



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Marina Schiochet

Espaços, hospitalidades e políticas públicas: uma etnografia do CAPS AD III de
Blumenau/SC

FLORIANÓPOLIS

2019

Marina Schiochet

Espaços, hospitalidades e políticas públicas: uma etnografia do CAPS AD III de
Blumenau/SC

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado
Profissional em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial da Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em
Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Orientador: Prof. Dr. Alberto Groisman

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Schiochet, Marina
Espaços, hospitalidades e políticas públicas : uma
etnografia do CAPS AD III de Blumenau/SC / Marina
Schiochet ; orientador, Alberto Groisman, 2019.
140 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Etnografia.
3. Saúde Mental. 4. Hospitalidade. 5. Políticas Públicas.
I. Groisman, Alberto . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial. III. Título.

Marina Schiochet

Espaços, hospitalidades e políticas públicas: uma etnografia do CAPS AD III de
Blumenau/SC

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Alberto Groisman, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Magda do Canto Zurba, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Luciano von der Goltz Vianna, Dr.
Universidade Estadual do Mato Grosso

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de mestre em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas
Coordenador do Programa

Prof. Dr. Alberto Groisman
Orientador

Florianópolis, 20 de setembro de 2019.

Aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial e aos colegas servidores públicos do município de Blumenau.

AGRADECIMENTOS

Poder escolher se aventurar em um mestrado não é algo que se faz só. Apesar do desejo e interesse pessoal, escolher estudar, pesquisar e escrever não seria possível sem o grande incentivo de muitas pessoas. Por se tratar de uma pesquisa do cotidiano, o agradecimento não se refere somente à colaboração para o trabalho escrito, mas à colaboração que se faz no dia-a-dia. Agradeço primeiramente aos usuários do CAPS AD III, estendendo também aos demais usuários da rede de atenção psicossocial do município. Agradeço a interlocução e a entrega de suas histórias de vida que repercutem na necessidade de um cuidado em saúde mental que priorize as subjetividades e a defesa de políticas públicas que assegurem esse cuidado.

Aos meus colegas de trabalho do CAPS AD III, interlocutores principais desta pesquisa, agradeço a convivência, o respeito e o interesse em construirmos juntos um serviço público de saúde nestes últimos quatro anos em que estou com vocês. Dentro da nossa diversidade profissional e de entendimento do cuidado em saúde, é uma alegria ser parte de uma equipe com vocês. Aproveito para agradecer aos interlocutores que me concederam entrevistas durante o trabalho de campo. Agradeço também aos gestores e coordenadoras da saúde mental do município pela disponibilidade, infelizmente não pude contar com a liberação do trabalho para cursar esses dois anos de mestrado e apesar do pouco incentivo de estudos para os servidores públicos municipais por parte do plano de carreira, foram os gestores próximos, representados aqui pela Lenice, Vanessa, Jorge Fernando e Deisi, que me incentivaram e possibilitaram essa formação.

Aos associados da Enlourescer, sou muito grata pela convivência com vocês e por terem permitido que eu faça parte das suas vidas. Que o comprometimento, a experiência e a amizade de vocês alcancem um dia todos os usuários da saúde mental. Agradeço também às amigas Alessandra e Rita, parceiras de trabalho e de sonhos compartilhados.

Ao meu orientador Alberto Groisman, pesquisar é realmente uma aventura, obrigada por incentivar minha “saída de um armário” – de um conforto da posição de jovem psicóloga - para enfim etnografar. Agradeço a escuta, a paciência, as preciosas orientações e ensinamentos. Agradeço também aos demais colegas do grupo Oriente,

especialmente Luciano, Isadora e Ariele, vocês foram muito importantes para a minha tentativa de aproximação com a Antropologia e suas diversas interlocuções.

Agradeço ao programa de Mestrado Profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial e aos professores pela formação de qualidade e pela possibilidade do estudo como um instrumento para reflexão das práticas cotidianas. Aos amigos e colegas de turma do mestrado, agradeço o compartilhamento de experiências e sentimentos.

Aos meus amigos “de Blumenau”: Gabriela, Débora, Marina, Aline, Matheus, Tomás, Tiago e tantos outros que cresceram comigo e me acompanham até hoje, e aos amigos “de Florianópolis”: Luiza, Gustavo M., Lucas, Gustavo B., Marina e Stephanie, obrigada pelo carinho de vocês e por fazerem parte e construírem a minha história comigo. Vocês são o fôlego necessário para seguir em frente.

Escolhas de pesquisa, de trabalho e de vida não deixam de estar entrelaçadas pela minha história. Um agradecimento especial à minha família, espero que as minhas escolhas sejam sempre pautadas pelos valores que vieram de vocês, em busca da simplicidade, da humildade e do justo. Mãe e pai, obrigada por tanto amor. O amparo, o carinho e o apoio de vocês são responsáveis pelas minhas conquistas e pela possibilidade de finalizar mais esse trabalho. Pai, você que é minha referência em tanta coisa, obrigada pela insistência e pelo incentivo na minha autonomia e liberdade, mas no final das contas a fruta não cai longe do pé e acabei por trilhar rumos parecidos aos teus, que bom. Mãe, você bem sabe o quanto essa dissertação é sua também, o seu cuidado, a sua escuta e o entendimento do quanto realizar o mestrado e estar muitas vezes longe era importante para mim. Obrigada pelo colo e pela doação. Giulia, minha irmã, o deslocamento semanal para outra cidade nunca foi “sacrifício”, possibilitou que eu sempre mantivesse a proximidade contigo, que para mim é tão necessária. Obrigada pelo teu esforço em tentar me acompanhar e participar dos meus momentos importantes. Agradeço pelos dias de pouso na casa sua e do Arthur, que facilitou minha frequência às aulas.

Rafael, que bom te encontrar nessa vida, além de todo o carinho, agradeço aqui especialmente por compartilhar comigo esse processo de mestrado, cada um na sua área, começando e terminando juntos. Dois anos imersos e implicados em estudos que nos movem para tentar entender um pouco o(s) nosso(s) mundo(s). Obrigada pelos diversos momentos de compreensão e pelo incentivo ao estudo, à curiosidade e ao pensamento crítico sobre as coisas, você me ajuda a crescer.

Aos que colaboraram no meu percurso etnográfico e aos que compõem o meu percurso de vida, agradeço imensamente. Por fim, especial agradecimento aos membros da banca de defesa, professora Magda e professor Luciano pelas leituras atentas ao trabalho e cujas considerações serão importantes em processo de publicação e na elaboração de futuro projeto de pesquisa.

"Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir"

(Foucault, 1984)

RESUMO

Esta dissertação se propõe a narrar uma pesquisa de inspiração etnográfica realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III de Blumenau/SC. A pesquisa partiu das observações iniciais da pesquisadora, que também é servidora pública e profissional do CAPS AD III. Inicialmente, o questionamento sobre o serviço de hospitalidade e seus desdobramentos neste serviço público motivaram para o desenvolvimento da pesquisa. A partir disso também foi possível questionar sobre o lugar que o CAPS AD III ocupa na rede de atenção e qual a sua relação com os demais serviços públicos e instituições componentes da política pública de saúde mental e álcool e drogas. Partiu-se do entendimento que a qualificação recente do CAPS para implementar o serviço de hospitalidade/acolhimento noturno, modificou sua posição nessa rede e promoveu necessidade de pensar sobre os processos de trabalho da equipe e a repercussão que a política pública tem para profissionais e usuários, principais frequentadores do serviço público em estudo. A pesquisa teve como objetivos, portanto, construir um estudo etnográfico para compreender o serviço público CAPS AD III a partir da hospitalidade; compreender a relação do CAPS AD III com a política municipal sobre drogas e sua rede de atenção; e por fim, identificar os desdobramentos dessa relação, na perspectiva do percurso e trabalho de campo da pesquisadora, no período de 2018 e primeiro semestre de 2019. O percurso etnográfico foi organizado por um trabalho de campo que consistiu em registros das observações da pesquisadora, além de relatos de conversas de convivência, eventos públicos relacionados ao tema e entrevistas realizadas com pessoas “chave” para a pesquisa, bem como a leitura e análise dos documentos legais (legislações) e dos documentos organizativos internos. O trabalho de campo permitiu, além da aproximação com o objetivo inicial, elaborar uma discussão sobre o espaço e a movimentação das pessoas que o utilizam como componente da política pública. Esta discussão se relaciona ao histórico do espaço, sua escolha para abrigar um serviço público e a organização dos processos de trabalho a partir dele. O início da reflexão sobre o espaço foi possível também pela descoberta, durante o trabalho de campo, de registros fotográficos e registros escritos de Dona Adelina, antiga proprietária da casa, que relatava sobre a sua relação com esse espaço. A reflexão sobre a hospitalidade, para além do serviço de acolhimento noturno, é parte da movimentação dos profissionais e usuários pelos espaços e processos de cuidado, da formulação de acordos, e dos protocolos organizativos. As discussões sobre espaço e hospitalidade resultam em considerar que a práxis dos agentes públicos e seus desdobramentos cotidianos no serviço é “política pública”. O trabalho de campo possibilitou também a elaboração de uma nova cartografia, mapeando e identificando a relação do CAPS AD III com outros pontos de atenção da rede de cuidado, evidenciando aproximações e tensionamentos. Por fim, discutiu-se as recentes alterações nas políticas públicas de saúde mental e políticas públicas sobre drogas e seus desdobramentos no que foi apresentado cartograficamente.

Palavras-chave: Etnografia. Saúde Mental. Serviço Público. Espaço. Hospitalidade. Política sobre Drogas. Política Pública.

ABSTRACT

This dissertation aims to narrate an ethnographic inspired research conducted at the Center for Psychosocial Attention Alcohol and Drugs III of Blumenau/SC. The research was based on the initial observations of the researcher, who is also a public servant and professional of CAPS AD III. Initially, the questioning about the hospitality service and its unfoldings in this public service motivated the development of the research. Based on this, it was also possible to question the place CAPS AD III occupies in the care network and its relationship with the other public services and institutions that compose the public policy on mental health and alcohol and drugs. It is assumed that the recent qualification of the CAPS to implement the hospitality/night reception service, modified its position in this network and promoted the need to think about the teamwork processes and the repercussion that public policy has for users and professionals, the main users of the public service under study. The research aimed, therefore, to construct an ethnographic study to understand the public service CAPS AD III from hospitality; understand the relationship of CAPS AD III with the municipal policy on drugs and its care network; and finally, identify the developments of this relationship, from the perspective of the researcher's path and field work, in the period of 2018 and first half of 2019. The ethnographic path was organized by a field work that consisted on registering the researcher's observations, in addition to reports of day-to-day conversations, public events related to the theme and interviews conducted with "key" people for the research, as well as the reading and analysis of legal documents (legislation) and internal organizational documents. The field work allowed, in addition to approaching the initial objective, the elaboration of a discussion on the space and the movement of people who use it as a component of the public policy. This discussion is related to the history of the building, the choice to house a public service in it, and the organization of work processes based on it. The reflections on the space were sparked by the discovery, during the fieldwork, of photographic records and written records of Dona Adelina, former owner of the house, who reported on her relationship with this space. The discussion on hospitality, beyond the nightly hospitality service, is part of the movement of professionals and users through the spaces and the processes of care, the formulation of agreements, and organizational protocols. The discussions about space and hospitality result in considering that the praxis of public agents and their daily developments in the service is "public policy". The fieldwork also enabled the conception of a new cartography, mapping and identifying the relationship of CAPS AD III with other components of the care network, showing approaches and tensions. Finally, the recent changes in public policies on mental health and public policies on drugs and their consequences in what was presented cartographically were discussed.

Keywords: Ethnography. Mental Health. Public Service. Space. Hospitality. Drug Policy. Public Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho "pré-cartográfico" da pesquisa	30
Figura 2 - Fluxos e rotinas de acolhimento no CAPS AD III.....	47
Figura 3 - Ações dos profissionais do CAPS AD III.....	48
Figura 4 - Desenho da recepção do CAPS AD III.....	64
Figura 5 - Desenho da sala de enfermagem do CAPS AD III.....	65
Figura 6 - Desenho cartográfico das relações interinstitucionais do CAPS AD III.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AG – Ambulatório Geral

AMBLU – Abrigo Municipal de Blumenau

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil

CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

CERENE – Centro Terapêutico Nova Esperança

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

COMEN – Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONFECT – Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas

CONSEG – Conselho Comunitário de Segurança

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT – Comunidade Terapêutica

CTV – Centro Terapêutico Vida

ENLOUCRESCER – Associação de Familiares, Amigos e Usuários do serviço de Saúde Mental do município de Blumenau

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FREMAD – Fundo Municipal para Ações de Políticas Públicas sobre Drogas

FURB – Fundação Universidade Regional de Blumenau

HSA – Hospital Santo Antônio

ITCP – Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social, atualmente Ministério da Cidadania

MJ – Ministério da Justiça e Segurança Pública

MS – Ministério da Saúde

PLAMIPED – Plano Municipal Intersetorial de Políticas sobre Drogas

PROMAD - Programa Municipal para Ações Públicas sobre Drogas

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAS – Serviço de Avaliação em Saúde Mental

SEDECI – Secretaria Municipal de Defesa do Cidadão

SEMUDES – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SEMUS – Secretaria Municipal de Promoção da Saúde

SISMAD – Sistema Municipal sobre Drogas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	PRÓLOGO.....	15
1	APRESENTAÇÕES INTRODUTÓRIAS.....	18
2	UMA ESCOLHA TEÓRICO-METODOLÓGICA	22
2.1	Um fazer singular.....	25
2.2	Ser pesquisadora.....	27
2.3	Trabalho de campo.....	29
2.3.1	Processo de construção dos diários de campo.....	31
2.3.2	Entrevistas.....	33
2.3.3	Eventos Públicos.....	34
3	CAPS AD III NA POLÍTICA PÚBLICA.....	37
3.1	Organização da RAPS em Blumenau	40
3.2	Planejamento e Financiamento.....	42
3.3	Gestão do Cuidado.....	45
3.4	Política Nacional sobre Drogas.....	49
3.5	Política sobre Drogas em Blumenau.....	51
4	UMA PAUSA PARA ATRAVESSAR A RUA	55
5	ESPAÇO E HOSPITALIDADE	56
5.1	Espacialidade.....	60
5.2	Serviço de Hospitalidade.....	66
5.3	Na sala de estar: reuniões e movimentação pessoal.....	71
5.4	Mudanças na gestão.....	73
5.5	Cucas e Bolos: a Política Pública que se faz na cozinha.....	76
6	DA GOVERNANÇA À HOSPITALIDADE: ACORDOS E PROTOCOLOS..	78
6.1	Protocolo, rotinas e segurança.....	82
6.2	Hospitalidade x Hospitalização.....	89
6.3	A enfermagem como estruturação do serviço.....	90
7	O TRABALHO DE JARDINAGEM: AS RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS.....	95
7.1	Tensionamentos entre modelos de atenção em álcool e drogas.....	103
7.2	Associação Enlourecer e Rádio Comunitária Fortaleza.....	109
8	A DEMOLIÇÃO DA CASA?.....	112

EPÍLOGO.....	117
REFERÊNCIAS.....	121
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	127
ANEXO B - Formulário para solicitação de desenvolvimento de pesquisa em campo, dentro dos setores da SEMUS.....	131
ANEXO C - Termo de Consentimento de Adesão em Tratamento em Hospitalidade - CAPS AD III - Blumenau.....	134
ANEXO D - Registro fotográfico da fachada do CAPS AD III.....	138
ANEXO E - Registro fotográfico da recepção do CAPS AD III.....	139
ANEXO F - Registro fotográfico da sala de enfermagem do CAPS AD III.....	140

PRÓLOGO

Ando pela “cidade jardim”¹, traçando o mesmo caminho nos últimos quatro anos, em direção ao bairro Bom Retiro - muito conhecido pelos casarões tombados das famílias “tradicionais” blumenauenses e principalmente pela famosa Companhia Hering. O trajeto da rua Sete de Setembro até a casa de número 766 na rua Hermann Hering geralmente é feito a pé, numa caminhada de quinze minutos já que os horários de ônibus para a rua de destino são reduzidos e não coincidem com meus horários de trabalho. Há possibilidade de escolher entre dois trajetos: um considero mais bonito (vendo os casarões e seus jardins) e outro é mais curto (passando ao lado do Hospital Santa Isabel). A casa número 766 se vê de longe da rua, é totalmente branca e muito grande. Quando o trajeto não é feito a pé, e sim de carro (geralmente carona ou carro de aplicativo) o comando é sempre o mesmo “vou ficar ali na casa branca à direita, próxima à curva, na casa da Dudalina”. A arquitetura se diferencia de todas as outras casas da rua, não segue um padrão germânico, mas um estilo clássico à la Casa Branca estadunidense. A grade que cerca a casa é de ferro, com muitos detalhes e bastante alta, está lá para delimitar o terreno, mas deixa o que está para dentro dela totalmente à vista, quase como se fosse parte da decoração. Entrando pelo portão passo por um caminho de lajotas no meio de um grande e organizado jardim (que hoje não tem mais tantas flores quanto já teve e a fonte ao lado esquerdo também não funciona mais, mas mantém os mesmos elementos desde a sua construção, com muitos vasos e estátuas de gesso). Uma pequena rampa leva ao interior da casa, mas antes de entrar é possível cumprimentar as pessoas que eventualmente estiverem fumando numa área mais elevada à direita, onde fica um pergolado com alguns bancos.

O meu caminho não é muito diferente da maioria dos que frequentam essa casa. Por ser pedestre, o contato com a cidade para chegar até aqui se aproxima mais dos usuários da casa do que dos profissionais que lá trabalham. Mesmo

¹ Blumenau/SC já foi conhecida por essa denominação, não encontrei mais nenhuma menção a ela já que desde 2017 passou a ser conhecida como “a Capital nacional da Cerveja”.

assim, os trajetos envolvidos são completamente diferentes, já que aqui assumo uma posição não só como profissional, mas agora também como pesquisadora.

A casa de número 766 na rua Hermann Hering é onde, desde 2014 funciona o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) e é onde trabalho como psicóloga, servidora pública, desde julho de 2015.

O trabalho no CAPS AD III foi meu primeiro emprego como psicóloga após formada (pela Universidade Federal de Santa Catarina em março de 2015, em Florianópolis) e foi o motivo de ter retornado para morar em Blumenau/SC, pelo fato de ter sido chamada por concurso público para assumir essa vaga. O bairro Bom Retiro é um dos meus favoritos na cidade desde criança. Mas essa casa em específico nunca me chamou muito a atenção, pois tinha predileção às outras mais tradicionais. No meu primeiro contato com ela, já como trabalhadora, despertou um encantamento que vi despertar ao longo desses anos em muitas pessoas que entram nessa casa pela primeira vez. Salas brancas e grandes com detalhes em dourado nos lustres e maçanetas, detalhes em gesso no teto e mármore em muitas partes da casa chamam atenção como sendo um espaço bastante luxuoso.

Recentemente, por um questionamento de colegas sobre como era a disposição das salas e móveis da casa antes do funcionamento do CAPS AD III, encontrei no computador da recepção um arquivo chamado “fotos da casa nova”, com fotos tiradas pela coordenação anterior, quando estavam analisando a casa para possível mudança. Embora não chamasse minha atenção na infância, essa casa tem uma importância para o município, principalmente pelos seus donos. Antes de “abrigar” um CAPS, ela pertencia à Sra. Adelina e ao Sr. Duda, fundadores da empresa Dudalina, até 2008 – ano de falecimento de Adelina (ficou fechada até 2014 quando foi alugada pela Secretaria Municipal de Saúde). Alguns colegas de trabalho descrevem a casa como um “ponto turístico” dos anos 80 e 90, quando os moradores da cidade e turistas passavam na frente dela para admirar o seu jardim.

Embora minha visão sobre a casa e seu espaço já tenha mudado em função do cotidiano e dos processos de trabalho que nela ocorrem ao longo desses quatro anos, como pesquisadora, identifiquei que havia necessidade de resgatar a relação do próprio CAPS AD III com essa casa e sua história. Fui atrás de fotos

antigas dela e encontrei um livro, adquirido por mim em um sebo, da autobiografia da Dona Adelina Clara Hess de Souza, chamado “Retrato de Família”. Pela intimidade que esse trabalho tem com a casa e com o que se passa nela, os capítulos que estruturam esse texto por vezes fazem referência ao percurso dentro do espaço da casa.

1 APRESENTAÇÕES INTRODUTÓRIAS

Esta dissertação, apresentada em forma de narrativa, se refere a uma pesquisa de inspiração etnográfica² que inicia na casa onde está abrigado o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III de Blumenau, Santa Catarina. A pesquisa tem na casa um ponto de partida, mas não se restringe a ela. O percurso de pesquisa pretende apresentar uma etnografia de um serviço público de saúde para além de suas paredes, para os seus jardins, para rua, de maneira a compreender de que forma essas relações com o exterior (no caso, a política pública e outros serviços a ela relacionados) repercutem em uma maneira de fazer política de saúde mental e política sobre drogas. Portanto, espero que ao longo deste texto possam ser apresentadas, da forma mais íntima possível, a organização de um serviço público e a aplicação da política pública neste serviço, que me parece serem bastante singulares.

A escrita parte da casa. Foi ao longo do trabalho de campo que descobri que a casa (sua construção, sua história, sua estrutura e o processo de escolha dela para ser um serviço de saúde) tem mais relevância do que eu imaginaria para a organização do CAPS AD III como serviço público, incluindo também o serviço de *hospitalidade*, que pretendo definir melhor mais para a frente. A noção de hospitalidade, de acolhimento, começa a fazer mais sentido se falamos do CAPS como “casa”.

A escrita parte da casa, e de uma casa que também é minha. Frequento ela desde julho de 2015, quando comecei meu trabalho como servidora pública (por três anos em estágio probatório e em julho de 2018 me tornei servidora efetiva) e psicóloga. Quando comecei a frequentá-la, a mudança do CAPS AD para essa casa ainda era relativamente recente, menos de um ano. Espero que essa dissertação possa narrar a quantidade expressiva de mudanças e movimentações que puderam ser acompanhadas neste período em que estive no mestrado e realizando o trabalho de campo. Identifico aqui essas mudanças

2 Embora não tive formação na área de antropologia ou treinamento etnográfico em cursos regulares, foi no projeto de dissertação que houve a possibilidade de conhecer a etnografia como forma de comunicar minha experiência de pesquisa.

em pelo menos três dimensões: em relação ao CAPS AD enquanto serviço público - mudança recente de casa, implementação recente de hospitalidade e qualificação para CAPS AD III, aumento da equipe técnica, dinamismo dos processos de trabalho e frequentes trocas de gestores locais e municipais; em relação ao cenário político nacional - alterações significativas das legislações das políticas públicas de saúde mental e das políticas públicas sobre drogas e trocas de gestores nacionais, incluindo a eleição presidencial; por fim também acrescento a dimensão pessoal - movimentação entre cidades para o mestrado, participação e organização de eventos, deslocamentos por outros espaços da rede de atenção e a descoberta de ser pesquisadora.

Já de início deixo claro que, apesar de o trabalho de campo evidenciar as mudanças, movimentações e dinamismo dos processos de trabalho no CAPS AD III e em relação a ele, elas não estão descoladas de uma percepção bastante singular e subjetiva da “Marina pesquisadora”, refletidas nas escolhas do percurso diário e de como é vivenciado e experienciado o serviço público.

Os capítulos que se seguem, portanto, são organizados a partir de percepções definidas após os conteúdos identificados no trabalho de campo. Nomeados conforme o título desse trabalho: “Espaços”, “hospitalidades” e “políticas públicas”, na tentativa de uma descrição densa do funcionamento e das experiências vividas em um serviço público de saúde mental/ álcool e outras drogas. Os capítulos organizam a discussão sobre *Espaço e Hospitalidade*, em que será abordado sobre a casa enquanto estrutura física, em relação à política pública e sobre a ocupação da casa pelos seus frequentadores. Seguido pelos capítulos em que falo sobre a dinâmica dentro da casa, seus processos de trabalho e a forma como profissionais e usuários organizam e aplicam as “políticas públicas” (pois a atuação de profissionais e usuários se convertem em “políticas públicas” e as influenciam de forma importante). E nos capítulos finais tento elaborar sobre o envolvimento do CAPS AD III na construção e participação nas políticas públicas municipais, em relação também a outros serviços e espaços de discussão e nos desdobramentos disso dentro desse serviço público.

A definição dos capítulos são uma tentativa de organizar, na melhor forma comunicativa possível, a experiência do trabalho de campo. A escolha de

divisão dos conteúdos e discussões em cada capítulo procura conduzir o(a) leitor(a) no percurso do argumento como forma de facilitar a leitura, mas podem também se articular em qualquer um dos demais capítulos.

Já adianto, portanto, que esta dissertação não é um trabalho somente sobre o uso de drogas ou sobre o tratamento em saúde mental. A partir da apresentação do espaço e do uso dele, ao que vou chamar de espacialidade, se pretende aprofundar a discussão de um fazer política pública e criar processos de trabalho que são singulares nas experiências de cada serviço público. Esse, especificamente, por ser um serviço de saúde para atenção a usuários de álcool e outras drogas vai implicar como desdobramento na relação com o cuidado, mas que se vinculará mais a essa discussão do espaço e dos processos de trabalho do que de outras definições clínicas ou diagnósticas. O incômodo e mal estar como servidora pública desse serviço puderam ser melhor elaborados em trabalho de campo para nomear também a questão principal dessa pesquisa, de que existe uma espacialidade sócio-política e culturalmente condicionada do serviço público e uma espacialidade nas políticas públicas, ambos são espaços de tensionamentos e disputas, e nisso o cuidado em álcool e drogas é implicado e reflete numa forma de produzir cuidado que difere nos processos de trabalho e nos modelos de atenção.

Maluf e Andrade (2017) apontam que a construção da política pública está além da produção de documentos, mas sim, diz de um “jogo de forças e alianças entre os diversos atores sociais envolvidos e sobre os desdobramentos dessa política até chegar aos documentos, programas e protocolos e a ação prática de sujeitos concretos que falam e agem em nome do Estado” (p.174). As autoras completam sobre a forma heterogênea, desigual e contraditória em que foram implementadas as políticas públicas relacionadas à reforma psiquiátrica, por isso é necessário compreender outras dimensões destas políticas “que são as práticas, discursos, relações estabelecidas pelos sujeitos que realizam e efetivam essas políticas no cotidiano” (p.175).

Este trabalho teve como objetivos, portanto, construir um estudo etnográfico para compreender o serviço público CAPS AD III a partir da hospitalidade; compreender a relação do CAPS AD III com a política municipal sobre drogas e sua rede de atenção; e por fim, identificar os desdobramentos

dessa relação, na perspectiva do percurso e trabalho de campo da pesquisadora, no período de 2018 e primeiro semestre de 2019. A partir da apresentação da experiência e da análise etnográfica, cabem os desafios de fazer desse texto uma narrativa fluidamente construída, sem as amarras do trabalho dito científico e de vestir nova máscara social: de etnógrafa.

2 UMA ESCOLHA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Das questões trazidas pelo campo, campo este da qual sou “nativa” e cujas questões e problemas apontados são parte do meu cotidiano de atuação, coube também uma escolha, intencional, por um orientador de outra área de conhecimento, diferente da de minha formação, que colaborasse e instigasse uma mudança de posicionamento e de olhar sobre as práticas diárias, já arraigadas no “automatismo” e nas demandas do serviço público. Foi necessário aprender a estranhar o comum, o cotidiano, e para isso foi feita uma escolha metodológica inspirada na Antropologia para então fazer uma etnografia do CAPS AD III de Blumenau.

A etnografia já é amplamente utilizada para estudos na área da saúde. Furlanetto (1999), uma psiquiatra, recorreu ao método da Observação Participante, elaborado por Bronislaw Malinowski (1976 [1922]), apresentando os dados de sua observação com inspiração numa descrição etnográfica para abordar situações associados à saúde mental de militares em uma Base Aérea. A autora fundamentou sua reflexão em Agar (1980) para o aprofundamento na apresentação da Observação Participante realizada e na descrição etnográfica como um método capaz de abranger uma diversidade de contextos e variadas formas de acesso a informações e vivências que permitam uma aproximação com o grupo que se deseja estudar. Tal método, compreende a necessidade de que haja tempo para a “comunidade” ou grupo de pessoas estudadas aceitar e confiar no pesquisador.

Neste caso, ser psicóloga do serviço em que se inicia a pesquisa pode ser um fator importante para uma aproximação com o campo, mas não necessariamente resulta em aceitação e confiança dos interlocutores para serem acompanhados na pesquisa. Foi necessária uma mudança de postura da própria pesquisadora, para que não se enganasse em considerar que possui o conhecimento sobre as relações e contextos de estudo para não criar muitos vieses para a pesquisa. É preciso considerar o que Travancas (2010) diz a esse respeito: “o antropólogo que decide pesquisar sua própria sociedade, procura

encará-la de forma nova, experimentando o “estranhamento” dentro da sua própria cultura” (p.100).

A pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e das políticas públicas de saúde já é bastante utilizado, apesar de, segundo Maluf e Andrade (2017) confrontar o “paradigma metodológico que sustenta a elaboração das políticas na área da saúde e, especificamente da saúde mental” (p.176), visto que a construção de tais políticas é embasada principalmente em dados epidemiológicos e estatísticos. As autoras fazem a defesa da importância da pesquisa qualitativa de inspiração etnográfica sobre as políticas públicas, pois “dá visibilidade a dimensões que de outro modo não seriam percebidas, permitindo uma reflexão crítica sobre essas políticas e uma avaliação sobre seus sentidos, sua eficácia e seus efeitos” (p.176), na medida em que procura alcançar as “experiências sociais de sujeitos concretos, alvos dessas políticas” (p.176).

