi a primeira vez que a gente pegou um assim. Aí a gente até ligou, perguntou se era isso mesmo, porque a gente tinha o entendimento de que o consumo pessoal não era ato infracional, porque até onde eu sei não é crime, né? E - Tem um quantitativo. P1 - É. Aí a pessoa do fórum explicou pra gente que, por ser adolescente, dependendo da quantidade não vai ser identificado como tráfico, mas aí é identificado como para uso pessoal. E o uso pessoal do adulto, dependendo da quantidade, é permitido, porque ele é adulto e já sabe o que vai causar nele. O adolescente, pelo entendimento de que ele não está totalmente formado, ainda tá em desenvolvimento, então pra ele é um ato infracional ele fazer o uso. Então um ou outro vem como consumo pessoal. P2 - Isso vai da interpretação da Lei, né? Aí você fica assim, não sei como funciona, né... E - Aqui em Resende eles entendem isso como infração. P2 - Assim, como ele não responde por ele, não seria infração dele, né? P1 - É, mas ele que cometeu ato, então ele tem que responder, né? Ele não vai responder como um adulto, então ele vai ter que responder de alguma maneira. Tanto que se ele tá traficando, ele tem que responder. Ah, já aconteceu de ter furto... P2 - Estupro, tentativa de homicídio... P1 - Estupro de vulnerável... Mas a grande maioria é tráfico, é a associação ao tráfico. E - O que eu ia perguntar... Vocês sabem me dizer, de hoje,

o que que funciona no CREAS, como tá a estruturação, fora o local em que vocês estão inseridas? Por exemplo, percebi que tem várias frentes de trabalho, né? Se vocês pudessem me explicar como é que isso tá funcionando aqui... Porque eu já vi que vou ter que tentar conversar pelo menos com cada... Porque como só tem um CREAS só, a configuração é diferente. Então pra eu entender de uma forma mais totalitária, seria bom... Por exemplo, estou conversando com vocês duas aqui da medida, né. Aí qual outra caixinha que você falou ali? P2 - Ali é a medida protetiva, os idosos... E - Então, pra eu poder entender, se vocês pudessem me explicar como é que funciona os outros, nem que não fosse profundamente, pra eu ver como que é a configuração. Porque eu acho que tem mais... P1 - Olha, o que dá pra te falar é assim, eu não me sinto muito confortável falando do outro lá, né... O que eu posso te dizer, que acho que é geral, é no sentido assim: eles recebem demanda, pode ser vinda do Ministério Público, pode ser que venha do Conselho Tutelar, pode ser Disque Center, denúncia, pode ser demanda espontânea, quando a própria pessoa vem pra dizer que a criança ou adolescente está sofrendo algum tipo de violação... E - Tá, mas por exemplo: eles são divididos por território, no caso vocês não; vocês estão pela situação... Se tiver uma ligação do Disque Center do Paraíso? P1 - Aí vai para a equipe do Paraíso. E - Tá, então cada equipe recebe. P2 - Isso. E lá é território, então eles pegam todas as demandas. P1 - Eles vão atender criança, LGBT e tudo daquele território. E aí eles vão ter bastante contato com o CRAS daquele território, se é a criança ou adolescente com situação, também, de uso de drogas, entram em contato também com o Capsi, com o Conselho Tutelar, com o Acolhimento, porque muitas das vezes vem já pelo Acolhimento, com o Asilo... E - É muito interessante tudo isso que vocês estão me falando, eu tô aqui pensando... O que que vocês pensam do sistema de garantia de direitos?

Porque normalmente eles chegam aqui com os direitos já violados. Só chegam assim! [risos] Então é assim né, contraditório. A gente para pra pensar quando a gente tá escrevendo, né, por isso que é bom você entrar em contato com quem tá na atuação. O que vocês pensam? Qual a percepção que vocês têm sobre isso? Porque mesmo sendo um CREAS só, pela fala de vocês parece que tem bastante demanda. P2 - Muita! P1 - Exatamente! É um só pra Resende toda... P2 - Teve uma estatística, foram 1900 atendimentos ano passado, mais ou menos isso. E - Do CREAS inteiro? P2 - Em torno de quase 500 visitas que foram feitas, que eu digo de uma maneira geral, que as pessoas saem externamente né, pra fazer... Diversas coisas. Pra você ver! E nós somos uma equipe pequena! Deve ser o quê, vinte pessoas. P1 - E assim, aí no caso vem pra eles, a demanda pode ser por qualquer meio desses que eu falei, aí se realmente a equipe faz um atendimento, um acolhimento ali, há realmente caso pra gente acompanhar, aí eles vão ver qual que é a melhor maneira de lidar com esse caso. Vai ser atendimento aqui, individual, vai de vez em quando fazer a visita, com quem mais tem que articular pelas questões que tem ali naquela família... Encaminhar pro Centro de Convivência, pro serviço de convivência... E - O município tem serviço