Groisman (2013) também faz relação entre a pesquisa etnográfica e as políticas de saúde no seu trabalho sobre mediunidade e agência religiosa, para elaborar a reflexão sobre considerar outras concepções e formas de promover a saúde (mental) na elaboração de políticas que abarquem as experiências dos sujeitos e seus desdobramentos. Também acrescenta a noção de “clínica plural” como reconhecimento de outros saberes no cuidado de saúde mental, para além da biomedicina.

Retomando Furlanetto, ao citar Agar (1980), o trabalho etnográfico se dá a partir de superar relações assimétricas e, neste caso, o pesquisador é aquele que não sabe e tem o desejo de saber e conhecer aquilo que observa. As hipóteses, portanto, são formadas a partir do que se vê e não são definidas anteriormente. É papel do pesquisador também estabelecer conexões entre o aprendizado de algo novo com aquilo que já é conhecido, também no sentido de buscar uma simetria de suas relações com os participantes da pesquisa. Para Agar, é objetivo da etnografia o trabalho de “parafrapear”, conseguir produzir relatos que sejam semelhantes aos dados pelas pessoas do grupo e analisar as diversas formas de relato que podem ser feitas em um mesmo grupo em contextos diferentes e em relação a pessoas diferentes. “O etnógrafo deve ser capaz de transformar suas observações em relatos, que os membros do

grupo estudado digam ser possíveis interpretações do que está acontecendo” (FURLANETTO, 1999, p.120).

Por isso, a etnografia é considerada uma forma de comunicar a experiência da pesquisa de campo que necessita um tempo longo para sua realização, pois, para alcançar seus objetivos, como proposto por Agar, é necessário ter uma “perspectiva holística” do que se estuda. Para alcançar isso, o autor aponta variadas formas de acesso às informações, como as entrevistas e a observação participante, porém faz uma defesa maior da observação por considerar que esta é mais precisa para o entendimento do contexto. A entrevista, apesar de importante, pode trazer como problema ao pesquisador suas inferências sobre o que é dito e das falas serem percepções individuais das pessoas entrevistadas e podem variar conforme mudanças pessoais, ambientais e relacionais. A observação participante permite acompanhar o uso do que é dito no contexto e os processos de mudanças que ocorrem e que podem implicar no que é dito nas entrevistas (FURLANETTO, 1999).

Furlanetto também menciona Becker (1993) para complementar que o sujeito irá relatar os acontecimentos conforme sua posição no grupo. A observação participante é uma “oportunidade privilegiada de interagir com o grupo” (p. 129) e, ao longo do processo de observação, há a possibilidade de resolver problemas de inferências. Tomando o argumento de Becker coloca a etnografia como um modelo descritivo de análise, o pesquisador deve “demonstrar as formas características que os dados assumiram em cada estágio da pesquisa, de modo que o leitor possa fazer seu próprio julgamento” (FURLANETTO, 1999, p.129).

O referencial teórico utilizado por Travancas (2010) é Clifford Geertz (1997) que apresenta como trabalho de campo da etnografia o estabelecimento de relações, a seleção de informações, transcrição de textos, levantamento de genealogias, mapeamento dos campos e a manutenção de um diário. “O que define sua prática é o tipo de esforço intelectual que ela representa e que seria elaborar uma descrição densa” (TRAVANCAS, 2010, p.15). Esta descrição é o processo interpretativo que “pretende dar conta das estruturas significantes que estão por trás e dentro do menor gesto humano”. O trabalho de campo, para Travancas (2010) não é estático, está justamente no movimento e no

deslocamento do pesquisador. Assim como a observação participante, o registro de entrevistas abertas deve considerar que tudo o que é dito interessa e é importante e que seu uso deve ser direcionado não só para “contar histórias de vida”, mas especialmente para compreender e refletir com os participantes da pesquisa sua práxis e relações. Neste processo de interlocução podem surgir novos questionamentos de ambas as partes. Os registros devem incluir ainda aquilo que o entrevistado não quiser responder (TRAVANCAS, 2010).

Ao que Geertz chama de esforço intelectual, podemos retomar que, apesar de não apresentar suas verdades, o pesquisador não é um “transmissor de falas ouvidas” (TRAVANCAS, 2010, p.103). O trabalho antropológico implica em abordar aquilo que é dito, observado e sentido, através das descrições e dos escritos.

“A capacidade dos antropólogos de nos fazer levar a sério o que dizem tem menos a ver com uma aparência factual, ou com um ar de elegância conceitual, do que com sua capacidade de nos convencer de que o que eles dizem resulta de haverem realmente penetrado numa outra forma de vida (ou, se você preferir, de terem sido penetrados por ela) – de realmente haverem, de um modo ou de outro, “estado lá”. E aí, ao nos convencer de que esse milagre dos bastidores ocorreu, que entra a escrita” (GEERTZ, 2009, p.15)

Apesar das contribuições de Geertz terem sido importantes para a construção do conhecimento antropológico, há um equívoco de considerar que o pesquisador é que elabora a interpretação. Assim, se passa a incorporar que não é trabalho do antropólogo fazer a interpretação do que se observa, e sim, entender a interpretação que os próprios sujeitos dão para aquilo que vivenciam e poder ver e ouvir como essas interpretações se desdobram.

2.1 Um fazer singular

Para este trabalho foi proposto que a etnografia pudesse ser utilizada enquanto “método clínico”. Isto porque há o entendimento de que este estudo seja tratado como uma etnografia do meu processo de pesquisa. Apesar do esforço para que as técnicas utilizadas fossem aproximadas dos relatos e vivências das pessoas a serem acompanhadas, é inegável o atravessamento subjetivo e, portanto, singular nesta pesquisa, não permitindo necessariamente

que esta seja reproduzível posteriormente para alcançar os mesmos resultados. Essa perspectiva, segue a crítica que Groisman (2014) faz sobre a tentativa de padronização acadêmica em relação ao que se estuda:

“A premissa da consideração da subjetividade se desdobra num aspecto clássico das reflexões epistemológicas sobre a produção do conhecimento, ou a convicção de que é possível que, através de técnicas de padronização e normalização de projetos de pesquisa, e mesmo desejável, se obter resultados “neutros”, ou seja, que sejam quais forem as circunstâncias do contexto, os resultados serão os mesmos para diferentes pesquisadore(a)s, desde que estas técnicas sejam efetivamente padronizadas e/ou normalizadas” (p.4).

A etnografia enquanto método clínico para Goldman (2005) não permite generalizações a partir de procedimentos indutivos e dedutivos como proposto pelo paradigma convencional. Ao se referir aos estudos de Favret-Saada entende que a pesquisadora se apropria de um método clínico em que “por meio da observação, exame e constituição de casos cuja singularidade não elimina o fato de que cada um pode compartilhar com outros certos elementos e características” (p.151). Ao se fazer uso de um “olhar clínico” é possível que cada caso acompanhado seja único ao mesmo tempo em que também componha algo mais geral e coletivo.

Para Favret-Saada (2005) é necessário que o pesquisador (etnógrafo) possa “aceitar ser afetado” e “assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer” (p.160). Se não houver essa disponibilidade, não há possibilidade para o desenvolvimento de um “projeto de conhecimento” (p.157). Se desfazer de seu conhecimento, porém, não é o mesmo de perder um direcionamento de pesquisa e sim, o exercício de poder abrir mão de suas verdades enquanto sujeito.

O método clínico parece se apresentar nas colocações da autora nos seguintes traços da etnografia: “conceder estatuto epistemológico” à comunicação involuntária e não convencional. Neste sentido, considerar apenas a comunicação verbal, voluntária e intencional “constitui uma das mais pobres variedades da comunicação humana” (FAVRET-SAADA, 2005, p.160). Ela também considera que o pesquisador “tolere” uma certa ruptura, que possa ser afetado e direcionar aquilo que é “modificado pela experiência de campo” em registro e poder “fazer dela um objeto de ciência” (p.160). Há uma defesa da autora para que o centro das análises etnográficas seja a “opacidade” (p.161),

aquilo que está para além da comunicação formal e se apresenta como “afetação”.

Desta forma, entende-se que todo o método é singularizado, cada pesquisador elabora seu próprio método ao se fundamentar em “métodos” elaborados por outros pesquisadores. Essa etnografia, portanto, é uma narrativa da experiência vivida por mim em relação aos sujeitos/interlocutores desse processo.

Além disso, essa pesquisa teve um acréscimo cartográfico. Utilizando-se da cartografia para o exercício de pesquisar e mapear o campo, em uma perspectiva de não somente apresentar informações, foi possível organizar o percurso de pesquisa de modo a demonstrar a movimentação e a relação existente entre os sujeitos e entre instituições. A cartografia acabou por entrar como um dos objetivos dessa pesquisa, na tentativa de fazer um comparativo entre um desenho “pré-cartográfico” das primeiras impressões do campo e um desenho cartográfico após o trabalho de campo, o que pode direcionar algumas discussões na narrativa.

Foi proposta uma análise etnográfica a partir da metodologia construída para analisar os dados resultantes das técnicas utilizadas. Há uma perspectiva de que haja um desdobramento da análise etnográfica em uma “teoria etnográfica” do que foi estudado. No campo das políticas de saúde, Maluf e Andrade (2017) apontam a necessidade de construir instrumentos teóricos para “se repensar a lógica mesma dessas políticas” (p.181).

2.2 Ser pesquisadora

Cabe aqui também apontar que a realização dessa pesquisa, para além do seu projeto, estruturação e aportes teóricos, se fundamenta essencialmente naquela que faz a pesquisa. Compartilho que não foi um processo simples ou “natural” ser pesquisadora e narrar e registrar o trabalho de campo, descrito mais a frente, por outro olhar que não o da psicóloga e da servidora pública. A pesquisa necessitou de uma mudança de postura minha, inicialmente bastante pragmática, para me assumir como pesquisadora. As narrativas seguintes refletem no processo de aprender a pesquisar, mas também a “dupla

personalidade” que tentei conciliar ao longo desse processo. Neste sentido, a orientação foi essencial e deixo aqui o registro de uma intervenção marcante do meu orientador que pode alavancar a pesquisa: “você precisa sair do armário, se apresentar como pesquisadora”.

Precisei de um tempo para assimilar isso, e a deflagração de uma greve³ dos servidores municipais no final do primeiro semestre de 2018 foi o período necessário para essa organização⁴. Do retorno ao trabalho, a apresentação da pesquisa aos colegas, usuários e alguns gestores foi feita apenas meses após a qualificação do projeto de pesquisa, o que limitava o início do trabalho de campo⁵ (que timidamente havia começado apenas com relatos de eventos e situações pontuais considerados mais relevantes por mim), e foi somente depois da saída desse “armário”, de sair do conforto do conhecido, é que foi possível uma auto autorização à pesquisa.

O começo do trabalho de campo demarcou não só o início de uma “coleta de dados”, mas a implicação necessária para que esse campo pudesse ser desnaturalizado e distanciado da exclusividade das vivências pessoais para uma pesquisa que possa ser nomeada, de fato, etnográfica (a descrição e a narrativa da “cultura” do CAPS AD III) e que permitiu uma posterior análise inspirada pela ideia do que formulei ser etnografia.

Cabe ressaltar a particularidade de essa pesquisa estar vinculada a um programa de mestrado profissional, em que o “objeto” de pesquisa é vinculado a realidade de atuação profissional e, por isso suscetível a atravessamentos da relação do pesquisador com o seu campo, que não é somente de pesquisa, mas também de atuação profissional. Silva (2007) faz uma importante contribuição sobre as implicações de um “pesquisador nativo”, ao discutir a sua pesquisa,

3 Na greve dos servidores públicos municipais ouvi com frequência o pedido de “valorização do servidor”, já que nós (servidores) “garantimos a aplicação e o funcionamento da política pública”. Cabe aqui um questionamento, a greve para além de direito trabalhista, é também política pública? Apesar da pouca adesão dos profissionais do CAPS AD III nas últimas duas greves que participei, ela também implica e impacta na vivência do serviço público.

4 Não por coincidência, já que a campanha salarial dos servidores municipais começa no mês de maio, no processo de encerramento da escrita dessa dissertação, foi novamente deflagrada greve, em 30 de maio de 2019. Considero um ponto de começo e um ponto de finalização para o trabalho de campo que aponta características próprias ao serviço público.

5 O início do trabalho de campo também demandou, por parte da gestão e coordenação de serviço, uma aprovação da Secretaria de Saúde para desenvolvimento de pesquisa em serviço de saúde (ANEXO B).

também etnográfica e relacionada ao campo da saúde mental. Ele destaca que, apesar da relação prévia do pesquisador com seu campo de estudo, a pesquisa não pode promover um “pesquisador de si mesmo”, uma avaliação da sua própria prática para garantir uma afirmação da postura profissional. Por isso também a necessidade de olhar para o próprio pesquisador e sua posição nas relações sociais, as referências institucionais do pesquisador têm consequências no modo com o qual ele conduz a pesquisa, muitas vezes mais do que a configuração, por exemplo, de uma amostra ou de um objeto de investigação (SILVA, 2007).

2.3 Trabalho de campo

Já no projeto de pesquisa elaborei um “protocolo de pesquisa” para servir como direcionamento inicial do trabalho de campo. A partir de um desenho pré-cartográfico, apresentei os principais pontos da rede de atenção que se relacionavam com o CAPS AD III, definidos a partir de observação do campo. Deste desenho começou a organização do percurso etnográfico no trabalho de campo que teve como motivação revisitar essa primeira cartografia para que ao longo da pesquisa ela pudesse ser redesenhada a partir da análise etnográfica da experiência vivida.

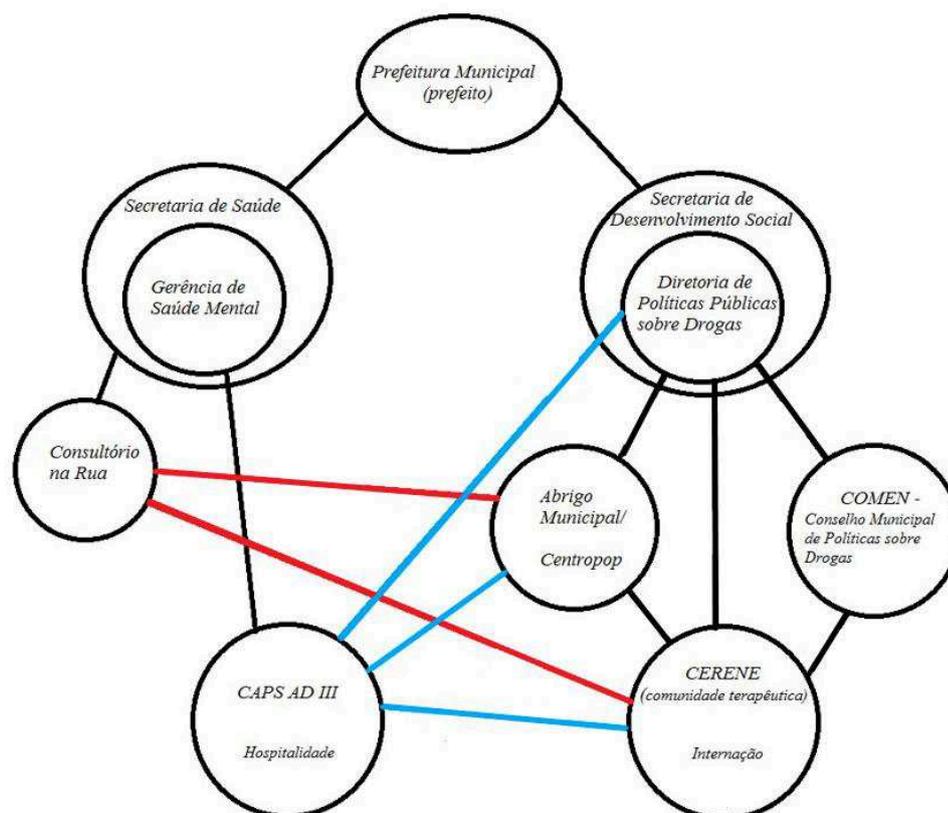


Figura 1 – Desenho “pré-cartográfico” da pesquisa⁶

Para que se alcançasse essa proposição, além das demais discussões propostas por essa dissertação, foram usadas as seguintes “técnicas” para os registros do trabalho de campo: observação participante das dinâmicas do CAPS AD III e acompanhamento das conversas de convivência de interlocutores da pesquisa, leitura e análise das legislações vigentes da política de saúde mental e da política sobre drogas, leitura e análise de outros documentos e textos organizativos do CAPS AD III, entrevistas com interlocutores considerados relevantes para a contextualização da relação entre o serviço público e a gestão e, por fim, participação em eventos públicos relacionados à temática da pesquisa. Todos esses componentes do trabalho de campo foram sistematizados em diários de campo, cujos registros, narrativas e informações foram considerados na análise.

⁶ As cores aqui apresentadas ainda não definem “tipos de relação” e foram colocadas apenas para demarcar articulações.

2.3.1 Processo de construção dos diários de campo

A escrita dos diários de campo foi a principal técnica utilizada ao longo do percurso de pesquisa. Conhecia muito pouco sobre a forma de fazê-la e, portanto, fez parte da minha aventura pela etnografia. A escrita dos diários de campo iniciou em março de 2018 (apesar de ter alguns relatos escritos já no começo do mestrado) e, analisando-os, é possível identificar um processo de aprendizagem por meio do exercício da escrita. Posso considerar que precisei de pelo menos um semestre até que os diários começassem a apresentar certa fluência nos relatos de modo a organizar melhor as informações e efetivamente evidenciar dados importantes para pesquisa. Dentro da minha organização de arquivos tenho do período de março a julho de 2018 um compilado de escritos chamado “início de estruturação de diários de campo”, com textos de variados estilos e formatações, tentativas de pontuar fatos e acontecimentos de cada dia, nem sempre com a escrita de textos corridos, muitas vezes em tópicos, num formato que mais parece um calendário de acontecimentos. Em paralelo a esses, tenho outro arquivo de “relatos”, escritos em período anterior (final de 2017 e começo de 2018), em que tentei escrever sobre eventos que considerei importantes e que ocorreram antes do início do trabalho de campo.

A escrita tímida e sem regularidade transparece uma experimentação de se aproximar da pesquisa e tatear a forma de fazer relatos coerentes com o que foi observado. A orientação teve papel fundamental a partir de uma leitura atenta sobre tudo que era escrito e, com as pontuações e direcionamentos feitos pelo orientador foi possível desenvolver esses relatos. Novamente, foi necessário me perceber pesquisadora para que os diários de campo pudessem avançar. Considero que só iniciei a pesquisa verdadeiramente, apesar de todas as tentativas anteriores de me aproximar disso, quando organizei uma rotina e uma disciplina de escrita diária, e isso foi ocorrer alguns meses após a banca de qualificação. Os diários com narrativas mais fluidas começam em setembro de 2018.

Os diários de campo narram principalmente observações e conversas de convivência⁷ do cotidiano do CAPS AD III, acrescentados de eventos e acontecimentos “externos” e a reverberação destes nas políticas públicas estudadas. Os capítulos apresentados a seguir nesta dissertação, especificamente a partir do Capítulo 5, são resultantes da sistematização das informações dos diários de campo em que foi possível elencar os principais temas de discussão e achados desta pesquisa.

Alguns registros dos diários de campo foram modificados para o texto final dessa dissertação de modo a preservar os interlocutores da pesquisa e retirar, dentro do possível, as informações identificatórias.

Os registros descritivos dos diários de campo acabaram por cumprir sua função como técnica etnográfica revelando práticas e situações próprias do serviço público e dos processos de trabalho do CAPS AD III que implicam na discussão da micropolítica e de problematizações do dia-a-dia. Para auxiliar na sistematização e análise dos diários de campo, algumas passagens eram assinaladas, seguindo uma legenda para identificar tipos de aplicação da política pública, uma estratificação dela, da seguinte forma:

[1] política de condução institucional: políticas públicas definidas em documentos e na legislação, aplicação da lei (definição de projetos de poder)

[2] política de condução coletiva: aplicação da política pública definida internamente entre um grupo, definição de fluxos e processos de trabalho, reuniões, atitudes e práticas diárias

[3] política de condução individual: condutas individuais, interpretações subjetivas da política pública, a aplicação da política pública pode ser variável para cada sujeito

⁷ Conversas de convivência são consideradas aqui como aquelas não formalizadas pelos espaços de discussão como reuniões técnicas e eventos, são conversas de “bastidores”. Os registros das conversas de convivência tornam os colegas profissionais e usuários os principais interlocutores dessa pesquisa. Aqui foi necessário a sustentação de uma posição pesquisadora, de saída do armário como mencionei anteriormente, devido a necessidade de se relacionar com pessoas que conhecia no, e compartilhava com o, dia a dia do serviço, de forma “distanciada” pelo estatuto de “pesquisadora”.

2.3.2 Entrevistas

Apesar da diversidade de material obtido pelos fatos observados e registrados em diário de campo acerca do serviço público pesquisado por meio da observação, das conversas de convivência e da participação em eventos públicos, avaliamos a possibilidade de realizar entrevistas com pessoas chaves do contexto do CAPS AD III e que pudessem apresentar uma visão e um relato de suas percepções e vivências em relação à política pública estudada. Devido a essa possibilidade, foi encaminhado e aprovado o projeto de pesquisa em Comitê de Ética para pesquisa em Ciências Humanas de modo a resguardar a pesquisa e os interlocutores caso se optasse por essa técnica.

Com a definição de interlocutores para serem entrevistados, contatados como gestores e profissionais, foram entregues e assinadas versões do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao início das entrevistas. As entrevistas são consideradas por mim como o encerramento do trabalho de campo em que, a partir delas foi possível conseguir algumas informações que ficaram em aberto ou que não apareceram nas conversas de convivências.

A experiência de fazer entrevista é desafiadora, pois não trata mais da observação dos bastidores, mas da criação de um espaço mais “interrogativo”. Já que os interlocutores eram previamente conhecidos e assumiam uma posição hierárquica diferente da minha, isso direcionou para que houvesse uma formalização desse espaço como pesquisadora. As entrevistas apesar disso, tiveram direcionamentos bastante diversificados.

Apesar da criação de certa formalidade, acredito que também corroborada pelo pedido de gravação das entrevistas, estas foram realizadas por meio de técnica de fala aberta. A técnica de entrevista de fala aberta, trazida por Groisman e Schneider (2014) auxiliou no desenvolvimento de um método clínico de pesquisa etnográfica para coleta de dados. A entrevista de fala aberta prevê que as entrevistas durante o percurso da pesquisa tenham “a mínima interferência do pesquisador no estímulo à formulação das falas sobre as experiências” (p.38). Desta forma é o próprio sujeito entrevistado que elabora o conteúdo a ser dito, “abrindo a possibilidade da emergência dos *saberes locais*”

(p.38), o que minimiza os vieses provocados pelo pesquisador. O pesquisador, neste caso, deve provocar a fala dos sujeitos entrevistados, mas não conduzir o “encontro etnográfico”, conceito esse que Groisman (2014) contextualiza da seguinte forma:

“Um olhar sobre o que Roberto Cardoso de Oliveira chamou de “encontro etnográfico” suscitou pensar este encontro menos como um evento de digamos “extração” de dados de um informante para posterior sistematização, mas mais como uma relação de interlocução, que implicaria reconsiderar a posição de quem afinal se dedica à tarefa-responsabilidade de narrar, relatar e analisar esse encontro” (p.5).

Para tanto, a entrevista de fala aberta permite favorecer uma interlocução em que a “voz” do sujeito entrevistado toma centralidade, constituindo “uma abordagem que se aproxime muito mais do contexto semântico e da percepção das experiências que os próprios sujeitos da pesquisa expressam” (GROISMAN & SCHNEIDER, 2014, p.44), pois o entrevistador não organiza sua escuta a partir de uma “agenda de interrogações” elaborada por ele. Desta forma, é deslocada a centralidade do conteúdo da entrevista para a “agenda de interrogações” do próprio entrevistado.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para facilitar a análise. Quando citadas, serão identificadas como trechos retirados de “Entrevistas”, de modo a não identificar os entrevistados e todas as referências foram unificadas como de gênero masculino, por opção da pesquisadora. Essas definições foram feitas de modo a garantir o anonimato qualificado.

2.3.3 Eventos Públicos

A participação em eventos públicos relacionados à política de saúde mental e política sobre drogas já eram práticas comuns antes de ingressar no mestrado. Dessa forma, foi utilizado para a pesquisa como possibilidade de verificar outros campos para coleta de dados, que poderiam melhor identificar a relação do CAPS AD III com as políticas públicas e a relação dele com outros serviços públicos e instituições. Como uma tentativa de me aproximar ao máximo desta realidade, participei da maioria dos eventos com essa “delimitação temática” durante o período de pesquisa de campo.

Pelos eventos apresentados já é possível uma identificação prévia sobre os organizadores responsáveis e um certo padrão de relações, principalmente nos eventos relacionados à Política sobre Drogas. Os materiais distribuídos e recolhidos nesses espaços se encontram em uma pasta física e contribuíram para algumas discussões. Os eventos listados a seguir foram registrados em diário de campo, e alguns também foram gravados e transcritos, visto a viabilidade disso por serem espaços públicos e amplamente divulgados. Devido a extensão dos eventos e dos seus conteúdos, não será possível nesse trabalho uma abordagem integral dos acontecimentos.

	Evento	Data	Responsável/Organização	Minha participação
1.	Encontro de Bauru/SP – “30 anos da carta de Bauru”	8 e 9 de dezembro de 2017	movimentos sociais nacionais de luta antimanicomial	profissional de saúde mental e acompanhando associados da Enlourescer
2.	Evento de Prevenção às Drogas	08 de fevereiro de 2018	Cruz Azul (com palestras de Osmar Terra e Quirino Cordeiro)	não consegui vaga para participar, tenho relatos dos meus interlocutores (gravações em vídeo estão disponíveis em rede social)
3.	Evento de abertura Semana sem álcool	20 de fevereiro de 2018	COMEN e Cruz Azul	representante do CAPS AD III na mesa de abertura
4.	Presença do presidente do COMEN no grupo Saúde e Cidadania	21 de março de 2018	CAPS AD III (grupo Saúde e Cidadania)	coordenadora do grupo (gravação autorizada pelos presentes e transcrita)
5.	Dia Internacional de Combate às Drogas		COMEN e Cruz Azul	ouvinte/ pesquisadora

6.	Evento CAPS AD III aberto à comunidade	14 de maio de 2018	Equipe CAPS AD III	profissional do CAPS AD III e auxílio na organização
7.	Evento dia da Luta Antimanicomial	18 de maio de 2018	Enlourescer	profissional do CAPS AD III e auxílio na organização
8.	Capacitação sobre Sistemas da Informação em Saúde	25 de setembro de 2018	SEMUS	ouvinte, convocação obrigatória para servidores da saúde
9.	Roda de conversa Dia estadual de combate ao crack	01 de outubro de 2018	COMEN e Cruz Azul (palestras do presidente da CONFECT, do presidente do COMEN e de Quirino Cordeiro)	ouvinte/ pesquisadora (gravação feita pela pesquisadora)
10.	Grupo "Que droga" – CRAS Escola Agrícola	02 de outubro de 2018	CRAS Escola Agrícola	representante do CAPS AD III
11.	Conferência Livre em Saúde Mental do CAPS AD III	17 de outubro de 2018	CMS e CAPS AD III	profissional do CAPS AD III
12.	Roda de conversa sobre CIF em alusão ao dia da Saúde Mental	19 de outubro de 2018	Gerência e coordenações saúde mental e Rede de inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho	ouvinte
13.	Pedágio Enlourescer	25 de outubro de 2018	Enlourescer	Auxílio na coordenação
14.	Conferência Temática em Saúde Mental	07 de novembro de 2018	Conselho Municipal de Saúde	profissional do CAPS AD III
15.	Evento de abertura da Semana Municipal de Prevenção ao Uso, Abuso e Dependência do Alcool	18 de fevereiro de 2019	COMEN	ouvinte/ pesquisadora (gravação feita pela pesquisadora)

3 CAPS AD III NA POLÍTICA PÚBLICA

A noção de Política Pública irá orientar e permear todas as discussões propostas nesta dissertação. Embora existam muitos estudos e entendimentos em relação a sua definição, como analisado por Souza (2006), em seu artigo de revisão de literatura sobre políticas públicas,

“(...) não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz.” (p.24).

Resumidamente, proponho que “política pública” seja entendida, além do que já nos apontam as definições anteriores, como um conjunto de ações individuais e coletivas, de compromisso público que tenham como motivação a garantia de direitos sociais e atendimento de demandas em diversas áreas (SANTOS & OLIVEIRA, 2012). No caso desta pesquisa, a política pública irá atravessar diversos desdobramentos das instituições, serviços e servidores públicos para além das legislações que as orientam. Mesmo assim, cabe a explanação e a localização do CAPS AD III em duas políticas públicas principais de estudo, as políticas públicas de saúde mental e as políticas públicas de álcool e outras drogas.

As políticas públicas de saúde e a incorporação da atenção às situações de uso de substâncias psicoativas percorre um longo processo que, no Brasil, apresentou significativas modificações com a criação do Sistema Único de Saúde, com a chamada Reforma Psiquiátrica, a implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial, com um conjunto de dispositivos legais e normativos sobre a dimensão do cuidado em saúde da pessoa em sofrimento psíquico e também do sofrimento decorrente do uso de drogas. Dentre os dispositivos legais e normativos destacam-se a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001), a Portaria nº 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011), o Decreto nº 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas e cria seu comitê gestor (BRASIL, 2010) e a Portaria nº 130 que redefine os Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas 24h (BRASIL, 2012). Apesar de recentes alterações nas políticas citadas, ainda são estas que definem e implementam o CAPS AD na política pública de saúde e saúde mental.