de convivência? P1 - Tem o CRAS. P2 - CCI também, né? P1 - Então, serviço de convivência e fortalecimento de vínculo pra adulto, criança e adolescente é só nos CRAS. P2 - Mesmo assim, acho que começou bem mais forte agora, né. E - E aqui, por exemplo, quando um não vem? P1 - A gente entra em contato primeiro com a família. O que aconteceu... E - O acompanhamento é com ele e com a família ou só com ele? P1 - O primeiro atendimento é com ele e com a família. O responsável, na maioria das vezes, é a mãe. Nos atendimentos seguintes não há essa necessidade da mãe vir, porque muitas das vezes eles também têm outros filhos, têm, sei lá, que cuidar da casa, têm que trabalhar, é um curso também, né, então pode vir só o adolescente porque quem tem que cumprir a medida é ele, não é um irresponsável. E - Aqui vocês dão algum tipo de suporte pra passagem? P1 - Sim, às vezes quando é uma questão assim "ai eu não tenho pra vir", aí a gente, do ano passado pra cá, passou a ter esse recurso. Aí às vezes a gente anota o número do cartão, ele assina... P2 - Não só aqui em Resende, como se precisar também ir ao Degase, é dado também. E - Mas é o que, um cartão? P1 - É um cartão pra ele ir de Resende a Volta Redonda ou de Resende a Barra Mansa. P2 - Pra fazer a visita. P1 - Mas assim, é da rodoviária daqui pra rodoviária de lá. Se tiver que pegar outra condução, essa outra parte é por conta do familiar, mas também já é um valor menor do que o intermunicipal, né? Aí por exemplo, hoje mesmo teve um menino que faltou. Aí a gente ligou pra perguntar o que tinha acontecido, aí ele falou lá qual era a situação, tava com o joelho ruim... Essa já tinha sido a justificativa dele na semana passada, perguntei se ele tava com atestado, ele falou que semana passada pegou... Aí eu perguntei se não tinha melhorado nada, né, até pra poder orientá-lo: "olha, se tá tão ruim, volta lá, porque pode ser que precise trocar a medicação, aí você já pega um outro atestado que justifique isso tanto pra gente quanto pra escola". Neste momento não porque parou, mas a gente orientou ele a pegar semana passada por isso, pra ele não ficar com falta na escola. P2 - Quando não consegue contato telefônico a gente faz a visita, pega o carro e vai até a residência. P1 - E aí, lógico que a gente não tem carro todo dia, né? P2 - Aí a gente faz a busca de uma maneira total mesmo, fala com vizinho, vê alguma referência... P1 - A ideia é encontrar. Aí, assim, se fizemos várias tentativas, ou não atende, ou não atende a gente lá, ou fala que não quer vir, que às vezes a mãe fala "ele não quer ir, já falei que ele tem que ir", aí a gente explica toda a ladainha de novo [risos]: "olha, se não vier daqui a algum tempo, a gente vai esperar mais uma ou duas semanas, se não vier a gente vai ser obrigado a fazer um relatório informando que ele está em descumprimento, aí é a juíza que vai decidir o que faz com isso, que ela pode decidir por regredir a medida por meio de semiliberdade ou meio fechado".

Aí uns resolvem aparecer, outros ficam assim "tô nem aí" e a gente faz isso, vai, faz o relatório e manda pra juíza. Aí às vezes ela faz lá uma audiência, que ela nem comunica pra gente, e às vezes a gente fica só sabendo depois: "foi apreendido", ou então "ela mandou retornar pra dar continuidade, manutenção da medida", aí a gente tem que continuar atendendo. E aí é aquilo que eu te falo, a liberdade assistida, que

é no mínimo seis meses, que se ele cumprisse tudo corretamente, com seis meses a gente pediria uma extinção... Aí a gente não tem condições de pedir uma extinção em seis meses, aí vai se arrastando até a hora que ela achar assim "ah, agora ele já cumpriu tudo", que agora realmente ele tá indo pra escola, tirou documento, tá fazendo concurso, não foi apreendido mais fazendo nada, não tá faltando... Aí é com ela. P2 - Aqui a gente apresenta diversas oportunidades, diversas. Tudo que a gente fica sabendo da rede a gente apresenta. E - Imagino. Qual a faixa etária? P1 - De 15 a 18. P2 - Tem uns ou outros que estão fora dos 18, mas é raro. P1 - Seria, mais ou menos assim, como 15 a 17. Aí tem alguns com 18, tinha até dois aqui com 19... Mas o restante, tem um ou outro com... É, 15 é a menor idade que a gente pega aqui. P2 - E também, Ingrid, não só vem pro primeiro atendimento, quanto quando a gente tem que encaminhar pra prestação de serviço também é necessária a presença da mãe, do responsável, pra entender o que ele vai fazer. P1 - E aí ela se apresenta também com ele no local onde ele vai cumprir. Por exemplo, ele vai cumprir lá no CCI - Centro de Convivência do Idoso -, aí ela vai lá, se apresenta com ele, vai ficar sabendo quais os dias que ele vai cumprir, qual o horário, que a prestação de serviços é no máximo de seis meses e no máximo oito horas por semana. Então quer dizer, o adolescente pode cumprir duas manhãs de quatro horas, ele pode cumprir duas tardes, pra dar as oito horas por semana, ou ele cumpre um dia inteiro, se ele tem essa disponibilidade. Vamos dizer que ele estuda só à noite e quer cumprir um dia só, e pro equipamento também resolve, aí também pode ser assim. E o canal é aberto, tipo, vira e mexe a gente recebe telefonema de mãe - "ai queria ir aí conversar com você porque tá acontecendo tal coisa" -, e a gente... Às vezes nem liga, né, chega ali. Se a gente não tá em atendimento com alguém a gente já atende.

E - E sempre vem do Judiciário? A forma de chegar é do Judiciário? P1 - Sempre. Sempre do Judiciário, sempre. P2 - De alguma maneira vai chegar de lá. P1 - Exatamente. Às vezes é até assim "ah, o Degase...", eles vêm aqui porque eles saíram do Degase porque, assim... Tanto ele pode ser apreendido, ela entender que não tem necessidade de internação e ele vir direto cumprir liberdade assistida, como ele pode ter passado antes por uma internação. Ou da semiliberdade, que é aquela que ele fica lá a semana inteira e fim de semana vai pra casa, como da internação mesmo, que fica lá meses. Então às vezes ele sai de um desses equipamentos lá e chega aqui com um papelzinho pra se apresentar. E aí, assim, a orientação que a gente tem recentemente é: a gente anota tudo, já agenda o atendimento, começa esse acompanhamento e entra em contato com o fórum, para que o fórum envie pra gente a guia de execução, o número do processo correto, essas coisas. Mas o ideal, o correto, seria vir só, só atender quando chegasse a guia de execução aqui, que aí tá dizendo qual foi o ato infracional, qual o número da guia, qual número do processo...

Porque o ruim de se atender assim... P2 - A gente não tem conhecimento... P1 - Quer ver, a gente não sabe nem qual que foi o ato, às vezes não está discriminado direitinho, não tem o número pra depois eles identificarem lá, a gente tem que ficar pedindo a guia de execução, porque no próximo relatório tá justificando o que é aquilo... P2 - Agora, a gente tá um caso ali que acho que tá indo bem, que é de uma adolescente que também era liberdade assistida e prestação, aí conversando com ela a gente percebeu que ela tem uma habilidade esportiva. Foi aí que a gente entrou em contato com o Fluminense, ela iniciou os treinos - ela é a única adolescente, única menina -, tá lá, gostou tanto que, não só ela treina, como tá prestando serviço e eles estão avaliando pra ver de futuramente inseri-la lá. E - Bacana. E qual o diálogo que vocês têm com o Judiciário? Que assim, vocês têm contato com o Capsi, né...? P1 - A gente consegue ligar e conversar com o secretário do promotor. P2 - E da juíza também, né. E - Quem é a juíza agora? P1 - A Camila. A gente não conversa com ela, não, a gente conversa com a secretária dela [risos]. O doutor Afonso, algumas vezes ele convoca uma reunião com a gente. P2 - Mas é raro. P1 - É raro. Na maioria das vezes ele manda o secretário dele ligar: "quero saber de tal processo", "quero saber como que tá tal adolescente, se tá indo, não tá, sabe se tá estudando ou não"... Que a gente também, como a gente também tem que acompanhar isso, muitas das vezes a gente tem que ir lá na escola, pedir um relatório da escola, que aí vai vir quantas faltas tem, quais são as notas, como que é o comportamento, pra juntar com o nosso e ir pro Judiciário. De uns tempos pra cá a gente ainda conseguiu abrir um canal melhor com a assessora da juíza, porque antes era zero contato. Então era assim: deu seis meses, a gente fazia um relatório solicitando extinção, por exemplo. Ou a gente informa que o garoto está descumprindo. A gente ficava aqui falando "e agora faz o quê?". P2 - Bisonho, assim. Vinte meses! P1 - A gente não sabe se foi pra outro lugar, se é pra continuar atendendo, se não é... Cadê a extinção desse menino, a espera às vezes de seis meses, nove meses pra chegar o papel... P2 - E dúvidas processuais que só eles têm essa direção! E - Tem advogado aqui? P1 - Tem. P2 - Tem, mas não vem todo dia. P1 - É, agora tem. E - Mas ele dá suporte aqui? P1 - Sim. Ela sempre passa aqui, fica disponível... P2 - E tem coisas que não é algo que a gente tem... Né? P1 - E aí recentemente, de uns meses... Do ano passado pra cá a gente ainda conseguiu, a advogada, inclusive, conseguiu de a gente se reunir com a assessora da juíza e aí isso facilitou, porque ela passou o telefone pra gente, então de vez em quando a gente consegue falar com ela pelo telefone ou por email; tem coisa que a gente manda email, aí manda pro cartório com cópia pra ela, que aí ela cobra o cartório. P2 - Inclusive, ela nos deu uma série de procedimentos aqui que a gente conseguiu melhorar muito o serviço com a orientação jurídica que ela nos passou. E - A advogada daqui? P2 - Não, a assessora da juíza. São coisas assim, bem específicas do processo, que a gente tem que fazer e a gente...

E - Vocês têm capacitação nesse sentido? Você está aqui há mais tempo, né? P2 - É, a Flávia tá. P1 - Fez dois anos agora. E - Antes de você trabalhar, você trabalhou na

rede ou não? P1 - Não, vim direto pra cá. E - E você? P2 - Então, eu tenho mais ou menos um ano e três meses. E já trabalhei no Capsi num periodozinho. E - Você chegou por um concurso do município. P2 - É. O que me ajudou bastante a entender quando eu encaminho, né, como que é o serviço. E - Importante. P1 - Eu esqueci, eu tô... E - Te atrapalhamos, né? [risos] P2 - Ela perguntou quanto tempo você tem, se trabalhou na rede anteriormente... P1 - Eu sou do último concurso também, aí eu entrei em 2017, aí fiquei sete meses na demanda de adolescente, que era criança e adolescente - não era por território, era demanda -, e aí passei pra cá, vai fazer dois anos que eu tô aqui nessa demanda.