Seguindo as normativas, o CAPS AD foi implementado em Blumenau em Junho de 2004, dois anos após a implementação do CAPS II no município, com a perspectiva de qualificar a assistência às pessoas com sofrimento psíquico decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Neste ano, a cidade já alcançava o tamanho populacional de aproximadamente 300 mil habitantes, correspondendo à necessidade de implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, conforme a Portaria nº 336 (BRASIL, 2002). Apesar de já justificar a instalação de dispositivos em modalidade III, foram organizados três serviços em modalidade II (CAPS infanto-juvenil, CAPS adulto e CAPS álcool e outras drogas).

Por observação da demanda e já atendendo às necessidades de viabilizar o cumprimento da portaria, desde o início de 2015 o próprio serviço se organizou, com financiamento municipal, e iniciou o atendimento em modalidade 24 horas para usuários em acompanhamento no CAPS AD com a disposição de três turnos da equipe de enfermagem e horas de sobreaviso médicas para atendimento em horário noturno e de final de semana e feriados, além do horário estendido para acolhimento (das 7h às 19h) e fornecimento de quatro refeições diárias para usuários. A implementação de um CAPS AD III se justificou pela necessidade de promover um atendimento qualificado e de forma integral aos usuários de substâncias psicoativas, em vulnerabilidade psicossocial para evitar internações hospitalares desnecessárias efetivando o CAPS enquanto um serviço substitutivo que atenda às demandas do usuário do serviço, conforme seu Projeto Terapêutico Singular.

Após quase dois anos de visitas técnicas realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, o serviço foi finalmente qualificado para CAPS AD III no final do ano de 2016. O CAPS AD III atualmente possui uma equipe multiprofissional de 45 profissionais⁸ que atendem durante a semana (de segunda a sexta-feira) das 7h às 19h (com horário estendido nas segundas e quintas-feiras até 20h30), incluindo equipes de enfermagem e médico sobreaviso que são responsáveis pelos atendimentos no período noturno e de finais de semana. A equipe multiprofissional deste serviço cumpre a equipe mínima prevista (BRASIL, 2012) e seu aumento no quadro foi uma forma de qualifica-lo, sendo composta por médicos psiquiatras; enfermeiros; auxiliar de enfermagem; técnicos de enfermagem; assistentes sociais; psicólogos; terapeuta ocupacional; farmacêutico; agentes administrativos; vigia patrimonial; cozinheiros; auxiliar de limpeza; seguranças noturnos terceirizados e higienizadoras terceirizadas. O CAPS AD III se articula com os demais serviços de saúde e de outras políticas, uma vez que a questão dos problemas relacionados ao uso de drogas envolve também outros setores e entendimentos sobre o tema.

A implementação de um CAPS AD III deve também cumprir a função de dar visibilidade à política pública, e uma atenção que visa à lógica de redução de danos e que atenda situações de vulnerabilidade psicossocial, que possam ser manejadas em ambiente ambulatorial. Desta forma, o dispositivo de modalidade noturna, promove atenção aos usuários para que sejam afastados de situações de conflito e para que o manejo da crise possibilite a retomada do convívio social, de modo a não exceder 14 dias, pois se diferencia de uma internação como em outros serviços (BRASIL, 2012).

A última pesquisa no serviço sobre perfil dos usuários foi realizada por Faria e Schneider (2009) e apontou número significativo de pessoas em tratamento para problemas relacionados ao uso de álcool, somando 68% dos casos estudados, estando ele também inserido na problemática do uso e abuso de múltiplas substâncias (39%). Identificou-se no estudo que a grande maioria dos usuários do serviço, 89%, são do sexo masculino e que, maior parte da população acompanhada tem mais 34 anos. Novos levantamentos de perfil de

8 Registro do quadro de profissionais em julho de 2019.

usuários ainda não foram feitos, mas estão em andamento. Um limitador para isso é o registro manual em prontuários de papel. Desde julho de 2017 o município está implementando o sistema informatizado de prontuário eletrônico nos serviços de saúde mental.

Na seção a seguir serão apresentadas informações referentes a estruturação dos serviços de saúde em Blumenau e sobre a gestão do serviço e gestão do cuidado do CAPS AD III na relação com os princípios e prerrogativas do Sistema Único de Saúde como forma de contextualizar o campo e apresentar dados que foram coletados desde o início do mestrado, em 2017.

3.1 Organização da RAPS⁹ em Blumenau

Componente I-Atenção Básica em Saúde: A cidade é organizada em sete microrregiões de saúde, que são definidas com a implementação de sete Ambulatórios Gerais, que funcionam com equipe mínima de saúde além de outros profissionais de saúde, como psicólogos, assistentes sociais e especialidades médicas. Por não fazer parte da Estratégia de Saúde da Família, não possui Agente Comunitário de Saúde na sua equipe mínima. Estão implementadas 64 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 1 equipe de Consultório na Rua, que é mantida com recursos municipais e atende no período vespertino, referenciado no Ambulatório Geral do Centro. Além disso, cabe informar que o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) não foi implementado no município.

Componente II- Atenção Psicossocial Estratégica: 01 CAPS i, 01 CAPSII, 01 CAPS AD III. Foi implementado no município também 01 Serviço de Avaliação em Saúde Mental que faz atendimentos via SISREG, que media os encaminhamentos que partem da atenção básica para o CAPS II e faz acompanhamentos breves de pessoas em sofrimento psíquico que necessitem uma avaliação psiquiátrica, como forma de orientação e suporte ao médico de

9 A Rede de Atenção Psicossocial está apresentada aqui conforme Portaria 3088/2011. Apesar das alterações recentes, em Blumenau a organização dos serviços se mantém e optei por apresentar dessa forma por incluir também o eixo de Reabilitação Psicossocial.

saúde da família. Também foi organizada para suporte aos CAPS uma farmácia da saúde mental.

Até o final de 2018, as equipes dos três CAPS e do SAS faziam ações de Apoio Matricial em Saúde Mental à Atenção Básica. Os serviços se organizavam em quatro equipes de matriciamento compostas por profissionais da rede de saúde mental que oferecia apoio técnico e responsabilidade compartilhada nos casos. No início de 2019 as atividades de matriciamento foram suspensas após mudanças na gestão da Atenção Básica.

Componente III- Atenção de Urgência e Emergência: Com relação às urgências, o município adotou horários estendidos de atendimento nos Ambulatórios Gerais. Tem como pontos de atenção quatro hospitais gerais com portas hospitalares de pronto socorro. Também faz parte deste componente e presente na rede o SAMU. O serviço das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), não foi implementado no município.

Componente IV-Atenção Residencial de Caráter Transitório: A Secretaria Municipal de Saúde possui convênio com a Comunidade Terapêutica “Centro de Recuperação Nova Esperança” (CERENE), em suas várias unidades, para vagas femininas e masculinas. O convênio prevê um total de 15 vagas gerenciadas pelos CAPS. Também é de conhecimento convênio com outras comunidades terapêuticas do município e região por meio de vagas sociais (financiadas pelo Ministério da Justiça e pelo programa estadual Reviver), porém estes não são vinculados e financiados pelo fundo de saúde municipal.

Componente V-Atenção Hospitalar: O município tem quatro hospitais (Hospital Santo Antônio, Hospital Santa Isabel, Hospital Santa Catarina e Hospital Misericórdia), sendo um deles para atendimento somente particulares e convênios de saúde e os outros três, além do atendimento por convênio e particular, atendem também pelo SUS. Não há hospital público no município. Compõem a rede de atenção psicossocial 01 unidade de internação psiquiátrica, com 10 leitos gerenciados pela Saúde Mental, em hospital geral. Neste caso, o Hospital Santo Antônio é o ponto de referência para atenção psiquiátrica.

Componente VI-Estratégias de Desinstitucionalização: Duas usuárias do CAPS II são atendidas pelo Programa de Volta para Casa, com auxílio de recurso financeiro.

Componente VII- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Faz parte deste componente a Enlourescer – Associação de Usuários, Familiares e Amigos do Serviço de Saúde Mental de Blumenau, criada em 1999, cujos associados representam os usuários dos três CAPS do município, incubada pela Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da FURB (ITCP/FURB). Como iniciativa de geração de trabalho e renda, o grupo Loucuras com Papel tem como participantes usuários do CAPS II e CAPS AD III e produz produtos com papel artesanal. A venda é revertida em complemento de renda para os usuários participantes. Atualmente está em processo de estruturação a implementação de um Centro Municipal de Reabilitação Psicossocial, Arte e Trabalho.

3.2 Planejamento e Financiamento

O planejamento deste CAPS AD III, assim como os demais pontos de atenção das redes de cuidado, procura preconizar o cumprimento dos princípios do SUS e promover articulação entre os serviços e acessibilidade ao usuário. O planejamento está diretamente relacionado à proposta de atuação prevista em legislação já descrita e suas ações são realizadas, de certa forma, autonomamente por coordenação e profissionais atuantes, mas guiadas também pela gestão municipal, tal como Gerência de Saúde Mental, Diretoria de Ações em Saúde e Secretaria de Saúde. Para tanto, o serviço em questão realiza reuniões de planejamento semestrais, com previsão de participação da equipe completa para avaliação e adequações nos processos de trabalho. Além disso, ocorrem as reuniões técnicas semanais de equipe, nas sextas-feiras entre 11h30 e 14h30 (momento em que o serviço não está fechado, porém reduz suas atividades, mantendo atendimentos de plantão e assistência aos usuários em hospitalidade). Diariamente ocorrem reuniões de “passagem de plantão” realizadas pela equipe de enfermagem nas trocas de turno (matutino, vespertino e noturno). É feita também a divisão dos profissionais em miniequipes de trabalho por região de moradia do usuário, o que acrescentam as reuniões de discussão de caso em que são encaminhados os projetos terapêuticos singulares, visitas domiciliares e buscas ativas. Outro fator fundamental para o

planejamento do serviço são as assembleias de usuários e familiares que acontecem bimestralmente.

Os processos de organização do SUS são refletidos diretamente no funcionamento do CAPS AD III. Tais processos são previstos pelas leis 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990), e, a partir de 2011, com a portaria 7.508 (BRASIL, 2011). Neste sentido, o município é componente de uma Região de Saúde, em que é referência para atendimentos a nível hospitalar para esta Região. Internamente, para organização administrativa do município no que se refere às ações em saúde, este também se organiza em pequenas regiões de saúde, determinadas de acordo com a existência de um Ambulatório Geral (já descrito acima). Sendo assim, são definidas dentro do município sete regiões de saúde (Itoupava, Fortaleza, Velha, Escola Agrícola, Centro, Garcia e Badenfurt). Esta divisão interna também reflete no processo de trabalho do CAPS AD III para divisão das miniequipes.

O CAPS AD III também é Porta de Entrada (outro importante conceito organizativo do SUS) da Rede de Atenção Psicossocial. Isto quer dizer, que o serviço acolhe usuários em demanda espontânea, além dos encaminhados de outros pontos da rede, em que se identifiquem com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Sendo um serviço porta de entrada, é possível tornar viável a acessibilidade deste usuário ao cuidado em saúde, tornando o serviço também responsável pela articulação desta rede na perspectiva do cuidado integral. Isto se reflete de modo fundamental pelo serviço ter grandes demandas de atendimento a pessoas em situação de rua e pessoas abrigadas no Abrigo Municipal (AMBLU), que possuem pouco ou nenhum vínculo com os serviços da Atenção Básica, recorrendo diretamente ao serviço especializado. O CAPS AD III procura promover esta aproximação do usuário às unidades básicas de saúde, mas isto ainda tem se apresentado como dificuldade para muitos casos.

Para compreender outros processos organizativos do SUS, conforme a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990) os pontos de atenção também estão implicados no controle social. Em pesquisa no relatório da VIII Conferência Municipal de

2015¹⁰, são apresentados dois itens sobre os serviços de saúde mental: solicitação de passe livre para usuários e acompanhantes (item I-22) e sede própria para os CAPS, garantindo condições de acessibilidade e mobilidade (item V-161). Ambos os itens ainda não foram contemplados. Estes itens não foram encontrados no Plano Plurianual.

No que se refere ao financiamento do CAPS AD III, este está definido pela Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 que dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ficou instituído recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas.

No caso do município de Blumenau, não houve incentivo para a construção de um serviço CAPS AD III, uma vez que o serviço já existia, e, portanto, recebeu recurso para a qualificação deste. Segundo informações do então Gerente de Saúde Mental no começo do trabalho de campo, o município recebeu incentivo de R\$ 75.000,00 para a qualificação para modalidade 24 horas. Porém, para a reforma de espaço adequado para esta implementação foram gastos R\$ 150.000,00. Pela Secretaria Municipal de Saúde ter optado por iniciar o dispositivo de hospitalidade noturna e de final de semana em 2014, desde outubro de 2014 a dezembro de 2016, o recurso para manutenção do serviço neste funcionamento foi exclusivamente municipal. Há informações que a Secretaria Estadual de Saúde não repassa verba para o serviço e que, apenas houve envio de recurso de três parcelas de R\$ 15.000,00 como incentivo a criação do CAPS AD III, mas não houve continuidade de repasses.

Devido a um longo processo de qualificação pela Secretaria de Saúde do Estado, o serviço só foi credenciado pelo Ministério da Saúde, iniciando o repasse financeiro mensal apenas em janeiro de 2017 (citado pela portaria nº 3.089, de 2011), conforme já dito. O recurso federal, desde então, é repassado mensalmente Fundo a Fundo pelo Bloco Média Alta Complexidade Hospitalar

10 A última Conferência Municipal de Saúde ocorreu em março de 2019 e, apesar da minha participação como delegada, seus dados não foram incluídos aqui devido encerramentos do trabalho de campo nesse período.

(MAC), em valor de R\$105.000,00, utilizado para a manutenção do serviço (segundo meu interlocutor, o gasto médio mensal real de manutenção era em 2018 de R\$ 260.000,00). Os pagamentos de servidores, alimentação e vale transporte para usuários, por exemplo, provém de recursos do município. Recentemente foi criada uma Câmara Técnica de Saúde Mental Estadual, com representação na CIB, onde está sendo discutido enquanto pauta o cofinanciamento do estado para a manutenção do serviço, devido sua importância na rede.

A lei ordinária nº 8.303, de 4 de julho de 2016 definiu as diretrizes orçamentárias (LDO) sobre o exercício financeiro do município que destaca que um mínimo de 18% da receita resultante de impostos é destinado na manutenção e desenvolvimento da saúde. A lei deste município, portanto, injeta nas ações em saúde mais do que o exigido pela Lei Complementar nº 141, de 2012, que prevê um repasse de no mínimo 15% da receita municipal.

Mesmo não considerando verba do fundo estadual de saúde para a manutenção de um CAPS AD III, é importante destacar que o estado tem apresentado como política de tratamento de usuários de drogas a internação como método principal, mesmo quando isso estava na contramão do previsto pelas políticas públicas a nível nacional. O estado tem apresentado o Programa Reviver como direcionamento da política estadual sobre drogas, e propõe o financiamento de vagas em Comunidades Terapêuticas.

3.3 Gestão do Cuidado

Já foi visto até aqui sobre a Gestão do Serviço e deste como ponto de atenção articulado e contextualizado com outras esferas a nível municipal, estadual e federal. Agora se apresenta como funciona a Gestão do Cuidado, neste serviço e suas singularidades no que se refere ao processo de trabalho. As informações aqui apresentadas serão ainda rediscutidas na análise do que foi encontrado no trabalho de campo.

O acesso a este ponto de atenção pode ocorrer de variadas formas, conforme fluxo da rede. O serviço funciona como porta de entrada, chamado de “porta aberta”, em que não há necessidade de encaminhamento prévio de outro

ponto de atenção para que o usuário seja acolhido. O cadastro é aberto conforme informações da própria pessoa, sem que seja obrigatória apresentação de documentação de identidade ou comprovante de residência, bem como a identificação do nome social conforme solicitação.

O acompanhamento se dá de maneira voluntária, apesar de haver casos de acompanhamento por medida judicial, mas em número reduzido, além também de o serviço ser utilizado para avaliação psiquiátrica para internação compulsória, também quando há decisão judicial. Familiares de pessoas com uso abusivo ou problemático de álcool e outras drogas também são acolhidos, escutados e orientados sobre o acompanhamento, bem como são convidados a participar dos grupos de familiares.

Os acolhimentos iniciais são atendidos primeiramente pela recepção (por técnicos administrativos). Atualmente não é utilizada nenhuma classificação de risco para os atendimentos realizados, os atendimentos são feitos de acordo com horário agendado ou por ordem de chegada, no caso dos atendimentos de plantão. Os acolhimentos iniciais são atendidos pelo profissional de “plantão”, profissional de nível superior escalado para atender as diversas demandas de atendimento durante determinado período. Nos plantões ocorrem as escutas iniciais para que então sejam dados os devidos encaminhamentos. O acolhimento noturno, chamado de hospitalidade pela equipe, pode ser um desses encaminhamentos.

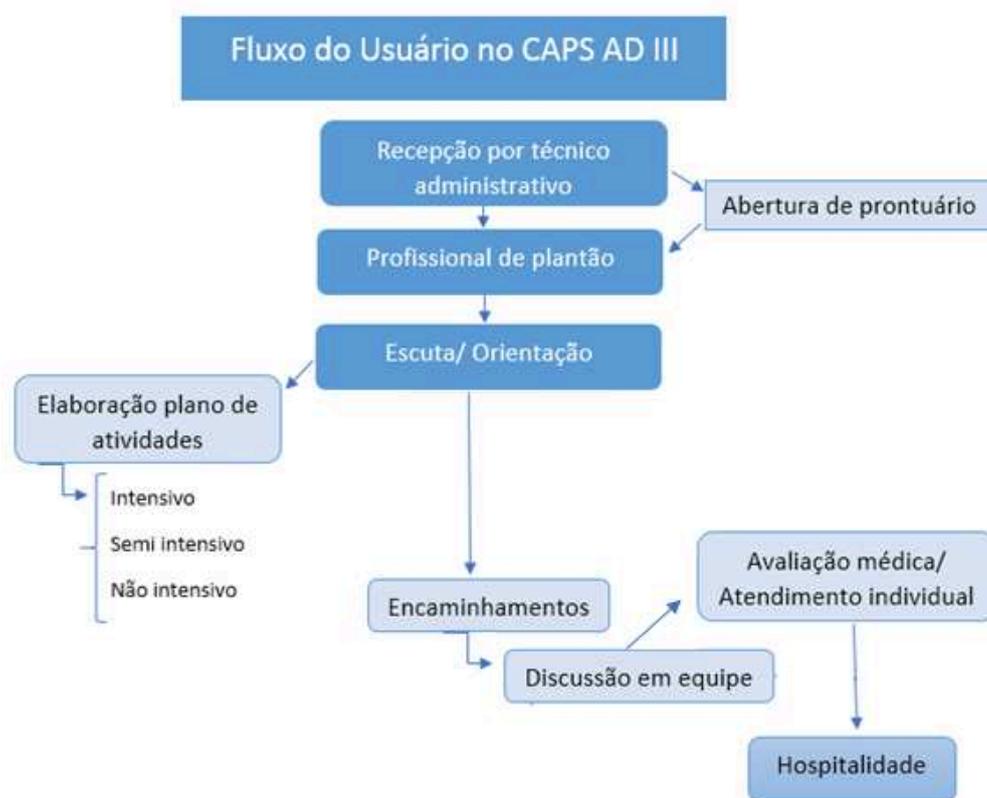


Figura 2 – Fluxos e rotinas de acolhimento no CAPS AD III

No que se refere ao controle social, bimestralmente são realizadas assembleias de usuários e familiares, na presença de profissionais e coordenação do serviço. A assembleia, porém, apesar de ser um espaço de ampla discussão e escuta das demandas e relatos dos usuários e familiares, ainda é um momento consultivo e pouco deliberativo sobre a organização e funcionamento do serviço. A Associação Enlourescer também pode ser considerada, por ser a representação de usuários e familiares, como forma de controle social e garantia de direitos, porém ela também não tem posição deliberativa nos serviços de saúde mental. A ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde é divulgada como outra forma de promoção do controle social.

Desta forma, podemos entender que o ponto de atenção tem um norteamento participativo dos usuários e familiares, porém não uma gestão participativa total, como é prevista pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), uma vez que estes sujeitos deveriam participar de todas as decisões que se referem ao CAPS AD III, inclusive garantindo sua participação nas reuniões de equipe e reuniões de planejamento. Apesar disso, entende-se

que, por parte dos profissionais, estes participam ativamente da gestão e organização do serviço e atuam de maneira autônoma no desenvolvimento do seu processo de trabalho. De toda a forma, as definições e acordos feitos pela equipe se sobrepõem àquelas solicitadas pelos usuários.

No CAPS AD III, o processo de trabalho pode ser definido de acordo com a pluralidade de ações que são realizadas e conforme as especificidades dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Os profissionais de ensino superior realizam atendimentos de plantão (acolhimento, atendimento de demandas espontâneas). Todos os profissionais podem realizar grupos operativos e os grupos psicoterapêuticos são de coordenação específica das psicólogas. Demais ações envolvem visitas domiciliares, visitas à comunidade terapêutica CERENE, visitas à ala psiquiátrica do Hospital Santo Antônio, reuniões intersetoriais com Abrigo Municipal e Centro Pop, reuniões de miniequipe e reuniões de equipe. Além das ações coletivas, também são previstos os atendimentos individuais e atendimentos de referência (realizado por profissional de referência). Para as atividades externas, os CAPS do município possuem carros exclusivos dos serviços de Saúde Mental para estas ações.

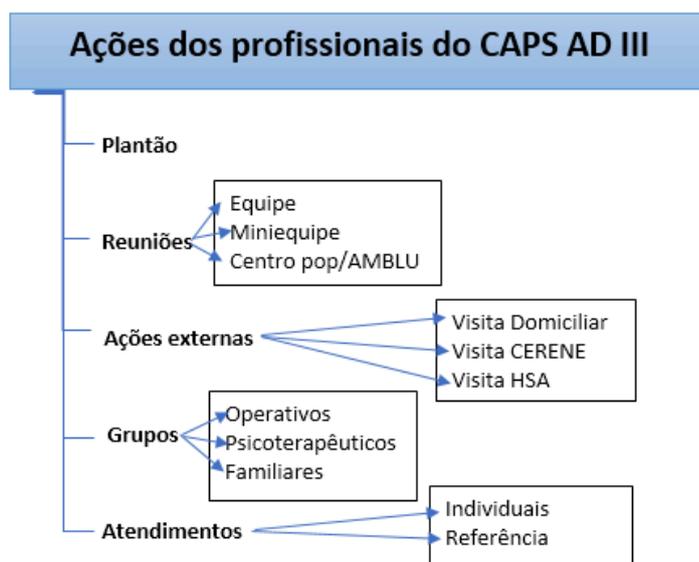


Figura 3 – Ações dos profissionais do CAPS AD III¹¹

¹¹ Ações referentes aos anos de 2017 e 2018.

Em 2014 o serviço passou por uma supervisão técnico-institucional, em que foi reorganizado o processo de trabalho da equipe e fluxo do serviço conforme a legislação e orientações técnicas de funcionamento de CAPS AD. Neste momento foi elaborado um instrumento para o Projeto Terapêutico Singular, de modo que auxiliasse os profissionais na aproximação da construção do projeto com os usuários. O instrumento é pautado conforme orientação da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007), e, desta forma é apenas um guia para profissionais, não o PTS em si, que é mais ampliado do que a aplicação de um instrumento. Avalia-se, porém, que o PTS muitas vezes é construído e gerenciado de forma unilateral, salvo os casos que são acompanhados por profissionais de referência (que são os casos considerados de maior complexidade e vulnerabilidade).

Por atender casos de alta complexidade e vulnerabilidade, são necessárias articulações intersetoriais em todos os casos, apesar disso ela ainda é restrita e mobiliza a equipe de acordo com cada caso conforme necessidade verificada ou demandada. As ações de matriciamento auxiliavam na articulação da rede no que se referia à atenção básica e aos CRAS e é comum que a atenção básica seja acionada em situações de visitas domiciliares, com solicitação de atendimento compartilhado. Conforme previsto no processo de trabalho, as reuniões com o abrigo municipal e Centro Pop aproximam as ações intersetoriais com relação à população em situação de rua atendida, que, muitas vezes, também não recebe acompanhamento na atenção básica e deve ser orientada a iniciá-la.

3.4 Política Nacional sobre Drogas

Embora o CAPS AD III esteja vinculado à política pública de saúde mental, seu funcionamento é condicionado pelas políticas sobre drogas e suas diretrizes. Além de abarcar questões de legalidade ou criminalização das drogas, também se relaciona ao seu uso, no que diz respeito à prevenção, tratamento, acolhimento e reinserção social. A discussão das substâncias psicoativas, do seu consumo e impacto social é de longa data e configura-se hoje como problemática de saúde pública e de direitos humanos, com implicações

internacionais. No Brasil, as políticas públicas sobre as drogas foram “alocadas” em setores diferentes, por vezes com entendimentos divergentes, sinalizando desde a formulação de políticas uma dicotomia entre a área da saúde e da justiça.

A área da saúde, como já descrito acima, entende o problema do uso de substâncias psicoativas principalmente como uma “questão da saúde mental”, sendo inserido nas discussões e nos cuidados da rede de atenção psicossocial. Até recentes alterações, a área da saúde assumia a redução de danos como princípio de atuação da saúde pública e dos profissionais de saúde.

Já a área da justiça é principal responsável pela formulação e execução da Política Nacional sobre Drogas, considerando também que Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), compõe o Ministério da Justiça e Segurança Pública. Antes das recentes alterações também na política sobre drogas, a política nacional que vigorava era baseada na Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), define medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Em 2019, a legislação é redefinida pela Lei 13.840/2019, que será abordada mais adiante.

Da configuração das estruturas ministeriais a que são vinculadas essas políticas públicas, além da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, ligada ao Ministério da Saúde e da SENAD, ligada ao Ministério da Justiça e da Segurança Pública, em 2019 uma nova pasta foi criada e que também se apropriará da política sobre drogas, sendo denominada Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, vinculada ao Ministério da Cidadania (união do Ministério de Desenvolvimento Social, Ministério do Esporte e Ministério da Cultura).

Ao longo desta dissertação será possível identificar que há diferentes entendimentos e apropriações do cuidado aos usuários de substâncias psicoativas. Groisman e Schneider (2014) fazem uma discussão sobre como essa dicotomia na política pública, orienta a construção também dicotômica das abordagens de cuidado:

“Esta tendência contribuiu para se pensar que há somente 2 abordagens possíveis: uma absenteísta, ou seja, que a intervenção deve ser no sentido de eliminar genericamente o uso de drogas ilícitas, e outra que volta suas iniciativas à «prevenção», considerando o uso de drogas ainda algo epidêmico, mas que distingue o uso do abuso de drogas. Para esta última, as políticas deveriam ser voltadas prioritariamente à mitigação de riscos e prejuízos, e ficou conhecida pela noção de «redução de danos» ou reducionista”. (p.39)

As abordagens apontadas irão auxiliar ao longo desse trabalho na percepção de que há um tensionamento entre elas, que são refletidas na micropolítica e nos cotidianos dos serviços públicos, que evidenciam o conflito entre reducionistas e absenteístas na política sobre drogas¹².

3.5 Política sobre Drogas em Blumenau

O município possui um Sistema de Políticas Públicas sobre Drogas (SISMAD) – criado com a Lei Complementar nº 856, de 26 de abril de 2012, composto pelo Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (COMEN), pelo Fórum Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas, pelo Fundo Municipal para ações de Políticas Públicas sobre Drogas (FREMAD) e pelo Programa Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (PROMAD).

O COMEN¹³ (antigo Conselho Municipal de Entorpecentes), criado em 1990, tem histórica representação do segmento das comunidades terapêuticas nas cadeiras destinadas a entidades da sociedade civil. Conforme conselheiros eleitos para a gestão de 2018-2020 do conselho, das oito cadeiras de representantes de entidades não governamentais, quatro são ocupadas por entidades ligadas diretamente às comunidades terapêuticas (Cruz Azul, Cerene, Centro Terapêutico Vida e Centro de Reabilitação Jovens Livres). Porém, é de conhecimento que o conselheiro representante da ACIB (Associação Empresarial de Blumenau) é também membro da Cruz Azul no Brasil. As outras três cadeiras representam: a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), União

¹² Nota de orientação: Por outro lado, se expande atualmente uma outra perspectiva que considera que há formas de uso de psicoativos que não são deletérias e que inclusive trazem benefícios aos usuários, e que ficou conhecida como “otimização dos benefícios”.

¹³ Fonte: <https://www.blumenau.sc.gov.br/governo/secretaria-de-desenvolvimento-social/pagina/comen-semudes>

Blumenauense de Associações de Moradores e Entidades Afins (UNIBLAM) e o Conselho Comunitário de Segurança (CONSEG).

São representantes governamentais no COMEN: a SEMUDES (duas cadeiras), a SEMUS (duas cadeiras), a SEMED, a Fundação Cultural de Blumenau (FCB), a Fundação Municipal de Desportos (FMD), o Gabinete do Prefeito (GAPREF) e a Fundação do bem-estar da família blumenauense (Pró-família). São representantes da esfera estadual: Polícia Militar, Polícia Civil, Gerência Regional de Educação (GERED) e Gerência Regional de Saúde.

É o COMEN responsável pela fiscalização e deliberação do uso do FREMAD, que atualmente, segundo informações de interlocutores, é utilizado para “ações de prevenção” realizadas pela Cruz Azul no Brasil, para o financiamento de vagas de comunidades terapêuticas e para organização de eventos. Sobre o PROMAD e o Fórum Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas, desconheço informações referentes a eles.

Desde 2017, com a Lei Complementar nº 1109, de 03 de maio de 2017, foi criada uma Diretoria de Políticas Públicas sobre Drogas e Reintegração Social, composta pela Gerência de Políticas sobre Drogas e pela Gerência de Reintegração Social. Ainda há necessidade de maior entendimento sobre as atribuições da diretoria. O que sei até o momento é que ela tem organizado encaminhamentos para vagas de internação em comunidades terapêuticas conveniadas com o COMEN e vagas sociais financiadas pelo Ministério da Justiça (atualmente também pelo Ministério da Cidadania) e pelo programa estadual Reviver. Também está vinculada ao gerenciamento do Centro Pop e do AMBLU e das ações da Abordagem Social. Esse gerenciamento de vagas e serviços públicos é vinculado à diretoria e resulta na relação próxima dos seus trabalhadores com esses segmentos, por exemplo, seu diretor que também é presidente do COMEN, o que por vezes provoca atravessamentos entre as atribuições dos serviços, instituições, diretorias, gerências e conselhos. A melhor investigação dessa organização, porém, não é objetivo desta pesquisa.

Uma das principais questões que me trouxe para a pesquisa e que parecem interferir diretamente nos agenciamentos do CAPS AD III é a percepção de que este não está integrado à política pública municipal sobre drogas. Além do que já foi relatado, os eventos e ações feitas no município pelo conselho ou

pelas outras secretarias municipais que envolvam a temática sobre drogas poucas vezes incluem a participação do CAPS AD III. As “ações de prevenção ao uso e abuso” realizadas nas escolas públicas são feitas pelo PROERD¹⁴ e por profissionais da Cruz Azul que são contratados para fazer palestras. Além disso, o abrigo municipal possui grupos de ajuda mútua que são organizados pela Cruz Azul e pelo AA (Alcoólicos Anônimos), por exemplo. Parece haver, portanto, uma distinção entre a Política de Saúde e a Política de Desenvolvimento Social/Assistência Social no que diz respeito à política sobre drogas que parece colocar o serviço público de estudo e outras instituições de tratamento em campos diferentes, e, por vezes, divergentes.

Além do já exposto sobre a organização da política municipal, já é possível identificar a atuação e investimento que o município tem nas comunidades terapêuticas, tanto que a organização internacional Cruz Azul escolheu Blumenau para ser a sua sede no Brasil. A Cruz Azul é uma organização cristã, fundada na Suíça e implementada no Brasil em 1995. Apresenta-se como uma “federação de comunidades terapêuticas”¹⁵, possui nove “centros de recuperação” filiados no sul do Brasil (RS, SC e PR). Também organiza ações de prevenção ao uso e implementa grupos de mútua ajuda em outros estados do país. Mas também é necessário o destaque da relevância da implementação de um CAPS AD III não somente no município, mas sua importância por termos somente dois CAPS nessa modalidade no estado de Santa Catarina.

Cabe registrar que desde 2017 o município está no processo de construção de um Plano Municipal Intersectorial de Políticas sobre Drogas (PLAMIPED), iniciado em parceria com o projeto Redes¹⁶ e com coordenação da Secretaria Municipal de Defesa do Cidadão (SEDECI). Sua proposta metodológica iniciou com oficinas regionais com ampla participação da população para discussão de propostas que contemplassem os eixos de

14 Programa Educacional de Resistência às Drogas, é o programa desenvolvido nas escolas pela Polícia Militar para prevenção ao uso de drogas. Fonte: <http://www.ssp.sc.gov.br/index.php/programas/proerd>. Acesso em 19 de maio de 2018.

15 Informações retiradas do site institucional da Cruz Azul no Brasil Fonte: <http://www.cruzazul.org.br/>. Acesso em 19 de maio de 2018.

16 Blumenau foi contemplada com a presença de uma articuladora do projeto Redes, em 2017. O projeto Redes existe desde 2015 e é vinculado a SENAD com a proposta de articulação intersectorial de políticas sobre drogas.

“prevenção”, “cuidado” e “autoridade”. Com a finalização do projeto Redes no município, a construção do plano continua sob responsabilidade do Comitê Executivo da Comissão Permanente de Políticas Intersetoriais Integradas sobre Drogas¹⁷, composto pela SEDECI, SEMUS, SEMUDES, SEMED e COMEN e com parceria da SENAD, CONSEG, FIOCRUZ e Ministério da Justiça. O Plano tem previsão de vigorar no período 2018-2033 e sua construção conta com participação de parte da equipe do CAPS AD III¹⁸.

17 Comitê criado por meio da Portaria nº 21.134, de 10 de agosto de 2017.

18 Após a construção do PLAMIPED, com propostas advindas e discutidas de diversos segmentos, uma audiência pública sobre o plano foi agendada para o dia 10 de julho de 2019. No dia 08 de julho, porém, recebi um documento oficial, assinado pelo prefeito, cancelando a audiência – o que está sujeito à multa a ser paga pelo município. Nas conversas de convivência se identifica que o cancelamento foi provocado por divergências entre componentes da comissão e questionamento das propostas e ações incluídas no plano.

4 UMA PAUSA PARA ATRAVESSAR A RUA

Apresentados os aspectos introdutórios, de descrição do funcionamento e da dinâmica mais formal do CAPS AD III e da rede, cabe aqui uma pausa. Uma pausa necessária para retomar à fluência (ou pelo menos uma tentativa) de um texto narrativo e etnográfico. No prólogo foi apresentado o caminho para chegar até aqui, agora é preciso adentar à casa. As discussões que se seguem têm a centralidade no CAPS AD III enquanto um “serviço público”. Na intenção de querer saber mais sobre a sua organização, sua relação com outros espaços e com a política pública e a reverberação dessa relação com os frequentadores da casa CAPS AD III.

Além disso, a discussão sobre a hospitalidade do CAPS AD III (tema que impulsionou para fazer essa pesquisa), também nos leva a pensar no espaço. A relação entre política pública e espaço resulta no entendimento de que este é constituído por seus condicionamentos e o que está no cotidiano da micropolítica é o que não permite que o serviço público seja somente um espaço formado por “quatro paredes”.

Por vezes teremos a companhia da proprietária do imóvel, dona Adelina Clara Hess de Souza, que deixou registros bastante ricos em seus livros autobiográficos sobre a casa que iremos apresentar. A relação de uma família com sua casa, certamente não é a mesma que a de trabalhadores e frequentadores do serviço público com este. Porém o que pode os aproximar é o uso, em tempos diferentes, do mesmo espaço. E é sobre a discussão do espaço na política pública que começaremos. Agora é necessário atravessar a rua. Seja bem-vindo à casa.

5 ESPAÇO E HOSPITALIDADE

Nossa casa de Blumenau é uma construção de três andares e nem poderia ser menor. No andar superior, oito quartos eram necessários para acomodar a família. Um corredor dá acesso a um varandão envidraçado, muito agradável com uma vista bonita para o jardim. Nele o pai Duda gostava de compor os seus versos. No andar térreo, uma grande sala de jantar com duas mesas de vidro de seis metros e quarenta e oito cadeiras. Três salas de visitas [...] Descendo uma escada, chega-se ao subsolo, onde há uma sala memorial Duda e Adelina, dois quartos de empregada, uma adega e uma grande cozinha. [...]

(Adelina Clara Hess de Souza, 2002)

Dona Adelina e seu Duda se mudaram para a casa em 14 de junho de 1969 e a adequaram para abrigar também seus dezesseis filhos. Coincidentemente, o dia 14 de junho, mas de 2013 marca também a finalização da mudança do então CAPS AD, que antes era localizado na rua Hermann Huscher, no bairro Jardim Blumenau, para essa casa que apresento.

O CAPS AD na rua Hermann Huscher funcionava lá desde a sua fundação em 2004, e, apesar de boa localização, necessitava de melhoria de estrutura física e segurança, além da previsão de um projeto de futuras adequações para um CAPS AD III. Era preciso então mudar de casa. A escolha do espaço para o funcionamento de um serviço público parece ser uma discussão necessária no âmbito da política pública.

É, que eu lembre o processo pra encontrar essa nova casa ele durou aproximadamente cinco anos. Então a equipe ia e buscava, né, lugares. E a gente sempre tem um problema aqui em Blumenau que é voltado à questão do próprio serviço que ele dispõe de uma área física boa, de estrutura boa, tem espaço externo, tem uma série de possibilidades né, visando uma confecção, um projeto terapêutico pra, pensando em CAPS. Nós tínhamos ainda a questão que é as enchentes, né, a gente sempre tinha a preocupação que quando vai encontrar um imóvel. A questão do acesso, e muitas vezes a gente encontrava uma casa legal, que tinha acesso e tal, mas o próprio proprietário “não, para serviço público eu não alugo”. Então a gente tinha um outro

problema. Então encontrar uma casa, passou-se aproximadamente cinco anos, pra que a gente encontrasse uma nova casa. (Entrevistas)

Já temos uma primeira informação do CAPS AD como serviço público: ele não é adequável a qualquer espaço e, pelo o que nos fala o interlocutor, é preciso as seguintes avaliações para escolha deste: localização, acessibilidade, boa estrutura física, área externa, sem risco de enchente e com a aceitação de que um locatário alugue uma casa para o funcionamento de um serviço público. A morosidade e o processo burocrático, por vezes vinculados como características do serviço público se apresentou aqui não no momento de encontrar uma casa, mas no atrelamento da política pública aos governos que as assumem, pelo menos a cada quatro anos. Nosso interlocutor estava relatando que por fim, encontraram a casa que cumpria os requisitos

Então no final de um ano, mudou a gestão. Prefeito e tal. Aí tinha já uma pressão da região, associação (de moradores), ali o pessoal que não queria CAPS lá. Então fizeram todo um lobby com essa equipe nova, com o prefeito e tal [...]. Então quando muda a gestão, não tava finalizado o contrato, tava em vias de. Precisamos então cancelar aquele contrato pra não pagar um ano de aluguel sem usar a casa, porque eles também não tinham a documentação, tivemos que fazer toda uma negociação com essa equipe nova, né, de valorizar, de justificar. Precisou fazer documento, o Ministério fez documento, né, da importância do serviço e das instituições de saúde serem lugares bons, adequados, ser num ambiente [...]Fez, pra ajudar a respaldar, porque a mídia tava em cima, a associação tava em cima, e veio uma pressão pra cima dessa nova gestão que tava acabando de chegar que não podia ter CAPS ali. (Entrevistas)

A mudança de gestão, assunto que será discutido mais a frente, implica também na definição do espaço. A gestão municipal, como uma das aplicadoras da política pública, interfere nos entendimentos e direcionamentos que se tem sobre ela, apresentando, portanto, uma problemática já que a política pública não é somente conduzida por legislações, ela precisa ser negociada e mediada entre os sujeitos que a compõe. Uma segunda problemática é a frequência com que os governos assumem o Estado, fato que já é característico do setor público, quando as legislações constitucionais e as garantias previstas por elas por meio das políticas públicas são condicionadas àqueles que assumem o poder.

A partir da fala do nosso interlocutor, podemos aqui inserir a noção de *território*. Perceba, porém que ela não é a mesma que a de territorialização e regionalização, preconizações do SUS, apesar de não estarem desvinculados. O espaço no território precisa ser negociado. Como vemos, apesar de o locador por fim permitir que uma casa abrigue um serviço público, não havia o mesmo entendimento por parte dos demais moradores do bairro¹⁹. O espaço do serviço público exige avaliar e gerenciar a localidade e a territorialidade. Apesar de muitas pesquisas encontradas tratarem do viés do território a partir da discussão da produção da saúde, da acessibilidade e vínculo do usuário, nesta discussão que proponho, podemos buscar nos debates sobre espaço e cidade alguma referência. Furtado et al (2016) propõem um estudo sobre a concepção de território na saúde mental e vai buscar em autores como Henri Lefebvre, Yves Lacoste e David Harvey o entendimento “das relações de sociedade e espaço, evidenciando que não se trata de uma fusão harmônica, mas de uma conjunção tensionada, repleta de embates, conflitos e contradições” (p.2). Na saúde podemos expandir o território para além de uma “área de cobertura” de ação de serviços, “o território tem a acepção de interface entre o político e o cultural, entre

19 Próximo ao início do trabalho de campo em 2017, com o CAPS AD III já em funcionamento nesta casa, a equipe tomou conhecimento que circulava na comunidade um abaixo-assinado para que o serviço fosse retirado dali, alegando insegurança por parte dos moradores. Foi necessária uma conversa com a associação de moradores, que fizeram uma visita ao serviço no final daquele ano. Havia um entendimento prévio que era um serviço para usuários de drogas onde as pessoas “ficavam presas”. Parece que após a visita a tensão com a comunidade amenizou, mas isso implicou em criação de acordos com os usuários, aprovadas em assembleia, como por exemplo não fumar nas ruas e imediações do CAPS, apenas imediatamente a frente ou em lugar específico dentro do serviço.

fronteiras que vão daquelas existentes entre países até aquelas entre indivíduos, nos seus limites corporais. Central, nesses casos, é a dependência entre a materialidade do espaço e seu uso, entre processo histórico, base material e base social da ação humana” (p.8).

Nos seus estudos ao que chama de “territórios em loucura”, Honorato (2017) faz a discussão do território a partir das legislações em saúde mental e apresenta que, por vezes, os próprios documentos legais são divergentes no conceito e que é necessário avançar para que o território não se restrinja ao espaço geográfico, da mesma forma que não é meu interesse que a discussão do espaço do CAPS AD III se restrinja ao espaço físico. O próprio entendimento de rede deve ser articulado ao conceito de território, neste caso agregado também ao território simbólico das relações subjetivas.

Bom, falei que iríamos adentrar a casa e, de fato, ainda não a adentramos. Achei que seria interessante uma volta pela calçada e pelo bairro, já que a discussão do espaço precisa ir além do espaço físico entre quatro paredes. A casa é realmente grandiosa e foi primeiramente adequada e reformada para atender as necessidades de funcionamento de um CAPS AD II. Foi apenas no segundo ano de “moradia” que as reformas pretenderam contemplar também um espaço para o acolhimento noturno.

Da descrição apresentada por Dona Adelina temos uma ideia dessa grandiosidade. A construção permanece a mesma, porém os cômodos tiveram suas funções modificadas. A sala de jantar com suas grandes mesas deu lugar para a recepção. As salas de visita e o escritório são a sala de enfermagem, de observação e salas de atendimento. Os quartos se tornaram salas de atendimento, sala de coordenação, farmácia e depósito de material, os guarda-roupas permanecem e são usados para guardar materiais administrativos, para artesanato e roupa. Uma adega no andar de baixo foi pensada para ser sala de atendimento para atender pessoas com deficiência física, porém nunca a vi sendo utilizada para esse fim. Na varanda, temos hoje um espaço para parte da produção de papel artesanal, feita pelo grupo Loucuras com Papel. Uma antiga sauna e quartos menores são também utilizados para guardar materiais. Banheiros e cozinhas permanecem com a mesma função.

A discussão sobre o espaço a partir da sua divisão e organização pelo entendimento da estrutura física é também bastante relevante e poderia ser mais bem explorado caso essa dissertação tivesse o objetivo de aprofundar questões arquitetônicas ou de ambiência. A definição dos termos é importante para dar seguimento, como é o caso do “espaço”.

A princípio usaria apenas o termo “espaço” para a discussão territorial do serviço público. Como apresentado anteriormente de forma breve, a história pregressa da casa e sua estrutura física foram questões que estiveram muito presentes ao longo do trabalho de campo no que se refere à readequação do espaço para abrigar um serviço de saúde e a ressignificação de uma casa e dos sentidos que ela tinha para a comunidade. Já nas observações iniciais há um entendimento que a forma como os profissionais de saúde e usuários ocupam e se movimentam nesse espaço também é uma maneira de manifestar como a política pública é aplicada e organizada no CAPS AD III. Portanto, na tentativa de ampliar o conceito de espaço para a atenção à saúde, acrescento a seguir o conceito de “espacialidade”, para diferenciar da questão do espaço físico (lugar, construção) e agregar a discussão da qualidade do uso do espaço, sobre como ele é usado e percebido, o espaço em relação às pessoas.

5.1 Espacialidade

Iniciar a discussão sobre espacialidade perpassa o entendimento de que, apesar da importância da descrição do espaço na pesquisa etnográfica, o trabalho de campo acabou por direcionar a questão para o caminho da relação do espaço com os frequentadores da casa. Essa necessidade se manifestou, como já mencionado acima, pela observação e reflexões registradas em diários de campo que a relação das pessoas com o espaço do serviço público também é parte da política pública. Anterior a isso, porém, quando investigando o processo de escolha da casa, uma das questões discutidas em orientação foi considerar que, em muitos casos, os servidores públicos não são incluídos nesse processo e na decisão sobre seus locais (especialmente falando) de trabalho. Não parece ter sido o caso do atual espaço do CAPS AD III.

[...]sempre foi envolvida as equipes nessa questão de ir conhecer os lugares, entendeu? Por isso que muitos [lugares] não passavam, muitos imóveis que foram sendo visitados não passavam no crivo da equipe. 'Ah não é adequado, falta espaço, não dá, não dá, não dá'. Então sempre foi buscado [...] uma consensualidade com a equipe, porque eles que iriam trabalhar nesses espaços, tinham que entender. (Entrevistas)

A mudança de espaço implica numa adaptação e numa acomodação, não somente dos seus cômodos domésticos para espaços, nesse caso, de cuidado em saúde, mas também implica na criação de uma “nova domesticidade”.

Com relação aos frequentadores da casa, não ter participado dessa escolha, poderia ter refletido na necessidade de uma adaptação diferente. De qualquer modo, não envolve a todas as partes e sujeitos envolvidos. Coube a alguém o poder de decisão, que envolveu parcialmente os futuros trabalhadores do local e não envolveu os usuários (principal “foco” da política pública) na escolha.

Nesse sentido, parece que a ocupação do espaço envolve todos os frequentadores da casa, porém as definições organizativas cabem a alguns mais que a outros, e, nesse caso, cabe aos profissionais. Essas definições e decisões implicam em determinar que a ocupação dos espaços está sujeita a alguma hierarquia (os que decidem e os que efetivamente ocupam) dentro de uma lógica de prioridades também definidas pelos que decidem. Parece-me, porém, que esta não é uma questão em evidência para a equipe, ou se é, apareceu apenas muito singelamente no trabalho de campo.

A discussão do espaço e da espacialidade não se tornaria um capítulo desta dissertação, não fosse um registro em diário de campo que desencadeou essa reflexão. Estava registrando sobre um processo de trabalho frequente e comum ao serviço público de saúde, a discussão de caso. Porém, com enfoque no relato de uma problemática trazida pela equipe:

Parece haver uma preocupação para que essa ação de discutir casos em espaços que não permitem, principalmente, a manutenção de sigilo – os lugares em que isso ocorre são na cozinha e na recepção – não seja mais perpetuada. Porém, mesmo que haja essa preocupação, verbalizada em alguns momentos, não parece haver mudança na forma como os casos são compartilhados entre a equipe. Um semestre após minha entrada no serviço, em um período de férias, a equipe reorganizou o espaço da recepção mudando a posição dos móveis. Na tentativa de criar um espaço “mais reservado” para os profissionais usarem o computador e fazerem suas evoluções de atendimento foi colocado um móvel com gavetas alto em frente a essa mesa, de modo que quem chega pela porta de entrada, não percebe que possa haver uma mesa ou alguém sentado atrás desse móvel. Essa percepção de “estar protegido pelo móvel” pode ser um dos motivos de ser um espaço para recorrentes discussões de caso, porém isso implica que, mesmo que os profissionais não sejam vistos, não quer dizer que não possam ser ouvidos por quem circula na recepção. [...] (Diário de campo, 20 de novembro de 2018)

Por mais importante que a discussão ética seja e da extrema necessidade de ser parte do cuidado em saúde e de uma política pública que respeite o sujeito atendido, é o que está no não evidente que me chamou atenção posteriormente. No registro, há uma clara descrição da relação entre processo de trabalho e espaço, resultando nisso que estou tentando chamar de espacialidade. Após esse registro me coloquei a desenhar, fisicamente e mentalmente, a organização do espaço do CAPS AD III.

Aqui me arrisco a uma primeira “teoria etnográfica” que voltarei a abordar posteriormente: os profissionais, mesmo que inadvertidos, organizam o espaço constantemente, de modo a ter controle sobre ele. Essa constatação pode se

referir a quatro lugares principais: a recepção, a sala de enfermagem, a cozinha dos profissionais e o serviço de hospitalidade.

Seguimos um pouco mais sobre o registro do diário de campo do mesmo dia, quando estava relatando sobre uma situação em que usuários saíram do serviço, durante horário de atividade e profissionais que estavam na sala de enfermagem acompanharam essa movimentação, mesmo estando com a porta da sala fechada para a recepção.

[...]nota sobre a sala de enfermagem – o uso da sala é de uso quase que exclusivo de enfermeiros e técnicos de enfermagem, é incomum que outros profissionais permaneçam muito tempo na sala, salvo situações de reuniões de equipe, discussões de caso ou necessidade de usar o computador, assim como é pouco frequente que profissionais da enfermagem fiquem muito tempo na recepção. Em situações em que não estão sendo realizados atendimentos, os técnicos e enfermeiros ficam em torno de uma pequena mesa próximo à uma grande porta de vidro conversando. É pela porta de vidro que acompanham a movimentação dos usuários em frente ao CAPS no jardim e também quem entra e quem sai. (Diário de campo, 20 de novembro de 2018)

A sala de enfermagem virou “alvo” dos meus desenhos também após esse registro. Apesar da participação de profissionais na escolha da casa e de uma “pré-visualização” da destinação de cada cômodo para uma função no serviço de saúde, é no cotidiano que é organizado espacialmente o CAPS AD III para cumprir uma funcionalidade, de modo que se coloca em constante movimentação (por exemplo de móveis) para se alcançar alguma adequação necessária. A vigilância pode ser um dos alcances possíveis. Apresento dois desenhos feitos em computador por mim, para tentar ilustrar o que falo. Trata-se de um esboço, e apesar da pouca habilidade e da noção questionável da escala dos espaços, parece-me suficiente para este fim. As sinalizações em vermelho são as que eu destaco como principais pontos de vigilância da movimentação

usuários e demais frequentadores do serviço. Os móveis são convenientemente dispostos, próximo a janelas e portas de vidro.

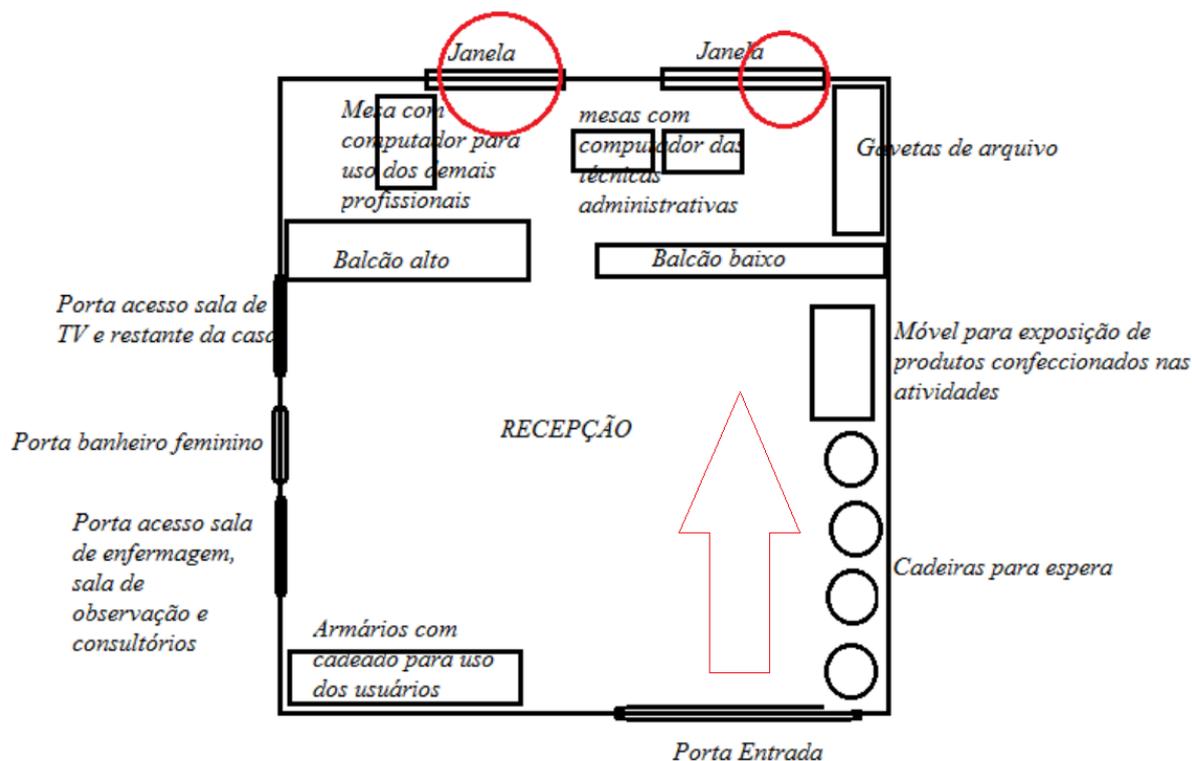


Figura 4 – Desenho da recepção do CAPS AD III

A recepção tem a visão do portão de entrada do CAPS e as janelas possibilitam uma visão de cima (do segundo andar para o primeiro) do espaço de convivência dos usuários²⁰. A sala de enfermagem tem da sua porta de vidro a visão da entrada do CAPS²¹.

²⁰ O registro fotográfico da recepção do CAPS AD III se encontra no ANEXO E.

²¹ O registro fotográfico da sala de enfermagem do CAPS AD III se encontra no ANEXO F.

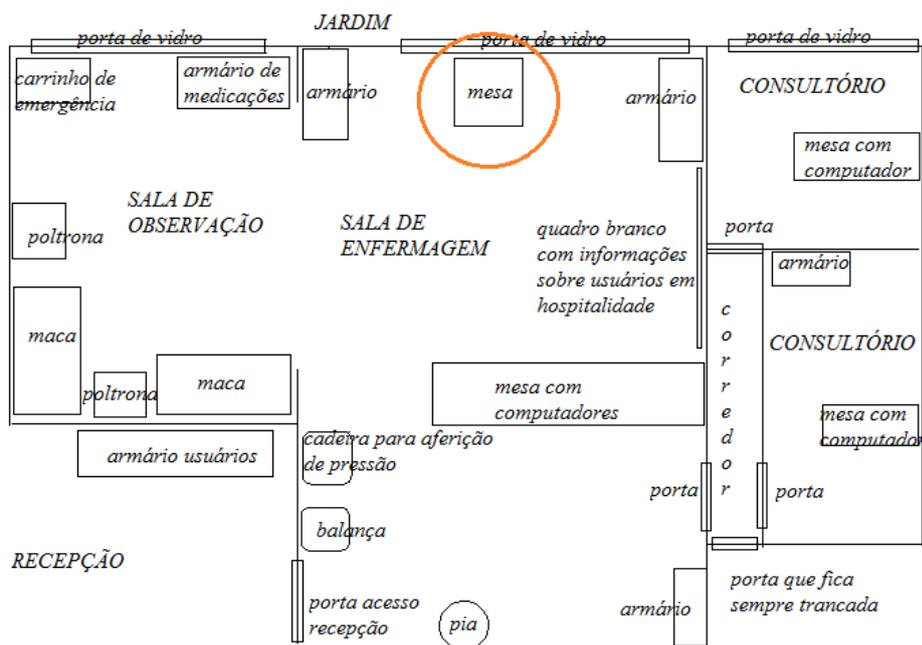


Figura 5 – Desenho da sala de enfermagem do CAPS AD III

Essa observação da relação entre espaço e vigilância, feita a partir do trabalho de campo, apresenta uma “espacialidade possível” no CAPS AD III, certamente não é a única forma de se fazer uso do espaço, mas me parece relevante citá-la, uma vez que diz sobre um modo de aplicação da política pública e da produção do cuidado em saúde, ainda vinculado ao controle dos corpos, ou uma biopolítica. A espacialidade com fins de vigilância parece perpassar as ações de todas as categorias profissionais, não necessariamente como manifestação de uma posição de poder, mas numa perspectiva muitas vezes de “segurança” (que abordaremos mais a frente) dos frequentadores do espaço.

Preciso compartilhar, porém, que os destaques feitos nos desenhos criados me remeteram brevemente à análise de Michel Foucault (2014 [1975]) sobre o panóptico de Bentham. Não sei se é possível afirmar que o CAPS AD III tem uma arquitetura “panóptica” e, como parte de uma política pública efetivada pela reforma psiquiátrica, ele não se assemelha também a uma instituição total. A relação não me parece equivalente, uma vez que os profissionais poucas vezes se dão conta da ação de vigilância, o que os tornaria pouco eficientes na posição de vigias, mas podemos dar abertura para a dimensão arquitetônica, da criação do espaço de observação dos usuários em momentos em que estes não

consideram a possibilidade de serem observados (uma vez que a observação mais direta se dá nos atendimentos e nas atividades em grupo).