E - Tá. Tá bom, meninas. Assim, não fugiu muito, não... P1 - Você já conhecia antes o serviço? E - Conhecia... Assim, não conheço o serviço, né. Conhecia a Cleusemar... P1 - Ah, acho que era uma do idoso, da demanda do idoso. E - A Débora... P1 - Conheço não. E - E acho que só. Nunca tinha vindo... Aí muito tempo depois que a Rosana foi coordenadora... P2 - Tiveram várias coordenações. Os dispositivos aqui têm equipamentos mas mudam de coordenação. E - E aí... Tinha alguém, que talvez continue o caso da Miriam... P2 - Elisângela? A coordenadora? E - Não era coordenadora, não. Tem muito tempo, e coisa que não vou lembrar... P1 - Podia ser a Daniele, que era a psicóloga, ou a Josemar, que era assistente social. A Alana Gleicy também entrou em 2018...? Agora não lembro o ano, não sei se no caso da dona Miriam a Alana Gleicy já tava aí, que é a assistente social... E - Não, tem mais tempo. Entrou em licença... Há um ano e pouquinho? Foi bem antes de eu sair... Tá. Tem alguma coisa que vocês queiram acrescentar sobre o trabalho que vocês fazem aqui? Fora o Judiciário e a Saúde, tem mais algum... P2 - A Educação, ne? P1 - Com a Educação a gente tem uma certa dificuldade, mas, principalmente, uma coisa que a gente conta muito é a questão da disparidade escolar com a idade. Por exemplo, a gente tem um adolescente que ele tem 15 anos, então pra ele estudar durante o dia ele já tá velho, porque ele tá no quarto ano. Então ele tá grande pra estudar durante o dia, só que, pra estudar à noite, a maioria das escolas é a partir do quinto ano ao sexto ano, então ele não consegue e a gente tá numa dificuldade com isso. P2 - Além da questão escolar, oportunidades como aprendiz, que também recai sobre essa situação da distorção idade-série. P1 - É, a gente tem esse contato com o CIEE... P2 - Que eles querem alguém do Ensino Médio, e eles estão no Fundamental. P1 - É mais difícil inserir nesse sentido... E - Então tá. É isso, olha como vocês falaram bastante! Meia hora [risos]. ÁUDIO 21 (01:49) [...] P1 - A capacitação, o doutor Afonso disse duas vezes que ia dar o curso pra gente, uma capacitação, até hoje não conseguiu. E a gente fez algumas assim - no Degase -, um curso que, sei lá, são três sextas-feiras, alguns são duas, depende, de justiça restaurativa, algo assim. Ou às vezes vem alguma coisa do estado... P2 - Sempre tá buscando fazer cursos, né. E - Tem aquela capacitação do SUAS? Vocês participam? P2 - O psicólogo ainda teve alguma coisa, mas o assistente social... P1 - Teve alguns, aí ia ter a segunda etapa, não teve... Eu fui em um do Capacitar SUAS, foi em 2018, foram acho que quatro

dias... P2 - E a própria capacitação que o promotor Afonso ficou, no caso, ele ficou de nos passar, tem um ano isso! P1 - Até que ele falou " vou esperar vocês se organizarem porque a equipe tá nova". Porque quando ele tinha um contrato antes, eu nem era, aí eu entrei. Aí era eu e a outra assistente social e ela saiu, aí fiquei sozinha. Aí depois entrou ela. Aí falou "olha, vou esperar aí um tempo..." E - Vocês acham que isso tem a ver com o concurso? Foi um concurso para assistente social agora foi vinte horas, nem? P2 - A questão é que muitas pessoas vêm de outros municípios, em especial do Rio, o salário é muito baixo, e pessoas que passam para outros concursos, também. E aqueles que de repente não se identificaram, né, pediram exoneração...

P1 - Ou às vezes a gestão não se acostumou com ele, mandou pra outro lugar... P2 - É, também, é verdade. Tem preferência, ne. E - Bem, uma história sempre tem duas versões, né

ÁUDIO 22 (25:57) E - Entrevistadora A - Assistente Social E - Então, eu queria que você falasse um pouquinho sua idade, formação, tempo na função, se você tem alguma experiência anterior... A - Meu nome é Darlene, tenho 47 anos, sou assistente social, e desde que me formei já trabalhei com Jovem Aprendiz - fora do serviço público -, já trabalhei com Jovem Aprendiz numa empresa que era meio que concorrente do CIEE. Então a gente fazia encaminhamento de jovens estagiários e jovens aprendizes para as empresas. E tive uma experiência também como voluntária, assim que saí da faculdade, no FORM, lá no Rio, que é uma ONG onde eles trabalham com criança que têm problema psicomotor, problema pedagógico e psicomotor. São crianças com esse perfil. E logo depois eu vim pro serviço público, na prefeitura, e já tô aqui há seis anos. Ai minha experiência é de CRAS, de Abrigo para as crianças de 0 a 12, e atualmente no CREAS.

E - Tá. Como que tá funcionando o CREAS hoje? Como tá essa divisão de território, qual o maior público, o quantitativo de equipe, como que tá funcionando?