Assim como mencionei que a vigilância pode ser uma forma de espacialidade, de uso do espaço, seguimos adiante com o que considero ser uma segunda forma: o acolhimento. O que nos diferencia da nossa breve discussão anterior sobre as instituições totais e faz retornar ao serviço público CAPS AD III como parte da política pública de atenção psicossocial. Parafraçando Michel Foucault (1975) – “vigiar e acolher”, parece se aproximar mais da instituição psicossocial em estudo.

5.2 Serviço de hospitalidade

O termo “hospitalidade” é utilizado pela Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012, que define a tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde. A hospitalidade aqui é descrita como um procedimento de acolhimento:

“ação de hospitalidade diurna/noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência - e que *objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário*. Não deve exceder o máximo de 14 dias”. (BRASIL, 2012)

Pelo que foi apresentado até aqui, já é possível afirmar que a política pública e a organização e funcionamento dos serviços públicos não são regidos apenas pela sua legislação de referência. Mesmo que se considere que ainda se faz bastante necessária para guiar as ações do serviço público, a legislação também direciona para uma discussão entre certa incompatibilidade entre os textos da lei e da norma a prática. O destaque em *itálico* é um exemplo disso. Embora haja a intenção de que a hospitalidade viabilize certa mudança na condição do usuário, não há um acompanhamento que garanta a consolidação do tratamento e sua continuidade a nível comunitário de modo a garantir uma “sustentação terapêutica” conforme é previsto pela descrição da portaria. Assim como esse exemplo, podemos pensar como características das legislações que

orientam as políticas públicas que estas por vezes estão distanciadas das realidades dos serviços públicos, produzindo uma inoperância. Feita essa reflexão, darei continuidade à descrição do serviço de hospitalidade do CAPS AD III.

O projeto de qualificação do CAPS AD existente para um CAPS AD III esteve vinculado, conforme informações de interlocutor, a uma “cobrança” da SENAD de previsão de implementação dessa modalidade em Santa Catarina nos municípios de Blumenau, Itajaí e Florianópolis, devido ao número populacional. Apesar da demanda da gestão nacional, não havia destinação de recurso financeiro para esse fim. Como já mencionado, a verba municipal que financiou a maior parte das adequações de espaço até a qualificação oficial pelo Ministério da Saúde. Nosso interlocutor elucida que a dificuldade de implementar tal serviço não se pautava somente na questão financeira:

É, porém por uma série de inseguranças que a gente tinha, havia esse cuidado de não simplesmente colocar um CAPS AD pois poderia ser desvirtuado muito rápido, ‘então agora o CAPS AD tem internação? [...]’. E ele não passa de ser um serviço ambulatorial que tem uma potencialidade maior de que possibilita então essa hospitalidade, esse acolhimento noturno. Noturno, de finais de semana e enfim. E havia sempre essa questão, vamos botar o CAPS AD e ele vai virar internação. [...]Então a gente começou a trabalhar e discutir essa questão, mas sempre com os pés no chão e com esse cuidado da gente não criar um problema maior pra cidade, tanto para os profissionais (...) sem retaguarda nenhuma. (Entrevistas)

Para minimizar as “inseguranças”, alguns encaminhamentos foram feitos pela gestão municipal como parte do planejamento da criação do serviço de hospitalidade, foram citadas pelo interlocutor: a pactuação de dez leitos psiquiátricos em hospital geral para “retaguarda”, trabalho com a rede para entendimento do que é o CAPS AD III, preenchimento do quadro de profissionais nos serviços de saúde mental, inclusão de equipe médica psiquiátrica atuante

nos CAPS também na ala psiquiátrica do hospital. Em paralelo a essas definições foi feito um projeto para a casa do CAPS AD para “absorver os leitos”, o que não se tratou apenas de uma reforma, mas de uma modificação total do espaço que se tinha, para a construção do espaço de hospitalidade.

[...] projeto foi com base no que eu tinha pensado, assim. Quartos, acho que a minha experiência do hospital também tem muito a ver com, né, com a disposição de leitos, com a organização, com a visibilidade da, do posto de enfermagem, né? Então foi feito daquele dispositivo que tinha um corredor, que os leitos era assim, corredor aqui (desenha no papel em retângulos os quartos e leitos), banheiros separados, né, feminino e masculino, leitos de 3, 2 e 1 (foram construídos três quartos, o primeiro com 3 leitos, o segundo com dois leitos o e terceiro com um leito) pensando na questão de mulheres pra, né, e também com o cuidado da disposição da enfermagem ficar aqui nesse espaço com o olhar no corredor, porque ele poderia tá atento pra qualquer mudança, qualquer pessoa que adentrasse o corredor, né, evitando aí, o cuidado pra que um entrasse no quarto de um outro, sair do banheiro e ir pro outro. Então por isso que a enfermagem tá nesse lugar aqui, ó (mostra no papel o seu desenho), que aí ela tem uma visibilidade do todo. E aí com a questão da segurança em si. (Entrevistas)

Nosso interlocutor reabre a discussão sobre o espaço, com um dado a mais, de que o espaço do serviço de hospitalidade se aproxima do espaço hospitalar, apesar de não ter a mesma finalidade. Na sequência da entrevista há uma menção da hospitalidade como um espaço específico dentro do serviço, “passou o período da hospitalidade seja à noite ou durante o dia, fecha-se a porta da hospitalidade e ele passa a utilizar todo o serviço, ali é o espaço especificamente pro acolhimento, pra hospitalidade” (Entrevistas).

Com a definição desse dispositivo como um serviço de hospitalidade, a “admissão em hospitalidade” ocorre a pedido do usuário e após discussão em equipe. Continuaremos sobre isso mais a frente, cabe aqui mais algumas definições sobre o que seria “essa tal hospitalidade”. Já entendemos que ela não é uma “internação” e tem um espaço específico dentro do CAPS AD III. Nosso segundo interlocutor entrevistado pode colaborar com a ampliação das definições de hospitalidade que identificamos:

[...]E enquanto hospitalidade, enquanto um recurso que é pra permanência de usuário em tempo integral, ele tá aqui dentro, ele sabe que ele pode sair a hora que ele quiser, mas tem uma equipe toda acompanhando, então eu acho que é um recurso que a gente tem que utilizar um pouco mais.[...] a gente acompanha mais de pertinho, a gente conhece mais, a gente tem mais informações dele, as mínimas que forem do dia-a-dia, do sono, da rotina, da hora de, como ele se relaciona com os outros, como ele se relaciona com a família. Tudo isso a gente percebe quando eles tão aqui na hospitalidade. Porque tu percebe isso no final de semana, tu percebe isso quando a equipe toda sai no final do dia e eles retornam ali pra, pra, com a equipe da noite. Eu acho que é uma ferramenta que nos auxilia a conhecer o usuário um pouco mais do que se ele viesse [só durante o dia], e tá beneficiando, porque ele tá fazendo uma adequação da medicação, tá fazendo uma desintoxicação, mas ele continua com a sua autonomia de querer ficar ou de sair. Eu acho que é um recurso assim ó, por isso que eu digo que isso é um serviço que de fato tá voltado pra atender esse público que é de álcool e outras drogas. (Entrevistas)

Aqui, de fato, ampliamos a definição de hospitalidade para algo, não só menos abstrato, mas que alcança a relação com aquele que “está em hospitalidade”. Diferente da internação hospitalar, a hospitalidade *personaliza* o

sujeito acolhido. Dentro da perspectiva de que o CAPS AD III é um serviço pautado na política de redução de danos, é importante que a hospitalidade também tenha essa como perspectiva organizativa. Seguindo essa lógica, em orientação discutimos que os serviços do Estado para cuidado em álcool e drogas podem ter três vertentes: a de promoção da abstinência, aplicação de procedimentos de redução de danos e a potencialização da competência do usuário para que utilize psicoativos de forma eficiente, sem causar problemas para si e para outros. Neste caso, parece ser a hospitalidade um dispositivo para abarcar essas três vertentes de cuidado.

Porém, na continuidade da entrevista, nosso interlocutor refere problematizações sobre o atual uso dessa hospitalidade

[...] que eu me preocupo porque assim, nós temos a gestão desses leitos e, quem sabe, daqui um pouco mais nós não vamos ter, daí nós vamos ter uma fila de espera de usuários que a gente gostaria que fossem beneficiados com a hospitalidade. [...] não é vista ainda como, naquele rol de atividades, naquele PTS que a gente tem ali na frente, a gente faz as atividades, fazemos as atividades, mas quem sabe aquele olhar assim 'poxa, será que uma desintoxicação, ficar no período integral aqui ele não iria se beneficiar?' [...] A minha preocupação, que eu tava preocupado mesmo e me preocupo (risos) com essa questão de nós termos um recurso e tem períodos que ele fica sem ninguém. Não que eu queria colocar todo mundo em hospitalidade, não, mas será que nesse meio onde tá o maior quantitativo de usuários nossos, tanto masculino quanto feminino, não tem uma indicação pra colocar?
(Entrevistas)

Na questão levantada pelo interlocutor há antecipação de dois pontos que serão posteriormente levantados (acordos e protocolos do CAPS AD III e relações interinstitucionais), mas também é identificado outro apontamento que considero necessário nesse capítulo, da hospitalidade como ação de acolher,

acomodar as pessoas no serviço público, e não somente um “serviço dentro do serviço”. Aqui podemos retomar a discussão sobre espacialidade. De certa forma, a “hospitalidade” é um tipo de espacialidade do CAPS AD III. Podemos compreender a hospitalidade destas duas formas, uma diz respeito ao serviço de hospitalidade, o acolhimento noturno para pessoas em situação de crise e/ou vulnerabilidade que necessitem de um acompanhamento intensivo e a organização dessa modalidade/dispositivo; outra diz respeito a uma hospitalidade como a organização dos processos de trabalho e processos de cuidado da equipe do CAPS AD III para com aqueles que são atendidos – num sentido literal da palavra: “ato de hospedar, qualidade do que é hospitaleiro, boa acolhida”.

É sobre essa segunda forma de hospitalidade que será abordada nos próximos capítulos, sobre uma aplicação da política pública que implica na definição de processos de trabalho pela equipe do CAPS AD III que organiza o acolhimento.

5.3 Na sala de estar: reuniões e movimentação pessoal

Uma das primeiras observações referentes às informações apresentadas pelo diário de campo era a grande quantidade de reuniões organizadas e com participação da equipe do CAPS AD III. Faço uma contagem de, pelo menos, quatorze reuniões mencionadas nos diários de campo: reunião de equipe técnica (semanal); reunião de mini equipe (quinzenal); reuniões de “passagem de plantão” (diárias, três vezes ao dia); reunião intersetorial entre CAPS AD III, Amblu e Centropop (mensal); reunião dos coordenadores Saúde Mental (semanal); reunião Câmara Técnica em Saúde Mental AMMVI (mensal); reunião Enlourescer (semanal); reunião COMEN (mensal); reunião de comissão do PLAMIPED (frequência indefinida); reunião de categoria assistentes sociais; reunião de categoria psicólogos; reunião da Rádio Comunitária e assembleia de usuários, familiares e profissionais do CAPS AD III.

O fazer política pública e o próprio serviço público parecem justificar uma quantidade significativa de espaços coletivos formalizados para encaminhamentos administrativos e discussões de casos. Seria essa uma forma de aplicação da política pública caracterizada pela diluição do poder nos espaços coletivos? Os espaços deliberativos para decisões em equipe são dois principais: as reuniões de equipe e as reuniões de miniequipe.

As miniequipes recebem os nomes Estrela, Cometa, Lua e Sol (não sei dizer como esses nomes foram estabelecidos, nos CAPS II e CAPS I também há a divisão das miniequipes pelas mesmas regiões/bairros que o CAPS AD, mas recebem o nome de cores – Rosa, Laranja, Amarelo e Azul). Cada miniequipe é composta por um psiquiatra, pelo menos uma psicóloga, pelo menos um (a) enfermeiro (a), e técnico de enfermagem. Assistentes sociais, farmacêutico e terapeuta ocupacional são acrescentados à equipe conforme demanda de atendimento da região. A definição da composição de uma miniequipe de referência é feita em reunião de planejamento, mas geralmente mantém sua composição estável, devido aos vínculos que os profissionais estabelecem com os usuários. Cada miniequipe possui em torno de sete a oito profissionais. Desta forma, os agendamentos com profissionais da psicologia ou com psiquiatras seguem a divisão da região de moradia da pessoa atendida. A definição do profissional, porém, não é rígida, podendo não seguir a previsão da divisão de equipe conforme estabelecimento de vínculos ou avaliação profissional de cada caso.

Compor uma das miniequipes de referência é apenas uma das atribuições do profissional servidor público do CAPS AD III. Também acompanha como profissional de referência casos mais complexos, realiza atendimentos individuais, participa de divisão de horários para atendimento de “plantão”/acolhimentos (profissionais de nível superior), coordena grupos terapêuticos, registra atendimentos em prontuários, faz busca ativa por telefone e realiza visitas domiciliares. Os profissionais se organizam ainda para visitas institucionais ao hospital e ao Cerene. Além também do incentivo por parte da coordenação para que haja representação do CAPS AD III nos eventos e palestras em que o serviço é convidado.

Os grupos previstos em plano de atividades tem a participação de todas as categorias profissionais: grupo Além Daqui; Som, Imagem e Ação; Aula de Capoeira (parceria com a Fundação de Desportos); grupo Movimento e Expressão, Programa de rádio Mentes e Vertentes; grupo Vida Nova (psicoterapêutico noturno); oficina Criativa (artesanato); oficina Loucuras com Papel (papel artesanal e geração de renda); oficina de Tear; grupo Integrando o Feminino (grupo de mulheres); grupo Motivacional (psicoterapêutico); grupo Saúde e Cidadania; Grupo de Familiares (um matutino e dois noturnos); grupo Delta (jogos); grupo de Artesanato; grupo de Jardinagem, grupo Passo a passo (psicoterapêutico); grupo Medicação e Auto Cuidado; grupo de Horta; Grupo Supera (psicoterapêutico); Práticas Integrativas e grupo Guerreiros (psicoterapêutico noturno). A extensa lista de grupos é oferecida de segunda a quinta-feira. Nas sextas-feiras não ocorrem grupos por conta da reunião de equipe. As movimentações pessoais dentro do CAPS AD III são bastante intensas, fato que é avaliado pela coordenação e pela própria equipe com o que faz dela uma equipe participativa, criativa e propositiva.

Entendo que há necessidade de um destaque para movimentações pessoais de outra ordem, que também implicam na condução da política pública no CAPS AD III, que foram as mudanças de pessoas da gestão, que ocorreram durante o trabalho de campo.

5.4 Mudanças na gestão

A solicitação nos pegou de surpresa, e para nossa sorte tínhamos o auxílio da estagiária para conduzir a atividade. A chamada de uma reunião imediata lembrou a que tivemos há alguns meses para a comunicação da saída da coordenação anterior. Daquela vez foi uma notícia realmente inesperada, dessa vez não. Mesmo assim provoca um certo desconcerto. Incômodo de sair da rotina, talvez? Subimos para a sala de enfermagem, a maioria dos colegas que estavam no serviço estavam lá, em torno de 15 pessoas. A maioria em pé em formato de roda (apenas

a coordenadora e um enfermeiro sentado), a porta da sala aberta, pois ninguém havia ficado na recepção e assim era possível visualizar o que estava acontecendo na recepção também. O gerente fala que seu “tempo enquanto gerente de saúde mental está chegando ao fim” [...] (Diário de campo 14 de novembro de 2018)

Início esse subcapítulo com um trecho do registro do diário de campo, é de grande relevância apresentá-lo como forma de ilustrar a “turbulência” de ter feito pesquisa e ter estado no mestrado nos últimos dois anos. Como mencionado já no começo desse trabalho, apesar de outros fatores, a política pública não deixa de ser afetada por momentos políticos mais efervescentes. Quem sabe um estudo comparativo sobre outros períodos fosse até interessante, visto a estranheza da movimentação de pessoas que ocorreu nesse período. Será sempre assim ou o cenário político atual provoca essa “instabilidade” no cenário do campo?²²

Logo após o início do mestrado houve uma mudança na coordenação do CAPS AD III, por “motivos pessoais” da coordenadora anterior e uma nova mudança ocorreu em abril de 2018. Abril de 2018 marcou outra mudança de gestão importante que desencadeou outras movimentações. Por conta do período eleitoral, o então prefeito municipal renunciou do seu cargo para concorrer como vice-governador. A renúncia, ocorrida em 05 de abril de 2018, fez com que o vice-prefeito assumisse a gestão municipal.

Especialmente no CAPS AD III havia incertezas sobre o que tal mudança acarretaria, visto que, o então vice-prefeito já era conhecido pela sua atuação na SEMUDES²³ e da sua vinculação e defesa das comunidades terapêuticas.

A mudança de prefeito desencadeou na mudança de secretário municipal de Saúde também por questões políticas. As mudanças internas na Secretaria de Saúde culminaram no registro que apresentei inicialmente com a

²² Posteriormente pretendo apresentar as alterações nas políticas públicas de saúde mental e nas políticas públicas de álcool e drogas. Atrelado a isso, as mudanças na gestão municipal parecem ter um caráter peculiar que organizou e culminou no cenário encontrado no trabalho de campo.

²³ Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social.

saída do gerente de Saúde Mental, que estava há 14 anos nesse cargo. Vamos recapitular o número de mudanças de gestores só no período de mestrado (segundo semestre de 2017 até primeiro semestre de 2019): Prefeitura Municipal (01 mudança); Secretaria Municipal de Promoção da Saúde (02 mudanças); Diretoria de Ações em Saúde (02 mudanças); Gerência de Saúde Mental (01 mudança); Coordenação do CAPS AD III (02 mudanças). Aqui há um recorte apenas da gestão do CAPS AD III, mas há relatos de outras mudanças que ocorreram na secretaria e em outros setores. As mudanças causaram e causam instabilidade entre os profissionais sobre o futuro das conduções da política pública, principalmente com relação ao entendimento que os novos gestores teriam sobre o CAPS AD III e sua função e relação na rede.

Ao ver que ainda tínhamos alguns minutos ainda antes de o grupo começar, [...] [colega] me pergunta se eu sabia sobre a saída do gerente de saúde mental. Falei que sim. [...] me fala que estava com colega [...] mais cedo, que comentou que ele foi informado sobre quem o substituiria por mensagem de celular enquanto estava em um evento em Brasília. “Sacanagem, né?!”. Perguntei se [...] conhecia a assistente social que o iria substituir. Falou que sim [...]. “Mas não conhece nada de saúde mental”. [...] (disse) que fica triste que mais uma vez não consultaram ninguém que já é da saúde mental para assumir o cargo, “mas a gente acha que isso é estratégico, eles realmente querem colocar alguém que não saiba nada sobre isso” [...] (Diário de campo 14 de novembro de 2018)

As mudanças, apesar de provocarem insegurança, não acarretaram até o momento em alterações significativas dos processos de trabalho e do atendimento do CAPS AD III. Mesmo assim, podemos pensar que a “estabilidade” do servidor público se contrapõe à “instabilidade” da gestão da política pública, vinculada muitas vezes às definições de projetos de governo, que pode incluir as mudanças de gestão como forma de garantir um projeto

político. Há necessidade de que essa reflexão possa ser evidenciada para que não haja uma ilusão de uma micropolítica desvinculada de uma macropolítica.

5.5 Cucas e bolos: a política pública que se faz na cozinha

As menções à cozinha dos profissionais nos diários de campo foi algo que inicialmente passou despercebido, como algo corriqueiro, cotidiano. A partir de menção do orientador sobre trabalho acadêmico que propunha um olhar para a cantina (BOEHS, 2001), foi possível observar a frequência que começou a ser citada, e pôde ser elencada aqui como componente da espacialidade da casa e incluída nos processos de trabalho dos profissionais do CAPS AD III. Foi na cozinha em que foi possível acompanhar grande parte das conversas de convivência, tão expressiva quanto as conversas que acontecem na recepção.

As conversas de convivência da cozinha são destacadas aqui por serem reflexo da prática da política pública do CAPS AD III, já que é usualmente considerado que a cozinha é frequentada apenas em momentos de intervalo e, portanto, vinculada a “momentos de lazer”. O momento de se estar na cozinha já tentou ser protocolizado, para estipular um tempo de intervalo para os profissionais de modo a não interferir nas atividades de trabalho e de atendimento. Por isso, há uma certa rotina entre a equipe referente aos horários que a cozinha é frequentada, geralmente em regime de rodízio por parte da equipe de enfermagem e das técnicas administrativas. Por parte do restante da equipe multidisciplinar, esses horários são mais variados, dependendo das atividades desempenhadas em cada dia, fazendo que os grupos que se formam para o café sejam muito similares, mas podem variar conforme as possibilidades de horário de cada um.

Um acordo interno tenta limitar que os profissionais façam um intervalo de 15 minutos por turno, além da garantia por lei de intervalo de uma hora para almoço para quem cumpre jornada de mais de 6 horas por dia.

O destaque aqui é que a partir da observação na cozinha que se pode indicar: a política pública faz parte do cotidiano do servidor público no CAPS AD III, que dá continuidade ao seu trabalho mesmo em momentos de descanso e lazer. Embora os momentos festivos sejam bastante frequentes e haja uma

cordialidade em organizar²⁴ aniversários e outras datas comemorativas, como o “dia da enfermagem”, não se engane, o convite à pausa “para um café” envolve realmente tomar um café, mas em geral é um modo amigável de ser convidado a continuar trabalhando.

Pelas observações foi possível identificar que para a cozinha descem grupos de pessoas, geralmente aqueles com quem se tem cumplicidade. Podemos entender que é parte do espaço público para confraternizações e “confissões”, para conversar sobre aquilo que não cabe ser conversado com a presença de outras pessoas. Acrescento às confissões também as discussões de caso que ocorrem nesse espaço, como já mencionado quando discutimos sobre a organização do espaço e da espacialidade e foi apontado como um problema ético importante, além disso acrescenta uma “urgência resolutiva” aos casos e aos processos de trabalho.

24 Outros eventos que tenham organização “surpresa” como chás de bebê e despedidas, são realizadas em outras salas.

6 DA GOVERNANÇA²⁵ À HOSPITALIDADE: ACORDOS E PROTOCOLOS

A discussão do capítulo anterior sobre espaço e hospitalidade deve se manter em consideração para as próximas articulações. Lembre-se que é o trabalho de campo que nos guia e a análise etnográfica permitiu fazer os apontamentos que apresentei até agora. O percurso nos leva ao que, quem sabe, seja o mais íntimo da casa. Vou introduzir também os seguintes números: há 45 profissionais trabalhando na casa e pelo menos 500 usuários (cadastros ativos) que frequentam a casa semanalmente. Como organizar as relações de tantas pessoas?

Como já mencionado, há uma hierarquia entre os frequentadores da casa, aqueles que fazem definições e aqueles que a ocupam. É possível sugerir que a manutenção desta hierarquia depende também da manutenção de contratos e acordos entre as partes. A contratualização das relações e das ações é apresentada como uma forma de fazer, embora também apresente tensionamentos. A definição de protocolos apresenta definições organizativas mais “técnicas” e políticas, que envolvem etapas de um processo, vou colocar aqui como remetendo ao que foi falado antes sobre a “segurança”. Os acordos podemos tratar como “regras de boa convivência”, como são amplos e com maior flexibilização entre pessoas, estão mais sujeitos a mudanças e à dimensão da reciprocidade.

Seria inviável aqui descrever todos os processos de trabalho, protocolos e acordos existentes, já que eles estão em constante negociação e modificação. Porém acredito que caibam alguns exemplos sobre como eles aparecem neste serviço público, principalmente relacionados à hospitalidade. Parece não haver estranhamento por parte dos frequentadores da necessidade de definição de acordos e protocolos. Geralmente eles são definidos em reunião de planejamento da equipe, que acontece semestralmente, também nas

25 Na tentativa de remeter os títulos dos capítulos com aquilo que faz relação à casa, a governança se refere ao trabalho da governanta, aquela responsável pela supervisão, planejamento e administração do funcionamento doméstico.

assembleias de usuários, familiares e profissionais²⁶, da mesma forma em que acordos podem ser criados diariamente nos atendimentos e combinações do caso a caso.

Não se estranha a necessidade deles, mas há tensionamento entre profissionais quando eles não são cumpridos. A equipe geralmente atribui esses conflitos como dificuldade de comunicação na relação entre profissionais e entre profissional e usuário. O serviço de hospitalidade, por ser relativamente recente, evidenciou as incessantes negociações e acordos entre profissionais, que fazem parte do cotidiano do CAPS AD III.

Acho que ele pode, ele requer, ele precisa estar sempre sendo repensado, voltado sempre pra essa questão de usar essa ferramenta, até porque a gente tem uma série de ameaças de política, de mudanças, de redução de custos, e que é necessário que a gente tenha dentro desse serviço, ele é um serviço que tem um custo elevado, e que ele seja de fato melhor utilizado possível. Que as equipes sejam melhor utilizadas possíveis, os recursos melhor utilizados possíveis. (Entrevistas)

A constante revisão dos processos de trabalho, nem sempre comum aos serviços públicos – conhecidos pela sua burocratização, apontam fatores importantes de reflexão e construção frequente das ações, ao mesmo tempo que uma “exigência” de renovação e reorganização como parte do próprio processo de trabalho podem implicar em grande carga dos profissionais e quem sabe, futuramente, alcançar frustração de um trabalho, não com a abertura da renovação e da criatividade, mas do trabalho que nunca finaliza, nunca está pronto.

26 Com relação às Assembleias do CAPS AD III cabe um apontamento. Embora houvesse uma sugestão em orientação de colocar “assembleia” entre aspas, caso considerasse que esse é um momento apenas formal sem fins efetivamente democráticos (nota de orientação: “democracia ilusória”), não o fiz. Mesmo assim, é necessário destacar e problematizar que a assembleia, por envolver usuários, familiares e profissionais, diz respeito a um espaço de evidenciamento de relações assimétricas, da mesma forma como já apontado sobre quem gerencia o espaço e quem o frequenta e também que adiante será abordado entre os formuladores dos acordos e protocolos e os que apenas os cumprem.

Os protocolos podem direcionar a equipe não somente para a “segurança” do cuidado em saúde, mas a segurança dos processos de trabalho que já são definidos. Porém, estes só têm essa função se ele for seguido em consenso.

Então eu digo assim, é uma questão só da gente se comunicar melhor, seguir sim o que se constrói e se entende por protocolo, que eu entendo que protocolo é por segurança tanto do servidor, quanto de qualquer pessoa que circula aqui dentro. E isso acho que a equipe agora deu uma, uma compreendida. (Entrevistas)

A partir da fala do interlocutor, pode-se questionar como alcançar esse consenso da equipe em relação à aplicação do protocolo. O trecho de entrevista a seguir nos sugere um caminho para isso:

Tem que haver essa comunicação, essa participação. Se é uma discussão de caso com a equipe presente, dá pra deixar a recepção com alguém ali responsável e vamos nos reunir e vamos conversar sobre. E ninguém vai dizer que não. Esse tempo eu acredito que já passou. Mas aí fica aquelas amarras, como que posso dizer, um dispositivo de conflito. Sabe? Passou, não conversaram, isso a equipe de enfermagem e a equipe multi, que é que mais acompanham. Mas eu acredito que até isso de fato tá... Só que a gente tem que seguir isso, a gente tem que prezar pela comunicação. Porque aí tu pode dizer ‘não, a equipe presente conversou sobre’. E eu não vejo nada de difícil nisso, sabe? Pelo contrário, que bom que tu pode ter a equipe presente, conversar e colocar a tua indicação, o que você tá pensando, compartilhar isso, é só que ganha com isso. (Entrevistas)

Nosso interlocutor cita um “dispositivo de conflito” ao comentar sobre a hospitalidade e sua admissão. Da diversidade dos entendimentos profissionais

podemos ter “cumpridores” e “transgressores” dos acordos e protocolos. A fala do interlocutor entrevistado pode sugerir que a equipe, quando em discussão e definição conjunta pode flexibilizar suas condutas de acordo com cada caso atendido. A questão protocolar, embora organizativa, muitas vezes pode ser colocada à frente de todos os processos de trabalho de modo a ignorar as demandas daquele que se atende, para quem a política pública se direciona:

eu vejo que isso melhorou, mas talvez porque os profissionais ainda enxerguem no outro uma barreira. E a gente não pode enxergar no outro uma barreira. Nós estamos todos aqui com um fim, não estamos aqui pra cumprir um horário, estamos aqui e o nosso foco são todas essas pessoas que estão aqui dentro. Então assim, às vezes tu olha pro outro e vê no outro uma barreira. Eu penso dessa forma. Mas mesmo, é que eu digo assim, eu espero e vejo que isso já melhorou. Porque era bem difícil. Era bem difícil. (Entrevistas)

A diversidade de entendimento sobre os acordos e protocolos reflete também na diversidade de entendimento da própria política pública e, portanto, não há uma única definição e condução sobre o serviço público, o CAPS AD III e a hospitalidade. Ou seja, mais ou menos intensa há uma disputa de concepções. Transitando entre as estratificações de aplicação da política pública, como apresentado no segundo capítulo, de um fazer entendido e legitimado por vezes “institucional, por vezes “coletivo” e, também, “pessoal”. O registro de diário de campo sobre uma conversa de convivência pode nos falar brevemente sobre a problemática desta última tipologia/estratificação

“Acontece muito disso”, [...] associa que há criação de regras mais rígidas para aqueles com quem a equipe não cria bom vínculo ou com quem façam “julgamento moral” [...] a criação de regras não se refere somente aos usuários, mas também aos demais profissionais. Há necessidade de uma aplicação de regras rígidas nas condutas profissionais, como os profissionais devem

conduzir os acompanhamentos. Sempre houve grande discussão e solicitação para que a equipe organize “condutas únicas e similares” nos procedimentos realizados. (Diário de campo, 2 de outubro de 2018)

Bom, a questão do protocolo não parece ser tão invariável assim, não sei ainda se conseguiremos responder quem organiza e se responsabiliza pelos protocolos e, não necessariamente seria importante se questionar sobre isso. Por enquanto é uma pontuação sobre o que acontece. Quem sabe ainda esteja muito complexo isso que estou tentando problematizar sobre acordos e protocolos, espero que o próximo capítulo auxilie nessa visualização dos principais processos de trabalho destacados em trabalho de campo.