A - Então, no momento a gente tá com uma defasagem na equipe. Não tá certinho, porque nós somos divididos por territórios, então nós temos três equipes: uma equipe do território Jardim Esperança... nós também somos divididos pelos CRAS, nossa referência são os CRAS... um território fica referenciado no CRAS Parque Minas Gerais, no Jardim Esperança e no Paraíso. Então o certo seria um técnico, dois técnicos para cada território. Só que não tá sendo assim; a gente tem dois técnicos, mas no terceiro território ficou com um técnico, seria no caso mais um profissional. Nós temos o segundo território, que é o Lavapés-Itinerante, e nós temos dois assistentes sociais e um psicólogo. Também falta aí um psicólogo, seria, para cada referência de CRAS, dois técnicos. Temos o território Toyota-Itapuca... Toyota-Itapuca, Parque Minas Gerais e Paraíso são os maiores, em volume de casos, de demandas e tal. Nós temos lá, no momento a gente tá com uma assistente social e uma psicóloga. A demanda seria de duas psicólogas e duas assistentes sociais, né, a gente tá com a metade. Então no momento tá bem complicado porque a gente tava

com mais uma psicóloga, que saiu de férias e provavelmente não vai mais voltar porque foi chamada por um outro concurso. Então a gente já estava defasado e piorou a situação. Tá aguardando aí algumas pessoas do concurso, mas não tem nada previsto certo pra vir. As pessoas até pediram pra já dar aquela parte boa básica pra aguardar só ser chamado mesmo, mas mesmo assim não vai cobrir a nossa demanda de lugar no momento. Ah, e temos a medida socioeducativa. Temos os territórios, a divisão de territórios, e medidas socioeducativas com demanda específica, você até já entrevistou as meninas... Lá também nós temos duas assistentes sociais e uma psicóloga. Só que o MSE é uma demanda específica, então elas conseguem equilibrar bem com o número de técnicos que tem lá, os casos não são tão grandes a ponto de precisar, no momento, desse RH, não. No momento não.

E - E os serviços que são ofertados aqui, como é que funcionam? A - Serviços você diz...? E - Os territórios são parecidos, né? Eles atendem a demanda de criança e adolescente... A - Ah, sim. Criança e adolescente, idosos e PCD - pessoas com deficiência. Ah, e tem o público LGBT também. Esses são os nossos quatro público-alvos

. E - Como é que eles chegam aqui? Como é a forma de acesso desse público? A - Criança e adolescente chegam através do Conselho Tutelar, podem chegar também por demanda espontânea - todos eles podem chegar por demanda espontânea -, podem chegar através do Judiciário, do Ministério Público... Os idosos é a mesma coisa: geralmente chegam por demanda espontânea, a gente recebe muita questão do idoso pelo Judiciário, infelizmente, por questão, às vezes, de estar extrapolando para fazer asilamento, então a demanda por Judiciário pro idoso tá sendo muito grande, cada dia vem aumentando mais. E público LGBT... A gente infelizmente quase não recebe. Esse público ainda tá uma coisa meio velada, alguma coisa que pra gente não chega por demanda espontânea, não chega por denúncia... A gente também recebe do Disque Center, tá... E algumas do PCD. PCD geralmente vem por demanda espontânea, pode também vir encaminhado do PSF, a gente recebe relatório das unidades de Saúde... Basicamente isso.

E - Tem alguma atuação específica para usuários de substância psicoativa?

A - Se tem um serviço específico, você diz? E - Não, algum atendimento específico para esse público. A - Aqui no CREAS? No CREAS, não. Mas tem o Caps, o Caps Álcool e Drogas. Geralmente a gente faz acompanhamento com eles aqui...

E - Quando vem nessas demandas divididas que você falou - criança e adolescente, idoso ou a pessoa quando é família -, quando só aparece de uma forma transversal e vocês direcionam?

A - Exatamente. Se a gente não identificar nenhuma outra demanda pro CRAS que seja dentro desse nosso público, a gente faz esse acompanhamento diretamente pro Capsi... Pro Caps Álcool e Drogas. Desculpa, falei Capsi errado. E - E que Capsi é criança, né? Aqui no Álcool e Drogas é diferente, é os adultos no AD e no Capsi, os adolescentes.

Deixa eu ver... Até fiz a mesma pergunta para as meninas lá em cima: como é que você vê a garantia de direitos dos usuários?



Já que muitos deles vem pro equipamento quando os direitos já estão violados. Como é a tua percepção sobre isso?

Até porque, acho que é o equipamento que mais está na rede de garantias, tá próximo do Conselho Tutelar, do Juizado... Como é que você vê isso? A - A gente tá muito no foco, né... Então, infelizmente o que eu percebo é que existe uma falha na nossa rede, então esse é o motivo pelo qual as pessoas acabam chegando aqui já com a situação muito agravada. Porque se a nossa rede trabalhasse direitinho - quando digo "nossa rede" são todos os nossos serviços -, aquele primeiro atendimento que a gente faz... Por exemplo, chega aqui uma demanda de asilamento de idoso, se esse idoso tiver sido acompanhado direitinho na atenção básica, se fosse feito o trabalho direitinho com ele com a família para que não precisasse chegar a esse ponto, ele nem chegaria pra gente; esse trabalho seria feito lá. Mas muitas vezes a gente pega esse idoso que nem passou pela atenção básica e já chega diretamente pro CRAS com uma questão de asilamento. A gente vai em busca, não tem atendimento, os serviços nem conhecem o idoso... Então acho que pode ter outras questões, mas o que eu posso te responder de cara é esse entrave, essa pequena falha na nossa rede. Questão de comunicação também, vejo que tem bastante dificuldade, a rede não conhecer o serviço do outro... Eu deparo com isso todos os dias.

Então tudo isso vai dificultar a gente viabilizar e promover o direito das pessoas. Isso vai dificultar muito, no nosso dia a dia a gente vê isso: a falha de comunicação, a dificuldade dos serviços em entenderem qual é o seu papel e qual é o papel do outro. Porque se eu sei qual o meu papel eu não vou negar serviço, eu não vou jogar serviço pra frente, não, eu sei que esse é meu papel, então tenho que fazer para que, quando chegar no outro - se precisar chegar -, ele vai chegar de uma forma já sendo acompanhado. Existe até alguns casos que até vem acompanhados, mas que, de alguma forma nós também não somos super-heróis, a gente também não consegue dar conta de tudo; as vezes você vai trabalhar com aquilo e isso, vai trabalhar com aquele caso, mas infelizmente vai acabar dando em um asilamento, um acolhimento, infelizmente.

Mas a grande questão que eu vejo e essa questão da comunicação, da falta de entendimento da rede de saber qual é o papel do outro e qual é o meu papel, e nisso o prejudicado, é lógico, é o usuário com a questão dos seus limites. E - Aqui vocês atendem a pessoa, que de alguma forma teve o direito violado, e a família também? Como funciona esse processo? A - A família também. Fazemos o acompanhamento com a pessoa e com a família. Se precisar de encaminhamento, se, dentro da questão que a gente consegue identificar, tiver uma demanda pro CRAS, de um pai ou familiar que tenha questão com álcool ou com substância psicoativa, a gente faz o encaminhamento... Encaminhamento psicológico. Ou seja, a gente não trabalha só com o sujeito, a gente trabalha também com a sua família.

E - Você falou que normalmente eles chegam com a questão do asilamento, ne? A - Sim. Quando chega pelo Judiciário, às vezes já tá com a questão do asilamento... E - O município, hoje, tem lugar para os idosos? A - Então, temos um único lugar, que é particular, que é o Asilo Nicolino Gulhot. Então a prefeitura tem algumas vagas, eles disponibilizam vinte e cinco vagas para a prefeitura, então a gente tem que trabalhar dentro dessas vinte e cinco vagas. Só que assim, a gente recebe um número

infinitamente maior que esse. E quando extrapolou aqui e não tem como, a gente procura nos arredores, a gente tem que sair em busca de algum jeito, porque quando chega o pedido no Judicial eles não querem saber se tem vaga ou não, então já vem lá: se não tiver como no asilo do município, a gente procura no entorno. Infelizmente essa aí é uma demanda que só tem crescido, a demanda de idoso, muitos casos acabam meio que resultando num asilamento, e a gente tem essa dificuldade, sim, com vagas. E - Criança e adolescente, em relação... Porque aqui eu vejo essa questão do asilamento, né, dos idosos... E os Abrigos? Como é que funcionam? A - O Acolhimento, né? Você quer saber como chega? E - É, como é que isso aparece, se aqui faz algum acompanhamento lá no Abrigo, se é uma equipe própria... A - Sim, a gente também faz esse trabalho. No Acolhimento o fluxo é: Conselho Tutelar, faz esse encaminhamento para o Abrigo, no caso, e faz um encaminhamento pra gente, para que a partir daquele momento a gente faça o acompanhamento, se não for um caso que a gente já conheça. Que às vezes, como eu te falei, infelizmente, às vezes quando chega pra gente a coisa já tá tão problemático que resultou num asilamento, e no Acolhimento a gente não tem como...

E - E vocês ficam sabendo depois. A - Exatamente, infelizmente.

E - Tem como você, assim, contar um exemplo pra mim, só para eu visualizar? Um exemplo de algo que tenha acontecido dessa forma. A - Nossa, a gente tem vários exemplos. A criança chega, foi identificada, ela já está em Acolhimento. Não foi trabalhado com ela, quando chega pra gente, a gente identifica que aquela família não estava sendo acompanhada pela Básica, por exemplo, pelo CRAS, porque aí a gente poderia... Às vezes o acolhimento acontece por situações que poderiam ter sido evitadas se tivessem sido trabalhadas antes; às vezes é um conflito familiar, um desentendimento... A gente tem caso aqui de adolescente que às vezes é acolhido porque o pai e a mãe não querem que namore - "não quero que namore fulano, aí vou te colocar no Abrigo como punição, como forma pra você não namorar" -, entende? São conflitos familiares, coisas que, se tivessem o acompanhamento com a entrada, esse acolhimento poderia ter sido evitado. E quando o Conselho Tutelar é acionado nesse conflito, o que o Conselho Tutelar faz é retirar essa criança e colocar em Acolhimento, porque por muitas vezes eles não conseguem ver uma solução. Por várias vezes eles ligam pra gente, até por conta de a gente ter uma equipe técnica e eles terem uma dificuldade - agora não, agora o Conselho Tutelar tem uma equipe técnica, um psicólogo, uma assistente social, acredito que isso tenha melhorado bastante -, eles ficam "eu não sei o que fazer com a criança tal ou o adolescente tal, já foi tentado de tudo, eu não sei, o que eu faço?". O que eles têm em mente e a questão "não tem como resolver, vou mandar pro Acolhimento. Então me ajuda para que não descambe num acolhimento". Mas acontece muito, aí quando chega no Abrigo, que chega o caso pra gente, a gente vai ver qual foi o motivo pelo qual essa criança ou esse adolescente foi acolhido. Às vezes é por essas questões, questões bobas que poderiam ter sido trabalhadas. Mas, como não teve esse acompanhamento antes, a coisa já chegou sem uma maneira de se reverter. E - Entendi. O Abrigo aqui, como ele funciona? A - Você quer dizer o horário? E - Não, com as crianças, quantitativo de vagas... A - Ah, tá. Se eu não me engano, na casa daqui são vinte vagas, no máximo vinte e cinco... E - São dois? A - São dois. Um é pra criança de 0