6.1 Protocolos, rotinas e segurança

A casa do CAPS AD III pode ser frequentada de variadas formas pelos usuários do serviço público. Por exemplo, para alguns é lugar de referência para momentos de crise, outros tem uma organização da sua vida fora do CAPS o que os torna frequentadores ocasionais, alguns permanecem em acompanhamento intensivo, ficando mais tempo no serviço ao longo da semana e outros que ficam em hospitalidade. Seguindo essa variedade de pessoas e de formas de frequentar, existem alguns acordos comuns a todos. Há uma priorização para que o acompanhamento no CAPS AD III esteja conciliado com a participação em grupos, sejam eles psicoterapêuticos, oficinas, rodas de conversa, de práticas integrativas²⁷ ou de reabilitação psicossocial. A “adesão” do usuário ao acompanhamento no serviço se avalia inicialmente pela frequência que este tem nessas atividades. Em paralelo a isso, usuários podem sem

27 As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), aprovadas como política de saúde pela portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, são ações terapêuticas e conhecimentos advindos de culturas milenares de diferentes contextos do mundo, sobretudo orientais, que buscam integração com as ciências modernas”. Blumenau tem uma Coordenação Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, cujas ações são desenvolvidas principalmente na atenção básica e que, em serviços de saúde mental acontecem, por enquanto, somente no CAPS AD III devido ao interesse de alguns profissionais. No CAPS AD III as práticas integrativas são ofertadas por profissionais e em parceria com projeto de extensão da FURB e outros parceiros, como auriculoterapia, reiki, dança circular, meditação e yoga.

acompanhados individualmente também, como no caso de atendimentos em consultas médicas, atendimentos psicológicos ou em outras áreas e com profissional de referência. Geralmente é no acompanhamento individual que pode ser flexibilizado o acordo da participação em grupos, conforme as demandas e condições dos usuários.²⁸

Os usuários têm direito a vale transporte para frequentarem o CAPS AD III nas atividades que são programadas, mantendo um vínculo de compromisso do sujeito com o acompanhamento. Da mesma forma, têm direito à alimentação, com número de refeições que variam de acordo com o período de tempo que permanecem. No caso de pessoas que têm acordo para participarem de atividades em dois períodos (matutino e vespertino), têm direito ao lanche da manhã, ao almoço e ao lanche da tarde²⁹. Outro acordo que se destina àqueles que passam o dia no serviço público é que não saiam dele durante o dia, principalmente em horários de atividades ou almoço, sem que haja comunicação ou combinação com algum profissional. A organização e fornecimento da alimentação (lanches e marmitas entregues por empresa licitada) ficam sob responsabilidade do cozinheiro do CAPS AD III.

No pergolado instalado por Adelina para compor o seu jardim fica o espaço chamado de “fumódromo” pelos usuários, local destinado para uso do cigarro. O uso do cigarro é bastante debatido nas assembleias de usuários e se convencionou seu uso pela perspectiva da redução de danos e como forma de minimizar a ansiedade, sintoma comum na maioria dos frequentadores do serviço. É um acordo, porém, entre os usuários que o uso do palheiro³⁰ e outras

28 Embora o aprofundamento desta discussão a partir da perspectiva do usuário fosse bastante importante, pois suas trajetórias são de grande relevância para a compreensão do serviço e da política pública, houve aqui uma escolha em não serem realizadas entrevistas ou registrar conversas de convivência de e com usuários durante o percurso de pesquisa, devido à questão ética de que estes também são atendidos por mim.

29 Assim como a própria hospitalidade, o fornecimento de alimentação também é alvo de muitas discussões entre os profissionais. A vinculação da refeição com a participação em atividades acontece com o argumento de o CAPS AD III não ser um serviço “assistencialista” e sim de “tratamento”. A partir desse acordo a alimentação pode ser utilizada como “moeda de troca”, principalmente pelos profissionais, como mencionado pelo meu orientador, como uma forma de “sedução a adesão pelo estômago”.

30 Até onde me consta, a proibição do uso do palheiro foi definida em assembleia devido aos relatos de mistura de maconha no fumo e, portanto, aumento do consumo de maconha dentro do CAPS.

substâncias psicoativas (com exceção da medicação psicotrópica) não seja permitido nas dependências do CAPS AD III.

Quando o usuário combina com o profissional sobre o(s) dia(s) da semana que irá frequentar o CAPS ele também é informado sobre acordos como pontualidade e assiduidade para participar dos grupos e acordo de respeito aos demais usuários e aos profissionais.

Para usuários que ficam em hospitalidade³¹ as combinações acima também são válidas. Quando feito acordo para entrada em hospitalidade, o usuário se organiza, conforme suas condições e possibilidades, para trazer seus pertences pessoais, como roupas e produtos de higiene pessoal (sem álcool). Preferencialmente acompanhado de algum familiar ou pessoa próxima para acompanhar o processo de admissão que é feito pela equipe de enfermagem e o profissional de referência. São verificados e contabilizados os itens trazidos pelo usuário e registrados os pertences. Também é feita a leitura dos “acordos de admissão”, que serão assinados pelo usuário, pelo seu familiar e pelo profissional que fez a leitura do termo.

Além dos acordos que são comuns a todos os usuários, a hospitalidade também prevê combinação de horários na rotina do usuário no período em que ficar no serviço, isso acrescenta acordos para período noturno e de final de semana, como horários de visita e horário estipulado para descanso (que inclui ir para o leito, não assistir mais televisão e não fumar durante o período).

Acordos e protocolos, quando não cumpridos por usuários em hospitalidade após advertência podem acarretar “alta administrativa”. Para os demais usuários, pode se definir por suspensão da vinda ao serviço por um período. As altas administrativas são mais frequentes que as suspensões³², mas ambas dizem da relevância que os acordos têm para a equipe no processo organizativo interno. Como já mencionado antes, existem acordos que não são entre profissionais e usuários, mas entre a própria equipe. Não podendo se cumprir a mesma “penalidade” para a transgressão de acordos e protocolos, pode ocorrer alguns tensionamentos. Para exemplificar, há um acordo, embora não seja regra, de que, as admissões em hospitalidade sejam definidas para

31 Termo de Adesão ao tratamento em Hospitalidade encontra-se no ANEXO C.

32 No planejamento de julho/2019, as altas administrativas agora acarretam suspensão.

entrada até quarta-feira, isso porque, nos finais de semana a equipe que permanece é a de enfermagem, composta por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, com médico de sobreaviso. O pedido se convencionou entre a equipe para que haja um acompanhamento prévio com a equipe multiprofissional presente e ajuste de medicação antes que o usuário, por vezes desconhecido da equipe, fique durante o final de semana com menor suporte técnico da equipe. Como já informado, isso não é uma regra, já que o CAPS AD III deve estar à serviço das necessidades das pessoas atendidas, mas nos casos em que é possível atender a esse pedido, a equipe o faz. Segue registro em diário de campo de um relato de reunião sobre isso que menciono:

Também foi definida a entrada de um usuário em hospitalidade, que tinha havia recebido alta hospitalar (ficou internado alguns dias) e estava solicitando permanecer em hospitalidade e depois ser encaminhado para Comunidade Terapêutica. Não houve objeções quanto à hospitalidade, mas houve discussão sobre dia da entrada. [um profissional] entendia que poderia ser na próxima semana, para ser repassado para reunião de equipe ampliada, [outros profissionais] entendiam que ele poderia entrar na quarta-feira (amanhã), mas não na quinta-feira. No entendimento deles, a quinta-feira já é mais próxima do final de semana e caso haja alguma intercorrência, síndrome de abstinência por exemplo, no final de semana os profissionais estão em equipe mínima (um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem no serviço e médico psiquiatra de sobreaviso). (Diário de campo 2 de outubro de 2018)

Aqui podemos retomar a discussão da segurança. Da criação de protocolos e rotinas para garantir, e, quem sabe, prevenir eventuais situações de desamparo por parte da equipe.

[...] eu vejo pela responsabilidade e preocupação deles é com o outro, o que pode vir a acontecer com o outro, não

com o outro colega, com o usuário que está ali. Tem uma preocupação muito grande em torno disso. Em termos de recurso, de demora, de ambulância, de socorro, o médico de sobreaviso prontamente vem, mas precisa de outras questões de segurança, tem um segurança (vigilante) nos finais de semana durante o dia e à noite também. Mas eu vejo assim mais uma preocupação com o que pode vir a acontecer com o outro. Sabe? Essa é uma preocupação deles. (Entrevistas).

O que se coloca em questão, porém, é que por vezes o protocolo pode tomar a frente de decisões de admissão em hospitalidade, em que o que deveria ser considerado primeiramente é a discussão do caso a caso. Relato uma conversa em que um profissional estava fazendo um levantamento sobre as pessoas admitidas em hospitalidade naquele ano:

Falou que ainda precisa finalizar a contagem que está fazendo, mas que o número de pessoas que ficaram em hospitalidade esse ano reduziu bastante comparado ao anterior, “é como se a gente tivesse voltado para o primeiro ano [em que foi implementada a hospitalidade]”, “é claro que a gente está sempre querendo qualificar os atendimentos, mas acho que tem uma demanda muito grande de pessoas que poderiam usar disso e não estão sendo acolhidas”. [profissional que acompanhava a conversa] complementa com um exemplo de uma pessoa que acabou de atender “o [...] aceitaria ficar em hospitalidade e teria todas as possibilidades para isso, mas se for ler os quesitos para a entrada ele não se enquadraria, por isso nem é oferecido”, “no planejamento a gente vai ter que rever esses requisitos, flexibilizar, se a gente quiser que mais pessoas entrem na hospitalidade (...) fica nessa separação de que a gente é um serviço de saúde e que questões sociais são atendidas no abrigo, mas

como separa o social?” (Diário de campo 19 de novembro de 2018).

Vou avançar para um outro ponto importante de discussão, já que foi possível identificar que a admissão em hospitalidade não é “naturalizada”, ela movimenta e modula a equipe a cada caso. Retomo brevemente a hospitalidade como espacialidade. Se pudermos analisar sobre a relação da hospitalidade com o espaço, ela é essencialmente *o ato de acomodar as pessoas no espaço do CAPS AD III*. Para fins de tratamento, sim, mas o próprio termo nos sugere um acolhimento mais íntimo, como se acolhesse na própria casa.

A hospitalidade reflete uma política pública que demanda um esforço e investimento que o grupo (de profissionais) tem que fazer para abrigar pessoas desconhecidas. E isso exige paciência, segurança e, por que não, criatividade, por parte destes que não recebem preparo ou capacitação de acolhimento hospitalareiro que preveja o conforto e o bem-estar das pessoas. Vou arriscar aqui uma segunda teoria etnográfica: da equipe é demandado acolher de forma hospitalareira usuários, sem que tenham uma preparação em “hotelaria” ou em abrigo e, por isso, o fazem da forma que historicamente profissionais da saúde foram treinados, a partir da criação de acordos e protocolos, aproximando a ação de características hospitalares.

Sobre isso me refiro a respeito do resguardo e da segurança. Meus interlocutores informam que é um momento importante de criação e manutenção de vínculos entre usuários e profissionais, em que há uma aproximação destes em atividades realizadas que se diferem do dia - a - dia. Após o encerramento do trabalho de campo e inclusive da escrita da dissertação, identificamos em orientação um importante componente do trabalho que deveria ser acompanhado e contido na análise: a vivência no período em hospitalidade, seja noturno ou no final de semana. Acrescento aqui, portanto, que passei um período no final de semana antes de apresentar o trabalho na banca de defesa junto à equipe e aos usuários.

Estavam quatro usuários em hospitalidade. A equipe presente era formada por uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem. Cheguei logo após a saída do médico que

havia ido ao serviço para passar visita e avaliar os usuários. As servidoras não sabiam previamente da minha ida e, quando cheguei estavam na sala de grupo fazendo atividades artesanais enquanto os usuários dormiam após o almoço. Não se incomodaram com a minha presença e pareceram “aliviadas” com o suporte que, porventura eu poderia dar, tanto que assim que cheguei já me informaram sobre a entrada em hospitalidade no dia anterior de um usuário que sou profissional de referência. É um período bastante “quieto”, como não há atividades coletivas programadas, os usuários se ocupam de diversas formas – dormir, conversar, assistir televisão, jogar dominó, desenhar, escrever, caminhar, mexer na horta, entre outros. Da mesma forma que os profissionais também desenvolvem outras atividades. Ao mesmo tempo que parece um período com “menos cobrança” de estar fazendo algo definido pela equipe, parece também ser um momento ocioso e para alguns, produtor de ansiedade. Vivenciar o período em hospitalidade me faz identificar a preocupação que a equipe tem em relação à segurança, a isso também me refiro à expressão de alívio que identifiquei, ser mais alguém a estar junto. Embora até aqui tenha apresentado a hospitalidade como um espaço de cuidado da enfermagem, não parece que a equipe está fechada a ter outras composições. Durante o período fiz algumas escutas, em um dos casos, a intervenção possibilitou que não recebesse medicação a mais. Não sei se por características dos profissionais que estavam no momento, mas a alternativa à ansiedade parece ser a da via medicamentosa.” (Diário de Campo, 27 de julho de 2019)

Espero que tenha me feito compreender. Há algumas características da hospitalidade, como estruturação do espaço e protocolos e rotinas que parecem ser herança hospitalar, mas essencialmente, hospitalidade e hospitalização são ações diferentes.

6.2 Hospitalidade x Hospitalização

Um dos nossos interlocutores entrevistados nos deixa claro que era uma necessidade desde a implementação do CAPS AD III que houvesse uma diferenciação entre hospitalidade e internação

Acho que, acho que a principal função dessa terminologia, acolhimento noturno, hospitalidade [...]a maior preocupação que tem é diferenciar de internação. Seja uma questão conceitual, seja uma questão estrutural. Porque a partir do momento que você fala 'ó, o CAPS AD faz internação (ênfase)' dá um entendimento pro leigo, né, seja pra população em geral seja pros profissionais de saúde que o CAPS AD agora está internando pessoas. E aí você começa correndo um risco de ter um outro problema, de começar a receber urgência e emergência, de pessoas procurando o CAPS AD pra fazer internação de pessoas. E aí ele é um serviço que tem uma característica ambulatorial, não hospitalar. Você não tem um médico 24 horas pra fazer uma avaliação e definir uma internação. Não tem o suporte, suportes técnicos, médicos, pra fazer uma intervenção [...]. Durante o processo de credenciamento, a gente recebeu gente da vigilância do estado que queria que a gente colocasse médico 24 horas, o CRM (Conselho Regional de Medicina), tava falando isso. Nós não somos regidos pelo CRM, somos regidos pela saúde. Aí se encareceria muito, desvirtuaria o serviço, qual o sentido disso? Então tem sempre a, acho que a preocupação maior que se traz na fala de hospitalidade e

de acolhimento noturno é sempre separar da palavra internação, que é algo hospitalar, algo dentro de uma instituição com um outro corpo pra absorver uma demanda.

(Entrevistas)

A internação, a qual diferenciei também pode ser a internação feita em comunidades terapêuticas. Hospitalidade, hospitalização e internação em CT, todas podem atender usuários de drogas, mas em situações e condições diferentes. Da realidade blumenauense, a hospitalidade e hospitalização são competência da área da saúde e a internação em CT, competência da área social. Hospitalização e internação em CT, podem, por vezes também ser apropriadas pela área da justiça.

Por isso que, apesar de tensionamentos que discutiremos no capítulo 7, a finalidade destes três serviços é bastante diferente. De toda a forma, o usuário circula entre eles de acordo com a sua demanda. Em linhas gerais podemos identificar na internação em CT, usualmente utilizada para internação de usuários de drogas, um tratamento pela via do distanciamento dos “fatores de risco” para o uso e recaída, associado a terapias laborativas e geralmente religiosas. Na internação hospitalar, hospitalização é definida para quadros mais críticos e sintomas mais agravados, cujo tratamento, além de medicamentoso se limita ao leito e/ou ao espaço hospitalar por conta da “condição de saúde”. A hospitalidade ainda é diferente, embora tenha algumas características das duas primeiras, prevê um cuidado intensivo por equipe multiprofissional, também inclui tratamento medicamentoso, envolve uma condução para o sujeito se acostumar com a abstinência, através de práticas de saúde e do desenvolvimento da autonomia.

A hospitalidade personaliza tanto o sujeito atendido como o próprio serviço público, tem a possibilidade de acolher porque é familiar aos sujeitos e não o afasta de todo do seu cotidiano.

6.3 A enfermagem como estruturação do serviço

Sobre o que apresentei anteriormente em relação aos protocolos para a hospitalidade e sobre a construção a partir dessa análise, não podemos deixar

de citar algo que parece estar em evidência. O fato de apenas a equipe de enfermagem estar no CAPS AD III no período noturno e de final de semana tem uma implicação na organização e nas decisões sobre a hospitalidade. Isso não quer dizer que cabe à enfermagem toda a responsabilidade e definição sobre os projetos terapêuticos dos usuários e sobre os processos de trabalho nesse período, mas aponta uma divisão que já é familiar aos profissionais, o agrupamento da equipe multiprofissional separados da equipe de enfermagem. O motivo dessa divisão não me parece muito claro e quem sabe, o trabalho de campo não seja suficiente para responder. O diário de campo seguinte apresenta um registro em que se considerou sobre essa divisão em momento cotidiano do CAPS AD III:

A reunião [de equipe] desde o planejamento de julho de 2018 acontece no horário das 11h30 às 14h30, uma tentativa de organizar com que profissionais dos dois turnos, matutino e vespertino, possam acompanhar a reunião. Mesmo assim, esse acompanhamento ainda não permite que todos os profissionais possam se encontrar. Desde o último ano não é previsto liberação de pagamento de horas extras ou banco de horas³³ para que os profissionais estejam presentes fora do seu turno. O que é comum, portanto, é que profissionais do turno matutino saiam às 13h e do turno vespertino cheguem às 13h, na metade da reunião. Alguns profissionais, porém, ainda conseguem readequar sua carga horária para participação durante toda a reunião. O que ainda não foi definido foi uma maneira de conseguir com que os profissionais do turno noturno estejam presentes. Esta estruturação das cargas horárias, pode de alguma forma refletir em uma divisão interna da equipe do CAPS AD III: “equipe

33 Banco de horas é um acordo de compensação de horas, para que horas excedentes trabalhadas em um dia possam reduzidas de uma jornada de trabalho em outro dia. A coordenação tem uma tabela de controle desse banco, porém desde 2018 não é mais possível esse acordo entre servidor e coordenação, apenas em casos em que há prévia autorização da gestão para que o servidor possa exceder sua carga horária de trabalho.

multiprofissional” / “equipe de enfermagem da manhã” / “equipe de enfermagem da tarde” / “equipe da hospitalidade” (noturno). (Diário de campo de 28 de setembro de 2018)

Gostaria de acrescentar outros “componentes” nesta “divisão” da equipe, após a finalização do trabalho de campo: 1. Coordenação; 2. Médicos; 3. Equipe de Enfermagem (com sub-divisão entre equipe diurna e noturna e outra sub-divisão entre técnicos de enfermagem e enfermeiros); 4. Equipe Multiprofissional. Essa divisão parece corresponder a uma organização que é parte do cotidiano dos profissionais e que poderia indicar uma distinção de “hierarquia” no serviço e de “níveis de responsabilidade” pelo usuário conforme atribuições profissionais.

De todo modo, apesar de a enfermagem não ser responsável por todo o processo de cuidado, parece-me ela a principal organizadora dos protocolos e acordos. Tomo aqui “a enfermagem” como uma categoria, considerando que, outros profissionais também assumem esse papel, da mesma forma que os pertencentes ao grupo possam não assumir. Trata-se de uma generalização baseada na frequência com que foi observado. Segue o registro de uma conversa de convivência para exemplificar o que digo:

Durante a conversa o grupo na sala aumentou, sentou outro [profissional] ao meu lado, interessado em saber sobre o que conversávamos [...]. [profissional] continua a sua fala. [...] acha que a equipe está se desgastando. “Os acordos não são cumpridos”, fluxos que são definidos em planejamento e as pessoas não seguem, não consultam a equipe. “Definem as coisas por si próprios”. E volta a falar sobre a necessidade de se respeitar os fluxos, os processos de trabalho [...] “[precisa pensar] não só no bem estar do paciente, mas de todos os outros que também ficam” (aqui acho que se referiu aos outros usuários que podem ficar em hospitalidade no mesmo período e também dos profissionais que precisam acompanhar os usuários no período noturno e de final de semana sem conhecer a

peessoa). [...] “Eu acho que cortam o fluxo só por medo de não serem bem aceitos [se levar o caso para discussão], mas mesmo assim precisa conversar. A gente faz só algumas pontuações pra tentar ajudar a avaliar o caso”. [...] “não é para deixar nada rígido, mas tem que considerar como a gente, que vai acompanhar também, vê as coisas. [...] Os dois continuam conversando sobre a necessidade de seguir os acordos. Será que consideram que a minha pesquisa poderia direcionar isso? Pergunto [...] se a questão da formação, que é pautada na aplicação de técnicas e seguimento de protocolos não torna mais difícil compreender a conduta de outros profissionais, pois outras formações não têm o interesse na manutenção de fluxos mais rígidos. [...] responde que sim, “tudo o que a gente faz é protocolo”. (Diário de campo 14 de novembro de 2018.)

Filho, Moraes e Peres (2009) trazem a discussão sobre a atuação da enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial a partir do entendimento que há um desafio em “novas propostas de trabalho na assistência” ao usuário. A enfermagem, com seu histórico de formação predominantemente hospitalar e ambulatorial, tem também como implicação histórica o cuidado em saúde mental até pouco tempo no modelo asilar. Os autores destacam que há necessidade de que a enfermagem esteja inserida no processo coletivo e que a atuação assuma um lugar “de busca da criatividade e de instrumentos inovadores na prática profissional” (p. 158).

A discussão da enfermagem como estruturante ainda necessita de maior aprofundamento, porém ela é evidenciada pelo trabalho de campo. Mesmo assim, um dos interlocutores entrevistados parece não considerar, totalmente, da mesma forma:

E daí de fato é só a equipe de enfermagem que tá ali, mas eu não acredito que seja assim, que dê a eles um poder de decisão maior no critério de indicação de hospitalidade ou não. (Entrevistas)

Outro ponto de destaque para corroborar com a essa discussão sobre a enfermagem como estrutura do CAPS AD III são as coordenações do serviço. Somente durante o período do mestrado houve duas mudanças de coordenação do CAPS AD III, duas do CAPS II e uma mudança na gerência municipal de Saúde Mental. Atualmente nessa área, a gerente de saúde mental e a coordenadora do CAPS II são assistentes sociais, de um histórico e sequência de enfermeiras em coordenações de saúde mental. Novamente, apresento o dado não como questionamento da capacidade e qualificação de profissionais para assumirem cargos de gestão (considerando também que a própria formação em enfermagem utiliza de conhecimentos de administração e de gestão em saúde para formação na área), porém o padrão da categoria em tais cargos é algo que chama a atenção. Quando um gestor foi questionado por mim sobre essas escolhas, disse que “foi uma outra preocupação que eu tinha era que os serviços se aproximassem e que as coordenadoras também se aproximassem por afinidades pessoais, mas por afinidade de área”.

A enfermagem na coordenação não é padrão apenas na saúde mental
[...] na companhia [de profissional], questiono o motivo de só enfermeiras assumirem cargos de coordenação. [...] respondeu que isso é uma definição de gestão. Desde a entrada da ex-diretora de Ações em Saúde isso foi definido, mas não sabe o motivo. Antes as coordenações [...] incluíam outras profissões, mas por um período foi só por indicação. “Eu já tinha recebido indicação para coordenar [uma política municipal], pela própria ex-coordenadora da política, nem chamaram para conversar, outra enfermeira assumiu”. Percebe que outras profissões em coordenação são exceção [...]. (Diário de campo 19 de outubro de 2019)

Com certeza, uma questão que não se encerra e, por enquanto apresentada aqui de maneira bastante introdutória, mas que espero que colabore para outros momentos de discussão sobre a organização do CAPS AD III.

7 TRABALHO DE JARDINAGEM: AS RELAÇÕES INTERINSTITUCIONAIS

“[...] construíram o jardim dos meus sonhos. A ideia do projeto foi cópia do jardim europeu de Gustavo III, da Inglaterra. [...] Minha alegria e de minha família foi muito grande vendo este lindo jardim. No ano seguinte, quando o jardim todo florescia, entramos num concurso nacional de jardinagem da revista Natureza. Fomos contemplados como um dos jardins mais lindos do Brasil em dois anos consecutivos. [...] Nossa casa está situada num lugar privilegiado”. (Adelina Clara Hess, 2002, p. 66)

O premiado jardim de Adelina nos abre as portas para avistarmos novamente a rua. Utilizo dele como metáfora para introduzir a discussão das relações interinstitucionais do CAPS AD III. Quem sabe essa, a relação com outros serviços e instituições seja, de fato, uma das questões que me trouxe ao mestrado, isso porque algumas dessas questões provocavam tensionamentos importantes que repercutiam na equipe. A partir do trabalho de campo foi possível compreender um pouco melhor sobre elas e, associá-las ao jardim é também uma tentativa de ressignificá-las. O cuidado no jardim também pode nos direcionar a dizer sobre o cuidado das relações. Essa é a oportunidade de apresentar a cartografia elaborada pela análise do percurso no campo.

Lembro aqui da pré-cartografia que foi elaborada antes do trabalho de campo. A Figura 6 é resultante na análise etnográfica e apresenta cartograficamente o CAPS AD III em relação aos serviços públicos e instituições vinculadas às políticas públicas a que essa pesquisa se referiu. O desenho não pretende identificar todos os segmentos e serviços, por isso não pode ser usado como referência integral de um fluxograma administrativo da política pública. Nele só foram inseridos pontos que apareceram como relevantes no trabalho de campo, acrescentados de outras informações necessárias para a contextualização. Além de ser visivelmente mais elaborado que a primeira versão, ele tentou incluir a figura do usuário como parte da movimentação da política pública nessa rede.

Embora houvesse também o interesse em avaliar a “qualidade” das relações, entre aproximações e distanciamentos e/ou tensionamentos, sabe-se que as relações estão em constante modulação.

A *Atenção básica*, representada pelos AGs e ESFs tinha a possibilidade de maior aproximação com o CAPS AD III por meio do matriciamento. Sabe-se de uma dificuldade dos serviços da atenção básica em acolherem e acompanharem situações de saúde mental e álcool e drogas. O matriciamento tinha a potencialidade da corresponsabilização sobre os sujeitos atendidos e, agora finalizado, essa relação depende de ser feita pelos profissionais. O *Consultório na Rua* é próximo ao CAPS AD III e participa junto com o AMBLU e Centro Pop de reuniões intersetoriais. Embora se aproxime do CAPS AD III na perspectiva do cuidado em saúde e da redução de danos, o fato de existir apenas uma equipe para todo o município pode sobrecarregar seus profissionais e dificultar outras aproximações.

O *Hospital Santo Antônio* é o único hospital inserido no desenho pela sua referência ao atendimento psiquiátrico no município. É o principal local de encaminhamentos para casos com determinação judicial para internação compulsória. Geralmente é o médico psiquiatra do CAPS AD III que avalia a pessoa (quando o caso se relaciona ao uso de álcool e drogas) trazida pelo oficial de justiça, que depois o acompanha diretamente ao hospital, quando há avaliação de necessidade de internação. Outra situação que se apresentou recorrente, envolve a hospitalidade. Segue trecho de diário de campo que aborda

essa questão, ao relatar sobre uma reunião ocorrida, e que pode exemplificar uma das relações (ou tensionamentos) entre CAPS AD III e o hospital

[...] Também conversaram sobre uma questão que tem sido frequente: encaminhamentos feitos pelos psiquiatras do Hospital Santo Antônio (hospital geral, referência em internação psiquiátrica no município) de alta hospitalar e indicando o acolhimento em hospitalidade. Refere sobre alguns casos em que foi avaliado necessidade de continuidade de internação, mas pela demanda de rotatividade da internação e “liberação de leitos” no hospital isso tem ocorrido. Os médicos do CAPS concordaram em levar essa questão para a gestão e também escreveram documento endereçado ao Hospital reforçando o objetivo e as práticas do CAPS AD. (Diário de campo 9 de outubro de 2019)

Com relação aos serviços públicos vinculados à SEMUDES, os serviços da política de assistência social como os *CRAS* e os *CREAS* têm se apresentado relativamente próximos e é comum a prática de acionarem o CAPS AD III para discussões de caso e reuniões de rede. Precisei de alguns contatos com a SEMUDES durante a pesquisa para que pudesse compreender um pouco melhor sua estruturação. No desenho apresento as três diretorias cujos serviços vinculados foram identificados no trabalho de campo. Como já mencionei, a criação da Diretoria de Políticas Públicas sobre Drogas e Reintegração Social é relativamente recente (portaria de 2017) e, desde sua implantação e da criação de duas gerências subordinadas à ela (Gerência de Políticas sobre Drogas e Gerência de Reintegração Social), os serviços Centro Pop, Amblu e Abordagem Social passaram a ser vinculados à Diretoria. Seguindo a lógica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), porém, estes seriam serviços ligados à Diretoria de Proteção Especial, nas tipificações de média e alta complexidade³⁴.

34 Fiz um novo contato com a secretaria para entender o porquê dessa organização e, inicialmente, não me responderam solicitando que eu pedisse autorização para a gestão do trabalho, já que a minha pergunta estaria vinculada à pesquisa de mestrado, mesmo assim responderam informalmente que esta foi uma definição de governo e pelo entendimento que pessoas em situação de rua estariam também vinculadas ao problema do uso de substâncias

A relação entre CAPS AD III e as comunidades terapêuticas vai ser mais bem discutida no capítulo seguinte, porém aqui já vale algumas considerações. O CAPS AD III gerencia as vagas de comunidade terapêutica (CERENE) que são conveniadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Segundo o contrato, a Secretaria Municipal de Saúde financia 20 vagas nesta comunidade terapêutica, destinada a adolescentes (acompanhados pelo CAPS infanto-juvenil – até o momento não tenho conhecimento de algum adolescente que tenha se internado) e adultos (homens e mulheres). Ao gerir essas vagas, os profissionais fazem o mesmo processo de avaliação para entender o interesse do usuário para esse encaminhamento. A equipe propõe uma tentativa de “adesão” ao CAPS AD III primeiramente e faz o encaminhamento somente após os procedimentos de tentativa de adesão ou avaliação da demanda junto ao usuário. É de conhecimento também, por meio dos relatos feitos por usuários em atendimento, que esta comunidade terapêutica especificamente, orienta que demais pessoas que se interessem pela internação procurem o CAPS AD III, para que a vaga seja custeada pela secretaria de saúde. Em relação à hospitalidade, parece haver um interesse que seja um dispositivo utilizado para uma pré-internação, uma “desintoxicação” antes da internação.

E quando vem a mudança da reforma psiquiátrica, se diz não mais ao hospital psiquiátrico e sim aos CAPS e também não mais às comunidades terapêuticas. E aí, me parece que numa pretensão do ministério, sem fazer julgamento da história, nós vamos dar conta da dependência química. Só que, os serviços não estavam preparados para isso, não foram preparados para isso, não foram sensibilizados pra isso, não foram capacitados para isso. Então você tinha, é, você tinha, foi um rompimento com a comunidade terapêutica de maneira expressiva a nível de Brasil, continuou porta fechada, e as igrejas (...) e ao mesmo tempo a política, ela não deu conta de fazer

psicoativas. O interlocutor solicitou a formalização da pergunta por escrito para a gestão, o que não foi feito por conta da falta de tempo hábil de entrega da dissertação.

essa substituição, como foi previsto e pensado.
(Entrevistas)

As comunidades terapêuticas representadas são apenas duas, com as quais o CAPS AD III tem maior relação. É inegável as articulações que elas fazem para se manter e estar em destaque no cuidado em álcool e drogas.

A comunidade terapêutica ela, ela talvez tenha sido o setor que mais se organizou dentro da saúde mental como um todo. Ele se organizou, ele foi atrás, ele buscou espaço, ele buscou marco regulatório, ele buscou ser entendido como unidade de saúde, uma coisa que sempre foi negado. A partir da discussão do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça e da psicologia, (...) do Ministério da Saúde que tinham posições muito fortes de não aceitar comunidade terapêutica, fez com que essa negativa e essa não aceitação, não flexibilidade, fez com que todo o recurso que era do ministério para pagar ações da saúde agora é do ministério da justiça, agora a gente não tem mais gerência, é o Ministério da Justiça que dá conta disso. [...] A saúde trabalha com o olhar da saúde, a comunidade terapêutica pode ser complementar, mas não é um serviço. A área social tem um olhar que a comunidade terapêutica funciona como acolhimento, (...) de quem não tem onde ficar, vai pra lá, e o ministério da justiça tem um entendimento que a comunidade terapêutica tem um papel de cumprir pena. (Entrevistas)

Em relação à *Diretoria de Políticas Públicas sobre Drogas e Reintegração Social, vinculada à SEMUDES*, sabe-se que ela gerencia vagas de internação em comunidades terapêuticas. Ainda é pouco compreendida as funções da Gerência de Políticas sobre Drogas e da Gerência de Reintegração Social, porém, dada a vinculação da diretoria com os serviços para atendimento de pessoas em situação de rua (Amblu, Centro Pop e Abordagem Social), pode-

se inferir uma relação entre o principal direcionamento da política municipal de assistência social na política sobre drogas.

É de conhecimento que o município possui convênio com outras comunidades terapêuticas e com o próprio CERENE pela Secretaria de Desenvolvimento Social. Além disso, o Ministério da Justiça, pela SENAD e o Governo do Estado, pelo Programa “Reviver”, também custeiam vagas nas comunidades terapêuticas do município e da região, chamadas de “vagas sociais”, que não necessitam de encaminhamento do CAPS AD III.³⁵

As diversas solicitações do uso da hospitalidade para o fim de “desintoxicação” e as reuniões feitas entre o CAPS AD III e outros serviços parecem querer pressionar o serviço a uma lógica de abstinência e para a criação de uma rotina de encaminhamentos. A resistência da equipe a isso é colocada como uma “cisão” entre o CAPS AD III e os demais serviços do município que atendem pessoas usuárias de drogas. Esta resistência foi apontada em reunião em que um gestor de comunidade terapêutica questionou a falta de encaminhamentos para “internação” demandados por eles. O então vice-prefeito também colocou em seu discurso, em evento (anterior ao trabalho de campo) sobre prevenção ao uso de drogas, que o “próprio CAPS AD criou uma cisão com as comunidades terapêuticas” por não fazer encaminhamentos.

E cada situação eles entendem que tudo vai pra lá [comunidade terapêutica]. É claro que, quando se tem pessoas que tem hoje um outro poder isso fortalece um pouco mais essa, embora não é declarado, né, não é abertamente explícito, mas você percebe que há uma certa tensão para que sejam preenchidas as vagas [...]E aí as portarias e as normativas que tão vindo são a nível nacional. Com certeza Blumenau tem, os principais responsáveis, os grandes líderes hoje tão dentro de Blumenau, em função da Cruz Azul, do cenário nacional,

35 Com a recente alteração do Sisnad após aprovação pelo Senado do projeto de lei 37/2013, sabe-se que haverá aumento no financiamento de vagas de internação em comunidades terapêuticas, porém ainda tenho poucos dados para avaliar sobre os desdobramentos dessa alteração na política pública municipal.

do cenário estadual, têm pessoas de Blumenau dentro. Blumenau por acaso, não por acaso tem pessoas, é, que têm nessa instituição uma visibilidade. (pausa) [...]Então eles têm hoje uma representatividade, o núcleo central quase praticamente é em Blumenau, a nível nacional tem muitas pessoas voltadas. A política em si tá muito forte a nível de Brasil, é claro que, se se pensar em nível municipal, hoje existe uma diretoria de políticas sobre drogas, que tá trabalhando dentro de um olhar mesclado entre a área social e o ministério da Justiça onde são financiadas. (Entrevistas)

Situei o *CAPS AD III* centralmente na cartografia que proponho, por ser também principal objeto dessa pesquisa. Porém, em relação aos demais pontos já apresentados, enquanto serviço público ele não tem a mesma “voz” e prestígio na política sobre drogas do município que outras instituições. Essa pouca representatividade reflete diretamente na equipe de profissionais

[...] o CAPS teve, logo que eu entrei, eu lembro assim, que nós tínhamos muitas atividades fora, né, lembra? Tinha na praça aqui e ali e quando vê a gente começou a ficar sem recurso pra isso. Então, talvez assim, uma não compreensão do trabalho, uma não importância, uma não compreensão da relevância nossa. Porque é um único serviço pra Blumenau inteirinha. Então nós temos quase 6 mil cadastros, uma média de, que ficou, de 500 a 600 ativos e um serviço de porta aberta e uma equipe mega capacitada. [...]Eu me preocupo com isso, por isso que a gente sempre tá dando apoio, fazendo o que der, a gente vai lá estende o braço e vai atrás pra fazer. Mas me preocupa um pouco por conta disso, sabe? E tu vai remando, tu vai, né, tentando andar pra frente, quer que a equipe vá junto e a equipe vai. Esse é o diferencial [...]. Não é por conta da tua entrevista, a equipe pega junto e a

equipe vai. [...] Só que daí começa esses obstáculos aqui, obstáculos ali. Tipo, nós podíamos estar participando dessa semana (municipal de prevenção ao alcoolismo), nós vamos estar participando com as atividades internas aqui, mas a gente podia tá lá na abertura dessa semana. Alguém de nós aqui ou até a coordenadora de saúde mental, no meu entender, tinha que tá lá presente. E essas coisas que eu vi assim, só na fila que nós estávamos sentadas ali (no salão nobre), na fileirazinha assim como, sabe as pessoas assim 'poxa, por que que eu vim, o que que eu tô fazendo aqui'. Mas a gente tá, eu faço questão de, tem esses encontros, da gente ir, mas que é desanimador, é. (risos) [...] Então assim, não tem que de fato, em momento algum a gente mede força com o outro. Eu acredito no trabalho de todos quando de fato o sujeito é considerado na sua autonomia, na sua liberdade. Isso pra mim é a política de álcool e outras drogas. (Entrevistas)

7.1 Tensionamentos entre modelos de atenção em álcool e drogas

E é claro que quem está à frente desses serviços e quem está envolvido nesses serviços pode tensionar mais ou menos. E hoje a gente tem essas tensões talvez um pouco mais evidentes, embora não claras, mas a gente sabe que existe um momento a nível nacional muito forte das comunidades terapêuticas a nível de organização, pra que sejam reconhecidas (...) pra que continuem tendo um financiamento público, hoje tem do estado, do ministério da justiça, tem a nível municipal, e às vezes se perde um pouco do foco, do objetivo, da proposta e das identidades, se perde um pouco isso. (Entrevistas)

Seguindo a entrevista, nosso interlocutor vai nos falar que há uma dificuldade de conversa entre os serviços, pois cada um tem um entendimento e o interlocutor separa esses entendimentos em área da saúde e área social e identifica que as áreas não são separadas somente por conhecimento técnico, mas pelas questões ideológicas que as envolvem.

Aqui cabe nossa discussão sobre redução de danos, nessa relação possível (mesmo que oposta) entre reducionistas e absenteístas, considerando que essa relação não se reduz ao possível tensionamentos que queremos discutir entre CAPS AD e CTs.

“Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, a redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas, intervindo com pessoas que seguem usando drogas. São práticas em saúde que consideram a singularidade dos sujeitos, que valorizam sua autonomia e que constroem com o usuário projetos de vida que priorizem sua qualidade de vida. Manter as pessoas que usam drogas vivas e protegidas de danos irreparáveis são consideradas prioridades” (Nute, 2013).

Em Blumenau, a redução de danos é intensamente criticada nos eventos públicos organizados pelo COMEN em parceria com as CTs, que a consideram como responsável por “permitir” que pessoas permaneçam em situação de rua.

Mostraram os vídeos curtos que fizeram do Osmar Terra e relataram que ouviram sobre como CAPS ad era desperdício de dinheiro público e que redução de danos não funciona e que, por ele os CAPS ad no futuro não irão mais existir. Relataram também sobre a fala do vice-prefeito de Blumenau, [...] (conhecido pela sua relação com o Cerene), em que chamou de grupo de “despirocados” aqueles que não se manifestam favoráveis à internação involuntária de pessoas em uso drogas. (Diário de campo 09 de fevereiro de 2018, referente a evento da Cruz Azul de prevenção às drogas em 08 de fevereiro de 2018)

Discursos com esse viés claramente se apresentam como defensores de outro modelo de atenção.

“As CT foram ganhando notoriedade a partir dos anos 1950, como alternativa para o tratamento psiquiátrico manicomial. Porém, apesar

da proposta alternativa ao modelo manicomial, desde o surgimento da CT já se criticava o fato de que algumas facilmente voltavam ao velho esquema dos antigos hospícios. As CT voltadas exclusivamente para o tratamento das toxicomanias começaram a surgir a partir de 1960, sendo possível distinguir basicamente dois modelos [...]No Brasil, as CT são geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química – em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens”. (DAMAS, 2013, p.53)

A Comunidade Terapêutica tem como uma das suas bases iniciais o modelo estudado por Maxwell Jones (1972) com relação às comunidades terapêutico-democráticas psiquiátricas cujo conceito fundamental era a vivência em comunidade como tratamento. Tal experiência foi inspiradora até mesmo para o movimento de Reforma Psiquiátrica italiano de Franco Basaglia (FRACASSO, 2017). As comunidades terapêuticas começam a ser implementadas no Brasil no final da década de 60, porém suas configurações desde então já se distanciavam do modelo proposto por Jones, condicionada por uma visão religiosa e assistencial.

O modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade –, combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais. O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. Dele espera-se o benefício da aquisição de autodisciplina e autocontrole, disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de SPAs, mas necessárias para o seu sucesso na vida social. As práticas espirituais, por sua vez – levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas –, buscam promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o seu enquadramento mora (IPEA, 2017)

O relatório do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), também já aponta diferenças entre os modelos de atenção:

Este modelo de cuidado – denominado psicossocial, por incorporar a observação de variáveis sociológicas ao diagnóstico dos transtornos psíquicos – se revelaria, no entanto, bastante discrepante dos princípios e das práticas adotados pelas comunidades terapêuticas, notadamente: a exigência da abstinência de drogas como condição para o tratamento (em oposição à lógica da redução de danos); a internação prolongada dos pacientes (e sua consequente segregação

de seu ambiente familiar e comunitário); e o uso de símbolos e rituais religiosos/espirituais como recurso terapêutico.(p.10)

A possibilidade de uma visita institucional à comunidade terapêutica conveniada com Secretaria de Saúde pôde colaborar ainda mais no percurso da pesquisa de campo. E embora evidencie as diferenças entre os serviços, a visita foi importante como possibilidade de minimizar a percepção de tensionamento entre eles, já que são serviços que, em se tratando de modelo de cuidado, podem não competir entre si.

O Cerene se localiza próximo à rodovia, tem a estruturação que parece ser a de um sítio [...]. Após conversarmos com os cinco usuários encaminhados pelo CAPS AD internados (eram sete usuários, um estava no posto de saúde e outro visitando a família) fomos conhecer o espaço, guiados por um educador social (que trabalha com os adolescentes internados). Apesar da “visita surpresa” os trabalhadores parecem disponíveis para o atendimento. [...] Este é o horário dos internados estarem em “atividade prática”, por isso se via alguns deles varrendo e colhendo folhas. Outras estavam fazendo limpeza ou trabalhando na cozinha, explicou. Em frente à recepção (onde ocorrem também os acolhimentos) existe uma construção, uma casa, com salas para atendimentos individuais (para atendimentos médicos e psicológicos) e para atendimentos com os terapeutas de referência (numa organização parecida aos profissionais de referência da atenção psicossocial). [...] Ao ser questionado ele me informou que esses técnicos são geralmente formados em teologia, já que tentam organizar o tratamento e atender demandas, mas sem perder o direcionamento religioso, “da cura através da palavra de Deus” [...] Além das casas com dormitórios, ao final do terreno tem uma outra casa para os internos que já cumpriram os seis meses de tratamento e estão no

programa de Reinserção Social (saem para trabalhar durante o dia e dormem na comunidade terapêutica. (Diário de campo 26 de novembro de 2018 – visita institucional ao CERENE)

Agora, o fato de os modelos de cuidado não competirem entre si não anula as demandas que um tem sobre o outro. Segue mais um registro de campo sobre uma situação que evidenciou esse tensionamento entre serviços

Devido a situação que presenciei em outro momento, ocorrida em 22 de janeiro de 2019, em relação a um atendimento de plantão que pareceu ter sido conturbado, solicitei ao profissional que fez o atendimento que me explicasse sobre o ocorrido. Relatou que pessoa veio acompanhada da mãe, após sair de internação hospitalar, com encaminhamento para internação em comunidade terapêutica. Eles já tinham ido até a CT, mas foram orientados a procurar médico para receberem atestado de aptidão para a internação. Pagaram consulta particular com neurologista para conseguirem o atestado. Ao retornarem para a CT o atestado não foi aceito para acolhimento por dois motivos: pela letra da médica não conseguiram identificar se estava escrito “dependência química” ou “dependência clínica” e, também, necessitariam o encaminhamento além de somente o atestado, por isso a família foi orientada a procurar o CAPS AD. O profissional refere que naquele dia o usuário estava “intoxicado, alterado”. Fez então contato com a comunidade terapêutica para entender a situação, foi atendido pelo diretor da instituição, que demandou por atestado de aptidão e encaminhamento. O profissional argumentou que o médico poderia fazer um atestado de avaliação de saúde e sobre o acompanhamento do usuário no CAPS (isso já é uma prática dos médicos, apesar de as

comunidades solicitarem um documento que ateste que as pessoas estão “aptas” para serem internadas, geralmente o documento fornecido relata informações referentes ao acompanhamento no CAPS e uma avaliação do estado de saúde. Em geral, as instituições têm aceitado o documento, já que não há consenso sobre o que significaria essa aptidão – neste caso específico, o usuário não estava em acompanhamento pelo CAPS no momento, mas já tinha prontuário). Relata que também informou que o CAPS AD não faria encaminhamento, já que não tem convênio com a instituição. O profissional disse que a partir disso o diretor foi bastante grosseiro ao telefone, falando que “você estão negando o atendimento”, “não querem ajudar” e que “não merecem 1/3 do dinheiro que recebem”, em tom de ameaça falou que tem voto no COMEN, mas não explicou o que isso significaria. Profissional disse que tentou argumentar, e que não tem nada contra as comunidades terapêuticas, só que os encaminhamentos via saúde mental só são feitos para outra instituição que é conveniada. “Quando eu falei isso, aí mesmo que ele ficou brabo”. (Diário de campo 12 de fevereiro de 2019).

Na discussão há um novo fato que precisa ser considerado, que o que pode estar em disputa aqui na verdade sejam os recursos financeiros, com o exemplo do FREMAD, gerido pelo COMEN

A nível institucional a gente percebe que a força da saúde mental, da, da, álcool e drogas a nível de mídia tá mais voltado à diretoria de políticas sobre drogas. Isso tá bastante claro, assim né? Das questões do COMEN, o COMEN sempre foi um órgão que era considerado, é, não deliberativo, né? Não saberia precisar quando, mas ele passa a ser deliberativo, ele passa a ter uma rubrica. A partir do momento que ele tem essa rubrica ele tem o

recurso. Que é o tal do recurso via FREMAD. Esse recurso ele passa a ter como função desenvolver atividades voltadas à política de saúde mental (acho que se confundiu, deve ser política sobre drogas). Nesse ponto você vai perceber que ele tem de fato, ele tá centrado em algumas instituições, não na rede como um todo. Então esse recurso hoje ele tá, que é via COMEN através do FREMAD que tá ligado à SEMUDES que é da área social, esse recurso ele tá destinado basicamente pra, como atividades como Cruz Azul, Cerene, ou CTV, são as comunidades terapêuticas. (Entrevistas)

Há uma tensão entre os modelos de cuidado, mas ela não está totalmente esclarecida e pode ter vários fatores envolvidos. Embora não haja necessariamente um “mal” relacionamento entre os serviços, há algo em disputa. As alterações nas legislações das políticas públicas que abordarei adiante evidenciam esse conflito de perspectivas e de posicionamentos das instituições envolvidas e, a partir disso, cabe aqui retomar uma pontuação que apresentei no início dessa dissertação, da dicotomia entre reducionistas e absenteístas (GROISMAN & SCHNEIDER, 2014) como as abordagens consideradas na questão das drogas. O desenho cartográfico pode apresentar essa dicotomia, ao apresentar o CAPS AD III no intermédio das relações entre secretarias de saúde e desenvolvimento social (nas questões vinculadas à política sobre drogas), apontando novamente a tendência da manutenção de apenas dois modelos de cuidado. A discussão, porém se mantém em aberto, e deve ser usada para fins de reflexão da repercussão desses tensionamentos no cotidiano do serviço público, e também para avançar em modelos de cuidado que não se restrinjam a essas abordagens.

7.2 Associação Enlourescer e Rádio Comunitária Fortaleza

Menciono aqui dois espaços importantes e componentes da rede que, embora façam parte do percurso de pesquisa e da cartografia da rede desse

estudo, eles foram timidamente registrados nos diários de campo. Por uma decisão própria, identifiquei que seriam espaços onde não conseguiria sustentar a posição de pesquisadora, não alcançando “distanciamento” suficiente para observações conforme minha proposta de pesquisa. Mesmo que os frequente como representante e profissional do CAPS AD III, são meus espaços que considero de “militância” e em defesa da política pública. Cabe então o destaque desse subcapítulo aos componentes da “minha” política pública e da inclusão da militância como constituinte também da política pública.

Ainda assim, eles foram cartograficamente representados e considero que faz parte do “jardim” do CAPS, como parte do que permeia suas ações, apesar de que a atuação de profissionais dos CAPS nesses espaços já foi muito questionada pela gestão e colegas de trabalho. A isso podemos atribuir o entendimento de que o trabalho que “não é visto”, que é feito fora das dependências do serviço público, é um trabalho questionado não só por parte da equipe, mas também pelos demais usuários. Há um paradoxo de uma política pública que demanda por articulações e ações em rede ao mesmo tempo em que demanda por ações locais e confirmadas pelos demais.

As ações na Enlourecer e na Rádio Comunitária Fortaleza, estão inseridas na apresentação da RAPS de Blumenau como componentes do eixo de Reabilitação Psicossocial. São espaços diferentes, mas compartilham profissionais e usuários similares.

Frequento a Rádio Comunitária do bairro Fortaleza semanalmente e assumi como representante do CAPS AD III na coordenação de um grupo, um programa de entrevistas, chamado “Mentes e Vertentes”. Quem participa da atividade são usuários do CAPS AD III e do CAPS II. O programa existe desde 2008, ano de formalização da criação da rádio que, desde sua criação é mantida por sindicatos e movimentos sociais. Por isso também sua visibilidade como espaço político. Minha função é colaborar na organização do grupo e, principalmente, no trabalho na parte técnica do som. Sou praticamente uma “colaboradora”, e muitas vezes lanço mão da função de profissional de saúde. É no assumir a parte técnica (de som) que se abre espaço para que a condução da atividade seja dos próprios usuários participantes.

A Enloucrescer, Associação de Familiares, Amigos e Usuários do serviço de Saúde Mental do município de Blumenau também é frequentada por mim semanalmente. Foi criada em 1999, inicialmente vinculada ao CAPS II, mas que anos mais tarde conseguiu a cedência (também pelo sindicato – cabe o questionamento de os sindicatos também serem parte da rede de atenção. Até onde foi exposto é possível referir que é constituinte “informal” dessa rede) de espaço para a organização de sede própria. A escolha do nome, Enloucrescer, e do slogan “Lutar, crescer e aparecer”, tira os associados do lugar de usuários da política pública e os colocam também como aplicadores dela. É por meio da associação que outros serviços e instituições são inseridos na rede, como a FURB, a Fundação Pró-Família e a relação com voluntários. Os associados estão inseridos em diversos movimentos e espaços de controle social, como a Rede de Economia Solidária do Vale do Itajaí e a Rede de inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho.

É responsável pela organização de eventos e promoção de debates sobre a Luta Antimanicomial no município. Suas atividades e grupos tem a finalidade, além de reinserção social, também de geração de renda. Por meio da associação os associados têm acesso a cursos, passeios e participação em congressos, sendo reconhecida por muitas entidades nacionais sobre seu trabalho.

Para fins de registro, a Enloucrescer já ocupou uma cadeira no COMEN por uma gestão. Os relatos que eu tenho é que as reuniões causavam mal-estar nos associados, além da burocratização de encaminhamentos que fez com que os associados decidissem não participar da eleição da gestão seguinte.

8 A DEMOLIÇÃO DA CASA?

*[...] demolimos uma casa enxaimel ao lado da nossa (1992). Esta demolição sem alvará nos custou caro, pois a prefeitura embargou a construção do jardim que pretendíamos realizar. Com muito esforço e pagando uma alta multa de 16 mil cruzeiros, conseguimos a liberação. A exigência da prefeitura era de que a casa derrubada fosse preservada por seu estilo enxaimel e “tombada”. Eu fui à prefeitura e nada constava tombado e então tomei a liberdade de fazê-lo por minha conta.
(Adelina Clara Hess de Souza, 2002, p. 55)*

Ao relatar sobre a construção do seu belo jardim, Adelina acrescenta um capítulo que chama de “Polêmica”, quando decidiu derrubar uma casa enxaimel para ampliar o seu jardim e instalar também um pergolado com bancos, formando uma pequena área de convivência externa. Já que nos apropriamos do jardim para uma metáfora do cultivo das relações, uso aqui da “polêmica” de Adelina para encaminhar o desfecho dessa dissertação. Como já narrado, o trabalho de campo se caracterizou por uma efervescência de mudanças e movimentações, governamentais e no CAPS AD III. E, a princípio, a discussão se pautou no uso que os servidores públicos e usuários fazem do espaço e com isso aplicam, singularmente a política pública, tendo como direcionamento as políticas públicas de saúde mental e sobre drogas. Essa efervescência de mudanças também apontou, mesmo antes do início do trabalho de campo, a movimentação dos bastidores que já evidenciavam uma possível alteração nas políticas públicas nacionais.

Embora não sejam o enfoque principal desse trabalho, é necessário mencionar essas alterações que vem ocorrendo substancialmente desde 2017 e continuam ocorrendo após o encerramento do trabalho de campo.

A divulgação de uma nota técnica em fevereiro de 2019 pelo Ministério da Saúde (a nota técnica nº 11/2019 intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”) provocou grande repercussão. A nota foi divulgada no site oficial do Ministério e pouco tempo depois foi tirada do ar, provavelmente pela grande

repercussão que teve e inúmeras críticas ao seu conteúdo. Fiz a leitura dela quando ela já havia sido retirada do site, mesmo assim ainda é de fácil acesso³⁶.

Ao longo de suas trinta e duas páginas, a nota técnica na verdade se trata de um texto explicativo relativo à mudanças que já ocorreram em 2017 e 2018 referente às alterações na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, ambas realizadas respectivamente por comissões da CIT (Conselho Intergestores Tripartite) e da CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas)³⁷, e, portanto, sem participação da sociedade civil, como previsto pelo princípio do Sistema Único de Saúde de controle social. A nota, apesar de apenas “explicativa”, traz à tona pontos importantes e cruciais nas discussões da saúde mental, alvo de amplas manifestações, porém ao que avalio, suas repercussões foram amenizadas em virtude do “momento eleitoral”, no qual foi divulgada. A nota relembra, e reafirma, pontos de divergência com a lei 10.2016/2001³⁸, lei de referência da reforma psiquiátrica brasileira, apesar de usar esta mesma lei para justificar suas alterações. Um *conveniente paradoxo* que encontra na própria lei uma margem para alterações na justificativa de ampliação do atendimento à população. Segue parte da justificativa:

“Todas as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo Ministério da Saúde. Foram identificados incentivos financeiros que não foram utilizados para criação de novos serviços, subnotificação de atendimentos, baixa ocupação de leitos em hospitais gerais (menos de 15%), irregularidades na avaliação de hospitais psiquiátricos especializados pelo PNAS, denúncias de violação de direitos em SRTs, pacientes que já faleceram recebendo benefícios, obras financiadas e não-executadas, serviços inexistentes recebendo financiamento, inconformidades na prestação de contas em convênios realizados com o Ministério da Saúde, ausência de equipe mínima em um quinto dos CAPS, bem como baixas taxas de matriciamento e atendimento à crise realizados nesses Serviços. Esses dados foram apresentados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), e estão sendo encaminhados para órgãos de controle e auditoria do SUS.”

36 Nota técnica acessada pelo site “Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas” (rede não governamental) <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

37 Em 11 de abril de 2019, por decreto presidencial, nº 9.759, ficou definida a extinção de órgãos colegiados, entre eles o CONAD. Apesar de até o momento não ter sido extinto, foi retirada a participação da sociedade civil no conselho.

38 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

A partir dessa justificativa, são apresentados os principais pontos: orientação de que os Centros de Atenção Psicossociais (CAPSs) não sejam mais considerados serviços substitutivos do Hospital Psiquiátrico; manutenção dos Hospitais Psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial, com reajuste do valor de diárias pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e não fomento ao fechamento de unidades de qualquer natureza; possibilidade de internação infantil em Hospitais Psiquiátricos Especializados; que as Comunidades Terapêuticas fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial com inclusão de financiamento de vagas por parte do SUS e apoio de comissão interministerial; inclusão de Hospitais- Dia na RAPS; inclusão de Unidades Ambulatoriais de Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental (para tratamento de casos dos transtornos mentais mais prevalentes com gravidade moderada); expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) para pessoas com transtornos mentais em situação de rua e egressas do sistema prisional comum; ajustes e novos estudos nos programas de prevenção; convênio entre o Centro de Valorização da Vida (CVV) e Ministério da Saúde estabelecido desde março de 2017; atendimento aos pacientes acompanhados na RAPS deve ser embasado em evidências científicas. Com pouca contextualização no texto, também se aponta a possibilidade de uso da eletroconvulsoterapia pelo SUS:

“Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT), cujo aparelho passou a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) do Fundo Nacional de Saúde, no item 11711. Desse modo, o Ministério da Saúde passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (National Institute for Clinical Excellence, N., Guidance on the use of electroconvulsive therapy. 2014, National Institute for Clinical Excellence: London; Mochcovitch, M.D., et al., Diretrizes Terapêuticas para Eletroconvulsoterapia - Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Médica Brasileira, in Projeto Diretrizes. 2013, AMB/CFM).”