a 12, que é a nossa casa, e tem o outro que é pra adolescente, que a casa da Colina. E - Irmãos ficam separados? A - A prioridade é que não, que fiquem juntos. Então assim, se tiver uma criança com 7 ou 8 anos e o irmão com 14, vai ficar no de criança, no de 0 a 12, com o irmão mais novo. A preferência é que fiquem juntos. Só se der algum problema, o que ainda é raro. E - E aí uma vez que o Conselho Tutelar encaminha pro Abrigo, encaminha pra vocês, vocês vão lá fazer o atendimento ou fazem atendimento com a família primeiro? A - A gente toma conhecimento com a equipe do Abrigo, vai lá conhecer a criança, conversa com a equipe, e posteriormente a gente entra em contato com a família - faz uma visita, marca pra família vir aqui -, e nisso vai o acompanhamento até essa criança ser desligada do Abrigo. Depois que ela é desligada, a gente ainda faz um acompanhamento posterior ao desligamento. Esse acompanhamento só vai deixar de ser feito quando realmente a gente identificar que não existe mais a violação. Se tá tudo ok, tá tudo certinho, tá encaminhado, então a gente vai desligar esse caso, não tem mais a violação. Mas enquanto houver essa violação, houver indícios disso, o CREAS vai continuar acompanhando.

E - Entendi. Deixa eu ver, é muita informação... [risos]. Quanto ao maior parceiro aqui, vocês conseguem dialogar bem com o Judiciário, como é que vem os encaminhamentos...? Com a Saúde, pelo que eu entendi, o carro-chefe é o Capsi, né? Talvez o segundo colocado fosse o Caps AD, quando tem a questão de álcool e drogas, e tal... Mas com o Judiciário, tem uma boa entrada? A - Sim, temos. A nossa dificuldade, que eu vejo nesse momento, com o Judiciário, são as questões dos asilamentos. Assim, chegam com prazos curtíssimos pra você ter que fazer aquele negócio. Às vezes a gente tá conhecendo um caso agora, e você precisa ter um tempo para trabalhar com a família e entender o caso, mas às vezes chegam asilamentos de casos que a gente não conhecia e você tem que ir duas horas para efetuar o asilamento. É aquela correria. Mas fora isso, questão de criança e adolescente, a gente conversa bem com promotor, com a própria juíza, a promotora Camila, se tiver alguma dificuldade a gente marca uma reunião com ela, ela nos atende, a gente conversa... A gente já conseguiu reverter até asilamento - com a promotoria do idoso - nessa conversa. Nossa dificuldade é com a questão do prazo que chega pra gente cumprir. Mas assim, abertura pra conversa a gente tem. Vou te dizer que a gente tem, sim, não vou dizer que eles são fechados e que a gente não consegue esse diálogo, porque a gente consegue, sim. Em relação ao Capsi - a Saúde em geral, quer dizer - a gente tenta um bom diálogo, mas a gente esbarra em algumas dificuldades. Como posso te falar... Tem um caso para ser atendido, você liga pra lá e não sabe quem é o técnico que atendeu, ou eles não querem dar a informação pelo telefone, aí a gente agenda reunião com a coordenação pra falar, se tem coisa importante a gente troca também, então a nossa dificuldade com a Saúde é mais por conta disso. Com o Capsi as dificuldades são demandas que a gente tem, coisas que a gente julga como emergência, mas eles não veem como emergência... Mas são coisas que já estão sendo conversadas, a gente precisa acertar, ainda não tá direitinho, mas a gente já vem conversando e chamando a atenção pra isso. E - Tipo o quê, que você acha que é uma demanda urgente e eles não concordam? A - Eu recebi, por exemplo, uma demanda de uma menina de 15 anos que relatou que foi violentada com 13 anos, só que até agora ela não tinha contado pra ninguém. O negócio explodiu numa reunião que foi feita tendo relação com a Maria da Penha, essa menina ouviu o relato de uma pessoa que tava lá e ela se viu naquele relato, começou a chorar, e daí a gente foi

fazer atendimento - eu tava lá, inclusive -, e a gente foi descobrir isso que ela não tinha revelado pra ninguém. Dois anos com ela guardado e não tinha comentado com ninguém. Então assim, eu julguei ali naquele momento que essa entrada pra ela Capsi seria de muita importância! Nem os pais dela sabiam. Ela tava botando pra fora, ela tava se livrando de uma coisa, e eu julguei aquilo como muito importante! Era uma coisa que tinha acontecido com ela e não tinha contado pra ninguém, pra quem ela contou foi pra primo, mas foi reprimida por isso - "ah, mas aconteceu assim, então nem foi tão grave assim" -, mas na cabeça dela foi muito grave! Então esse caso eu encaminhei pro Capsi, eles não entraram em contato com a menina, não entraram em contato com a família... Posteriormente eu insisti no atendimento, a forma deles foi "a gente não atende por telefone, precisa mandar relatório"... Então buburocratizando uma coisa que eu acho que deveria ter uma prioridade. E a gente vê pelo CAAR, que faz uma boa parceria com a gente e é menos, como posso dizer... E - Qual o dispositivo? A - CAAR. É o Centro de Atendimento ao Adolescente, criança não. Então a gente queria ter essa abertura pra encaminhar, conversando até com equipe de lá, mas a porta de entrada é o Capsi. Então assim, tem que passar pelo Capsi primeiro para depois ir pro CAAR. Eles tinham uma melhor disponibilidade para esses casos, mas a técnica falou comigo: "olha, a porta de entrada é o Capsi, então é o Capsi que tem que mandar pra gente". Só que no Capsi são muito pouco e é muita gente! A gente até entende quando eles dizem "a gente tem uma fila de espera enorme". Fica complicado, você não tem como falar como o outro vai trabalhar, a gente só quer facilitar para viabilizar justamente a questão do direito da pessoa de ser atendida, de ser ouvida, entendeu? Porque ela já vem de uma violação de direitos, se você ficar dificultando, burocratizando, é muito ruim. Então a nossa dificuldade é essa, em eles estabelecerem uma prioridade àquilo que a gente entende que é uma prioridade, mas eles "não, já tem tantos na fila, então tem que aguardar". Assim, a linguagem não tá sendo a mesma no momento.

E - Entendi. Você falou e eu fiquei pensando, só que você continuou e eu perdi o fio da meada do que ia te perguntar... Não vou lembrar agora... Bom, mas eu vou voltar, é que você falou alguma coisa que eu fiquei pensando mas passou [risos]. Tem problema não, depois se lembrar eu volto. A - Depois você vai ouvir a entrevista, aí você pega. E - É, vou, aí eu lembro! Mas deixa eu te perguntar uma coisa: tem alguma coisa que eu não tenha perguntado e que você queira acrescentar, que você ache importante em relação ao serviço...? A - Não, o que tenho a acrescentar é o que eu até já falei aí, que é a questão do entendimento da nossa própria rede do trabalho do CREAS. Porque o CREAS é muito confundido, sabe? As pessoas não sabem qual é o trabalho do CREAS, por mais que a gente tente divulgar nossos serviços, até pra nossa própria rede, eles não sabem. Eles mandam conflitos familiares pra gente, coisa que é pra Básica cuidar. Enquanto a gente "perde tempo" com essas questões de conflito, a gente tem várias questões aqui que às vezes até envolve advogada... É briga de família, enquanto a gente tem coisas que realmente eram violações de direitos. Então o que eu gostaria mesmo é que tivesse um entendimento da rede sobre o nosso trabalho. A pessoa às vezes liga pra cá, o idoso foi assaltado no banco e alguém da rede liga pra cá para saber o que a gente pode fazer. Foi assaltado, liga pra polícia! Uma questão de guarda, como a gente recebeu aqui, guarda tem alienação parental, mas alienação parental é uma coisa que tá ainda... Não foi esclarecido se há essa alienação ou não, estão em briga judicial. "Então manda pro

CREAS, pro CREAS fazer o fortalecimento de vínculo dessa família!" Não é bem assim. Então, do próprio Conselho Tutelar existe essa dificuldade de eles entenderem o que é nosso e o que não é. "Faz um atendimento emergencial"... CREAS não faz atendimento emergencial, a gente faz acompanhamento. "Atendimento emergencial pra quem é, sobre o quê? Então vou mandar pros devidos lugares". Mas se a rede não tiver claro isso, não souber, gera toda essa confusão. Até a pessoa chegar ali e dizer que não foi bem atendida, que não conseguiu ter o entendimento, e o CREAS, durante muito tempo, foi visto com maus olhos pela rede, principalmente por conta disso.

Então para que haja bons olhos com o outro, você precisa saber o que o outro pode fazer pra você não julgar que ele não fez aquilo que não é da competência dele. Não é que vou dizer "isso não é da minha alçada então não vou fazer", mas acho que precisa ficar claro senão você sobrecarrega o serviço. Se você ficar fazendo coisa que o outro não faz... Eu às vezes atendo caso aqui que é conflito familiar, mas para que isso não me gere, lá na frente, uma violação brusca de direito e chegue para cá como um caso do CREAS, eu pego pra começar a dar uma lapidada aqui para não precisar vir realmente como caso. Pego, dou uma orientação, e encaminho pro CRAS, pego um técnico parceiro pra deixar o caso com ele, entendeu? Então assim, não é dizer que não é meu, a gente procura fazer o nosso papel. Mas precisa ter esse entendimento para que todo mundo saiba o que fazer, o que deve fazer e o que o outro faz. Que aí é uma equipe. E - Você acha que isso acontece, não sei né... A equipe muda constantemente, o pessoal vem do concurso, já cai nos equipamentos, nos dispositivos, e não tem um tempo de treinamento. Fico até imaginando que, assim, quando a gente não tem uma formação dentro dos equipamentos e tal, fica até muito difícil mesmo você saber... Aqui, especificamente, vocês pensam alguma coisa sobre isso para as pessoas que chegam aqui? Como é que funciona? A - Essa questão do treinamento? É bem difícil. Já que não tem ninguém, já vai pro... Infelizmente. A gente procura sempre colocar com um técnico mais experiente para já dar orientação do trabalho, mas assim, essa capacitação, essa coisa, esse treinamento como deveria ser, não temos. Infelizmente não temos. E - Então tá bom, é isso. Tá? Obrigada