Com relação à Política Nacional sobre Drogas (PNAD) esclarece que: o governo deve assumir posição contrária à legalização das drogas; “estratégias de tratamento terão como objetivo que paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas”; a PNAD em 2019 passa a ser de competência da nova

Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania.

Quem assina o documento é Quirino Cordeiro Júnior, médico psiquiatra, então Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que logo após essa nota assumiu o cargo de secretário nacional de cuidados e prevenção às drogas (atualmente, ao que me consta, o cargo da coordenação de saúde mental está desocupado). Após a retirada da nota técnica do site oficial, o atual ministro da Saúde, Luiz Carlos Mandetta (que assumiu o cargo no começo do novo mandato de 2019) parece ter se manifestado apenas em relação à compra e realização de procedimentos de eletroconvulsoterapia pelo SUS, indicando que o assunto “seria revisto”³⁹. Provavelmente o ministro não estava advertido da grande repercussão que o assunto poderia ter. De qualquer forma, o discurso do ministro com centralização apenas na eletroconvulsoterapia como maior polêmica da nota invisibiliza todas as demais alterações que afetam diretamente a estrutura da Reforma Psiquiátrica e da Política sobre Drogas. Até o momento não houve nenhuma outra manifestação da gestão nacional e as alterações nas políticas foram mantidas.

Entre manifestações de repúdio e de apoio às alterações, temos como exemplo da primeira os posicionamentos dos Conselhos Federais de Enfermagem e Psicologia e exemplos de apoio a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas. A nota parece tentar trazer um discurso “pacificador”, pontuando de que não deve haver disputa entre os dispositivos de cuidado em saúde mental e também considera que há muito dinheiro sendo investido em saúde pública, mas o mesmo estava sendo mal gerido e pouco fiscalizado. Alguns conceitos utilizados também podem nos direcionar para algumas das intenções das mudanças: paciente e dependência química, termos do linguajar biomédico. Em alguns discursos de eventos públicos, os atuais gestores nacionais deixam claro que as Políticas de Saúde Mental e sobre Drogas anteriores eram pautadas em critérios ideológicos para defender o fechamento dos manicômios e as ações de redução de danos.

39 Fonte: <https://exame.abril.com.br/brasil/aval-para-eletrochoque-sera-revisto-diz-ministro-da-saude/>

Ao incluir que o tratamento será guiado por “evidências científicas”⁴⁰, ainda não sabemos em que ciência se pautarão, mas podemos prever que esta está alinhada ao conceito de “cura” e da medicalização das pessoas.

A repercussão no CAPS AD III dessas mudanças, porém, não pareceu tão impactante, tanto que pouco se comentou sobre isso internamente. As políticas públicas locais e municipais se manifestam de maneira mais intensa no cotidiano de profissionais e usuários. Por isso também usar a casa enxaimel apresentada por Adelina. Apesar da polêmica e do efeito que tem no contexto macropolítico, para o CAPS AD III enquanto serviço público ainda se trata da “casa vizinha”, aumenta o terreno no jardim de algum serviço ou instituição, mas ainda não é visto como preocupante na micropolítica.

40 Cabe o destaque à pesquisa da Fiocruz, 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, cuja divulgação foi vetada pelo atual governo, com questionamento do ministro Osmar Terra de que o estudo não teria “validade científica”. O estudo não confirma a existência de uma epidemia de drogas no país.

EPÍLOGO

Há pouco fui informada que os familiares de Dona Adelina visitaram o CAPS AD III recentemente. O filho e a neta estavam acompanhados de uma escritora e visitaram todas as construções da família a fim de que se pudesse fazer um novo registro da história familiar, ainda não sei ao certo se é referente a escrita de um outro livro ou produção de documentário. A equipe que estava presente relatou que os familiares ficaram muito “contentes” e “satisfeitos” em conhecer o CAPS AD III e posteriormente enviaram de presente os livros escritos por Adelina e kits de patchwork do Instituto Duda e Adelina para as oficinas de artesanato. Parece se tratar de um bom fim para essa narrativa, das histórias que se encontraram para fechar essa dissertação.

A tentativa de organizar esse trabalho pela discussão do espaço e da espacialidade a partir de uma casa que abriga um serviço público, aponta outras perspectivas para a construção e aplicação das políticas públicas. Embora muitos artigos e textos já discutam a relação dos conceitos espaço e saúde, a maioria se propõe a investigar o espaço e a territorialidade, a partir da produção saúde-doença e da distribuição e organização dos serviços do SUS pelo seu princípio de regionalização e territorialização. Etnograficamente foi possível verificar que a forma como profissionais de saúde e usuários se movimentam e utilizam o espaço é parte (fundamental) da aplicação da Política Pública de Saúde Mental e da Política Pública de Álcool e Drogas, e determinante no funcionamento do serviço público de saúde CAPS AD III. Pode-se mencionar aqui que, na verdade, trata-se de pensar em “espaços”, ou seja, há uma multiplicidade de espaços e territorialidades que precisam ser “gerenciadas” pessoal ou coletivamente⁴¹. É a partir dos espaços que se observa e se organiza o modelo de atenção e a forma de fazer cuidado, além da definição dos processos de trabalho e processos administrativos.

41 Anotação de orientação: o processo cognitivo-cultural que se desdobra de, e em, nossas noções do que chamamos “espaço” são resultado da articulação entre “onde nos encontramos” no entrecruzamento existencial entre o “território físico” e o “território simbólico”. O “território físico”, se é que podemos separar é constituído pelos obstáculos digamos materiais que direcionam o fluxo dos corpos. O “território simbólico” é constituído pelos obstáculos digamos “formulados pelo pensamento” (Alberto Groisman).

A hospitalidade também entra nessa discussão. Com a análise do trabalho de campo, percebi analiticamente a hospitalidade como uma forma de espacialidade, em que o uso do espaço e a organização dos processos de trabalhos e protocolos sejam elaborados de modo a promover acolhimento, e assim promover hospitalidade. Há em alguns momentos uma limitação para esse entendimento. A protocolização das ações impõe “regras” à casa, de modo a constituir social, política e administrativamente os profissionais de saúde como habitantes da casa e os usuários como visitantes/ frequentadores. As regras se aplicam aos visitantes que, por vezes, precisam se adequar a elas. Não entenda mal, todos são bem-vindos ao serviço-casa e serão cordialmente atendidos e ouvidos, mas sua permanência pode demandar algumas adaptações. Ser convidado ou se convidar a pernoitar pode exigir adaptações a mais. Há a necessidade aqui que a hospitalidade deixe de ser apenas um serviço de acolhimento noturno, ela precisa estar incorporada na vivência do serviço público CAPS AD III. É preciso ressignificar a hospitalidade como acolhimento cotidiano e pensá-la como modo de acomodar as pessoas no espaço.

Ao longo da leitura do trabalho espero que tenha sido possível perceber a dinamicidade do CAPS. Embora os protocolos existam, de forma alguma esse serviço é enrijecido nas suas ações. Há muito envolvimento por parte da equipe em propor atividades, participações em eventos, atendimentos diversos e reuniões que colocam os interlocutores dessa pesquisa em constante movimento, o que confirma um aspecto da aplicação das políticas públicas. Elas são em muito condicionadas e reelaboradas pelas pessoas que as aplicam no dia a dia. Considerando, portanto, que a práxis dos agentes públicos e seus desdobramentos cotidianos no serviço é "política pública".

O “trabalho de jardinagem” foi uma forma de elaborar a discussão do problema de pesquisa – como é organizada a política sobre drogas e a rede de atenção. Também foi uma tentativa de demonstrar qual a relação do CAPS AD III com essa política e com essa rede e qual a repercussão dessa relação para profissionais e usuários.

O formoso e premiado jardim criado por Dona Adelina deu espaço para uma metáfora do jardim como esse intermediário entre a casa e a rua. É pertencente ao terreno da casa, mas afetado diretamente pelo que é externo e

por isso compete aos dois. Nessa transição entre casa-jardim-rua foi possível pensar o problema de pesquisa também na articulação CAPS AD III – política pública – rede. O trabalho de jardinagem se referiu, portanto, ao trabalho cartográfico de visualização e mapeamento da rede de serviços identificados a partir do trabalho de campo na tentativa de apresentar as relações estabelecidas com o CAPS AD III. Da mesma forma, trabalhar o jardim significou abordar sobre o “cultivo” dessas relações, suas aproximações, distanciamentos e tensionamentos entre modelos de atenção e cuidado em álcool e drogas.

Foi no percurso etnográfico (que resultou no desenho cartográfico), ao acompanhar as movimentações na política municipal, principalmente por meio das participações nos eventos públicos e na observação das relações interinstitucionais do CAPS AD III que foi possível “antecipar” as modificações na política pública nacional de saúde mental e álcool e drogas que estavam por vir, ou, pelo menos, foi uma tentativa de desvelar e narrar os bastidores dessas movimentações. As principais alterações, ocorridas desde o final de 2017 coincidiram com o período do mestrado e com a realização do trabalho de campo, atravessando os registros com diversos movimentos de transição e modificação das legislações e das gestões das políticas públicas.

Na tentativa de abordar as principais questões que emergiram do trabalho de campo, foram apresentadas discussões mais introdutórias e outras que conseguiram ser mais bem aprofundadas. De todo o modo, assim como coube no desenho metodológico a aprendizagem com o campo e com o percurso de pesquisa, aqui também cabe a escrita como exercício de organização de ideias e fluidez da narrativa. Escrevi até aqui pontos sobre o que foi possível escrever e desenvolver. Cabe destacar também as limitações, que de fato abrem espaço para novas interrogações e outras pesquisas. Uma delas é um foco de discussão com centralidade na perspectiva dos profissionais de saúde, uma escolha de direcionamento do texto e das análises, mas que abre mão do acompanhamento da repercussão da política pública para o usuário. Fica para mim em aberto ainda, um aprofundamento na discussão dos outros pontos, serviços públicos e instituições que estão em relação com o CAPS AD III. O objetivo realmente não era responder questões a partir deles ou da gestão, mas

seria importante como segmento para essa dissertação um trabalho que contemplasse a perspectiva da gestão sobre a cartografia elaborada.

Embora o serviço público seja conhecido pela sua burocracia e lentos processos de resolução de situações, espero que a dissertação tenha contribuído para a expressão de outro olhar sobre o serviço público, pela sua dinamicidade e pelos diversos atravessamentos e desdobramentos possíveis que modulam singularmente cada serviço, e, portanto, resultam em diferentes modos de aplicar a política pública.

Encerro aqui *uma* abordagem de *um* trabalho de campo na tentativa de contribuir para o trabalho *no* campo que não se encerra, e que, pelo menos para mim, já não é mais o mesmo.

REFERÊNCIAS

AGAR, Michael. **Ethnographic researches differences**. In: The professional stranger: an informal introduction to ethnology. Londres, Academic Press, 1980.

BECKER, Howard. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo, Hucitec, 1993.

BLUMENAU. **Portaria nº 21.134, de 10 de agosto de 2017**. Designa membros para comporem o comitê executivo instituído pelo decreto nº 11.308, de 22 de maio de 2017.

_____. **Lei Complementar nº 1109, de 03 de maio de 2017**.

_____. **Lei ordinária nº 8.303, de 4 de julho de 2016**. Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício financeiro de 2017 e dá outras providências.

_____. **Lei Complementar nº 856, de 26 de abril de 2012**. Dispõe sobre o sistema municipal de políticas públicas sobre drogas - Sismad, e dá outras providências.

BOEHS, Astrid Eggert. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

_____. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.** Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **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.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.**

_____. **Lei nº 10.216, de 04 de junho de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. **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.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

DAMAS, Fernando Balvedi. **Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social.** Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DESLANDES, Suely Ferreira. **O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais)

FARIA, Jeovane Gomes de; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental.** *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 324-333, Dez. 2009.

FAVRET-SAADA, Jeanne. **Ser afetado**. Tradução de Paula Siqueira. Cadernos de Campo, São Paulo, no. 13, pp. 155-161, 2005.

FILHO, Antônio José de Almeida; MORAES, Ana Emília Cardoso; PERES, Maria Angélica de Almeida. **Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr./jun.2009.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 42 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014 [1975].

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres** (M. T. C. Albuquerque, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal. 1998 [1984].

FRACASSO, Laura. **Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações**. Portal Aberta, Eixo Práticas, 2017. Acesso em 30 de junho de 2019: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>

FURLANETTO, María Leticia. Método de observação participante: relato sobre um esquadrão de vôo. In: **O ensino, a pesquisa, seus métodos e a psiquiatria**. Cadernos IPUB. Instituto de Psiquiatria. UFRJ (pp. 117-130), Nº15, 1999.

FURTADO, Juarez Pereira; ODA, Wagner Yoshizaki; Borysow, Igor da Costa; KAPP, Silke. **A concepção de território na saúde mental**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(9):e00059116, set, 2016.

GEERTZ, Clifford. Obras e Vidas. **O antropólogo como autor**. Tradução Vera Ribeiro. 3ª. Edição Editora UFRJ, 2009.

GEERTZ, Clifford. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis, Vozes, 1997.

GOLDMAN, Marcio. **Jeanne Favret-Saada, os afetos, a etnografia**. Cadernos de Campo, São Paulo, no. 13, pp. 149-153, 2005.

GROISMAN, Alberto. **Interlocuções e Intersecções na pesquisa em ciências humanas, sociais e da saúde: epistemologia, “medicalização” e agenda**. In: VI Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa em Salud: un compromiso con la ética y justicia social. Medellín, Colombia, 2014.

GROISMAN, Alberto. **Mediunidade e agência religiosa: o que Vó Nadir tem para nos ensinar...sobre políticas públicas de saúde**. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE. Rio de Janeiro, 2013.

GROISMAN, Alberto; SCHNEIDER, Jacqueline. **Pesquisa qualitativa, saúde e uso de drogas: desdobramentos e implicações teóricas, analíticas e epistemológicas da utilização da técnica de entrevista de fala aberta**. Revista portuguesa de saúde pública. 32 (1): 37-44, 2014.

HONORATO, Lucas Tavares. **Territórios em Loucura: analisando a normativa jurídica que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. In: VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde e V Fórum Internacional de Geografia da Saúde. Dourados, 2017. Anais do VIII GeoSaúde, p. 91-111, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**, nº 21, 2017.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Os argonautas do pacífico Ocidental: um relato dos empreendimentos e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné**. São Paulo: Abril Cultural, 1976 [1922].

MALUF, Sônia Weidner; ANDRADE, Ana Paula Müller de. **Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no**

campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. Revista Saúde e Sociedade, v.26, n.1, p. 171-182, São Paulo, 2017.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico.** Journal of Nursing Health, Pelotas (RS), p. 82-93, jan/jun, 2012.

SILVA, Martinho Braga Batista. **Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador Nativo” no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”.** Campos 8(2):99-115, 2007.

SOUZA, Adelina Clara Hess. **Construindo Sonhos.** Blumenau: Editora HB, 2002.

SOUZA, Adelina Clara Hess. **Retrato de Família.** Blumenau: Editora Letra Viva, 1996.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** Revista Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45, 2006.

TRAVANCAS, Isabel. **Fazendo etnografia no mundo da comunicação.** In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.* 2ª edição. São Paulo: Atlas, 2010.

ANEXO A**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Prezado(a), você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa, a qual está pautada na Resolução 466/2012 de acordo com o CNS (Conselho Nacional de Saúde). Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, poderá aceitar ou não fazer parte do estudo. E caso aceite, poderá desistir de sua participação a qualquer momento, sem ter que apresentar nenhuma justificativa ou motivo, podendo fazê-lo inclusive por telefone. Em caso de recusa ou desistência você não será penalizado(a) de forma alguma. Se concordar em participar assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A identidade dos(as) participantes será mantida em absoluto sigilo. E os dados serão arquivados sob a responsabilidade do pesquisador e eliminados após cinco anos.

Título do estudo: As políticas públicas sobre drogas e a rede de atenção no CAPS AD III de Blumenau/SC

Pesquisadores responsáveis: Mestrando em Saúde Mental e Atenção Psicossocial Marina Schiochet, Prof. Dr. Alberto Groisman

Contatos:

E-mails: marina.schiochet@gmail.com

alberto.groisman@ufsc.br

Contato telefônico direto com o pesquisador: (47) 999660569

Endereço institucional: Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88040-900

Referente ao CEP/UFSC: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: (48) 3721-6094.

O objetivo da presente pesquisa de inspiração etnográfica é compreender as relações entre as políticas públicas sobre drogas, a rede de atenção e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III). A

pesquisadora assim entende que, essas relações apesar de ainda não compreendidas implicam na dinâmica do serviço e nas expectativas que os sujeitos têm sobre as políticas públicas. Para essa compreensão buscará mapear e descrever seu percurso na investigação destas relações e suas repercussões.

Você foi contatado por ser (gestor municipal/profissional/usuário) e, portanto, informante e interlocutor deste trabalho como parte do contexto de pesquisa e do percurso etnográfico da pesquisadora. A pesquisa tomará como técnicas de coletas de dados entrevista de fala aberta, também observação participante e registro em diário de campo de situações de discussão da política pública nos serviços de atenção, conversas de convivência e de atividades públicas de caráter interinstitucional. Não há despesas pessoais para o(a) participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira para quem participar da pesquisa. **Além disso, se houver custos referentes à participação estes também serão custeadas pelo pesquisador.**

A pesquisa tem como propósito também contribuir para que o entendimento do funcionamento da rede de atenção e da política sobre drogas a partir das dinâmicas dos serviços implicados possa compreender e apontar futuramente possíveis ajustes na articulação dessa rede de modo a otimizar e qualificar os processos de trabalho. **Deste modo, sua participação e contribuição como informante poderá lhe beneficiar a partir do acesso e conhecimento das informações produzidas por essa pesquisa, utilizando-a da melhor forma para sua atuação na política pública**

A pesquisa não tem o objetivo de identificar as pessoas que dela participam e os registros respeitarão o sigilo profissional e ético em pesquisa. **Porém, em se tratando de serviços específicos, mesmo que remotamente, existe a possibilidade de haver quebra de sigilo dos dados e da privacidade da sua participação.** Por isso, caso essa situação ocorra, você será devidamente comunicado e poderá concordar ou discordar com a inclusão destes dados. No contexto da entrevista, há a possibilidade de você se deparar com conteúdo delicado e de difícil manejo, o que poderá mobilizá-lo(a) emocionalmente. **Para tanto, a pesquisadora se compromete a esclarecer previamente as questões e o objetivo da entrevista, de modo a não entrar**

em questões das quais você não esteja de acordo. Da mesma forma, caso sinta algum tipo de desconforto ou constrangimento no decorrer da pesquisa e você não queira mais participar da pesquisa, o pesquisador compromete-se a interromper a sua participação. Na mesma forma, caso haja algum prejuízo financeiro.

Além disso, a pesquisadora se compromete a oferecer suporte psicológico adequado, uma vez que é psicóloga e, se for o caso, você pode ser encaminhado para cuidados especializados oferecidos pela rede de atenção em saúde. Lembrando, ainda que você tem total liberdade para desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento. Desta forma, neste documento estão sendo disponibilizados meio de contato para que você entre em contato para quaisquer esclarecimentos e para você solicitar a exclusão da pesquisa, caso seja necessário, **e também para solicitação de suporte caso haja necessidade de acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa. Durante o período da pesquisa ou após seu encerramento, você poderá informar e solicitar à pesquisadora indenização referente eventuais danos decorrentes da pesquisa, além de ter garantido ressarcimento quando houver despesas referentes à sua participação na pesquisa.**

Caso decida participar da pesquisa você irá assinar este Termo de Consentimento em duas vias de igual teor. Fica garantido o recebimento de uma via deste documento e a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Nome do pesquisador: Marina Schiochet – Mestrando em Saúde Mental e Atenção Psicossocial vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Orientador deste trabalho: Prof Dr. Alberto Groisman – Professor Titular do Departamento de Antropologia

Assinatura do pesquisador:

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO REFERENTE AO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Eu, _____,
RG _____, CPF _____ abaixo assinado fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, antes da conclusão do trabalho em julho de 2019, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Telefone para contato: _____

ANEXO B - Formulário para solicitação de desenvolvimento de pesquisa em campo, dentro dos setores da SEMUS.

ETSUS BLUMENAU
"DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA"

PREFEITURA
BLUMENAU

ETSUS BLUMENAU - DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA
Rua Dois de Setembro 1510 - Itoupava Norte - 89052-000
Fone: (47) 3322-4271

24 SET. 2018

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA EM CAMPO,
DENTRO DE SETORES DA SEMUS.**

Observação: Este formulário destina-se a todos os alunos da Graduação ou da Pós Graduação que desejam desenvolver pesquisa nos Ambulatórios, ESFs e demais setores da Secretária Municipal de Saúde de Blumenau, o mesmo deverá ser entregue via e-mail juntamente com a cópia do projeto. O formulário deve ser devidamente preenchido (digitado), com no mínimo 20 dias de antecedência da apresentação para o Comitê de Ética da Instituição de Ensino.

<p>Título do trabalho: AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS E A REDE DE ATENÇÃO NO CAPS AD III DE BLUMENAU/SC.</p> <p>Autor principal: Marina Schiochet</p> <p>Formação: Psicóloga.</p> <p>Colaboradores: Alberto Groisman (professor orientador)</p> <p>Tipo de trabalho: () Trabalho de Conclusão de Curso (X) Dissertação () Monografia</p> <p>Instituição vinculada: Universidade Federal de Santa Catarina</p> <p>Curso Origem: Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial</p> <p>Objetivo geral do trabalho: Construir um estudo etnográfico com o objetivo de compreender as relações entre as políticas públicas sobre drogas e a rede de atenção em Blumenau, na perspectiva dos sujeitos envolvidos, identificados durante o percurso da pesquisa, com o CAPS AD III no período de 2018 e no primeiro semestre de 2019.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar dados em pesquisa de campo e documental que possibilitem descrever a constituição da rede de atenção a usuários de drogas em Blumenau a partir da concepção dos agentes, instituições e organizações envolvidos; - Investigar, construir e analisar esta rede em um recorte dos anos de 2018 e 2019; - Descrever a dinâmica da rede de atenção e compreender como os serviços que a compõem se constituem, incluindo a "hospitalidade", e como essa dinâmica se desdobra no CAPS AD III de Blumenau. <p>Metodologia da Pesquisa: Abordagem etnográfica de inspiração cartográfica e, portanto, vai envolver técnicas de pesquisa que permitam uma análise etnográfica. A pesquisa tem como ponto de partida o CAPS AD III de Blumenau e o seu serviço de hospitalidade, lugar onde a pesquisadora trabalha como psicóloga, mas não se restringe ao estudo desse local. A partir da experiência e atuação profissional se identificou alguns "nós" importantes na relação entre diversos espaços que lidam com a questão das políticas sobre drogas em Blumenau e que implicam diretamente no CAPS AD III e no uso da hospitalidade. Estes espaços podem se referir tanto a serviços da rede de atenção, quanto secretarias municipais, instituições privadas e eventos</p>
--

Rua Dois de Setembro, 1510 - Itoupava Norte
Blumenau/SC - CEP: 89052-000
E-mail: capacitacao.etsus@blumenau.sc.gov.br

ETSUS BLUMENAU
"DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA"

 **PREFEITURA**
BLUMENAU

ETSUS BLUMENAU - DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA
Rua Dois de Setembro 1510 - Itoupava Norte - 89052-000

públicos de discussão da temática que serão identificados e relatados conforme o percurso da pesquisadora. A escrita de diários de campo será a principal forma de registro nesta pesquisa de abordagem etnográfica. Além disso, a pesquisa tomará como técnicas a observação, entrevistas de fala aberta, conversas de convivência e participação em eventos públicos sobre a temática. A partir dessas técnicas há o objetivo de relatar encontros interinstitucionais e relatar situações ocorridas no CAPS AD III que refletem na repercussão da política pública no serviço.

ETSUS BLUMENAU
"DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA"

PREFEITURA
BLUMENAU

ETSUS BLUMENAU - DR. LUIZ EDUARDO CAMINHA
Rua Dois de Setembro 1510 - Itoupava Norte - 89052-000
Fone: (47) 3322-4271

Termo de Compromisso

Comprometo-me após a realização da pesquisa, encaminhar um relatório final contendo com a produção científica vinculada a referida pesquisa para o SEGES.

Blumenau, 17/09/2018

Marina Schiochet

(Nome completo)

CAMPO DESTINADO A GERENCIA OU COORDENAÇÃO DO SERVIÇO

Data / recebimento: 21/09/2018

- Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Aprovo parcialmente a execução / aplicação do trabalho em questão.
 Indeferido a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo: Pesquisa e forma de intervenção em polímeros
publidos e área de atuação profissional, sendo
la servidora também da CAPS AD III.

Data / encaminhamento: 21/09/2018.

Assinatura e carimbo: _____

Fernando Borges de Moraes
Gerente de Saúde Mental
Matrícula: 217069

CAMPO DESTINADO DIRETORIA

Data / recebimento: 25 SET. 2018

- Aprovo a execução / aplicação do trabalho em questão.

Motivo: _____

Data / encaminhamento: 25 SET. 2018

Assinatura e carimbo: _____

Winnetou Krambeck
Diretor de Ações em Saúde
Matrícula: 229166

Rua Dois de Setembro, 1510 - Itoupava Norte
Blumenau/SC - CEP: 89052-000
E-mail: capacitacao.etsus@blumenau.sc.gov.br

ANEXO C – Termo de Consentimento de Adesão de Tratamento em Hospitalidade – CAPS AD III – Blumenau

Material de Uso Pessoal

(Deverá ser trazido no dia da internação)

QUANTIDADE	MATERIAL
	CALÇA
	CAMISA
	BERMUDA/CALÇÃO
	ROUPA INTIMA
	ROUPA DE DORMIR
	TOALHA DE BANHO
	TOALHA DE ROSTO
	CHINELOS
	TÊNIS
	MEIAS
	ESCOVA DENTAL
	SABONETE
	SHAMPOO SEM ALCOOL
	CONDICIONADOR SEM ALCOOL
	DESODORANTE ROLON SEM ALCOOL
	ESCOVA/PENTE DE CABELO
	LAMINA DE BARBEAR (opcional)
	CORTADOR DE UNHAS
	CADEADO

ORIENTAÇÕES GERAIS

_ É importante o acompanhamento da família/responsável, no acolhimento e na alta da hospitalidade.

_ Visitas: DURAÇÃO de 1h.

_ Durante a semana das 07h às 18h, respeitando os horários de atividades e sob supervisão da equipe responsável. Permitido somente dois familiares por

período. Esses devidamente identificados e autorizados pelo usuário na admissão.

_ Finais de semana e feriados, visitas das 15:30 às 17:30. Visitas em horário noturno somente serão autorizadas quando o responsável não pode comparecer em horário diurno, sendo das 20h as 20h30m.

_ Será fornecido alimentação para usuário conforme Portaria 130 01/2012. É permitido familiar trazer apenas frutas para usuário.

Assinatura do Usuário

Assinatura do Profissional

Eu, _____,

Portador da carteira de identidade nº _____, pelo presente declaro aceitar as normas descritas a seguir para o acompanhamento em Hospitalidade – CAPS AD III:

1. **Não consumir bebidas alcoólicas, palheiros e / ou outras drogas** ilegais de qualquer tipo, durante a vigência do plano terapêutico nas dependências do CAPS AD III.
2. **Toda medicação será administrada pela enfermagem conforme orientação médica, observando horários 8h, 15h e 20h, salvo indisponibilidade devido projeto terapêutico singular.**
3. **Horário de repouso será das 22h às 06hs, impreterivelmente. Neste horário não serão permitidas outras atividades como jogos, ouvir rádio ou assistir televisão.** Podendo o horário de repouso ser adiantado ou postergado se for de interesse de modo que não interfira no projeto terapêutico singular.
4. **Não se ausentar do CAPS AD III.** Em caso de **evasão**, usuário será atendido conforme protocolo e suspenso por 7 dias.
5. **Participar dos atendimentos conforme projeto terapêutico singular.**
6. **Não sair das atividades terapêuticas** sem a permissão do profissional responsável.
7. **Não agredir (física ou verbalmente) ou ofender** profissionais da equipe ou qualquer outra pessoa durante sua permanência na Unidade.
8. **É proibido portar telefone celular durante o período em hospitalidade.**
9. **Contato telefônico por intermédio do serviço, acontecerá a cada 48 horas (2 dias) somente após as 18h para familiares/responsável identificados no ato da admissão.**
10. **Deverá ficar responsável pelos seus pertences.**
11. **É permitido fumar somente em locais determinados, ficando o uso proibido das 22h às 06hs.**
12. **É importante o acompanhamento da família/responsável, no acolhimento e na alta.**
13. **Receber visitas dentro do horário específico sendo:** Durante a semana, dentro do horário de funcionamento da unidade, respeitando os horários de atividades e sob supervisão da equipe responsável. **Com duração limitada ao período de 1h. Sendo permitido somente dois familiares por período. Esses devidamente identificados e autorizados pelo usuário na admissão.**
14. Finais de semana e feriados, visitas das 15:30 às 17:30. Visitas em horário noturno somente serão autorizadas quando o responsável não pode comparecer em horário diurno, sendo das 20h as 20h30m.
15. **Contribuir para a organização e manutenção do ambiente, inclusive finais de semana. Mantendo a limpeza dos ambientes em uso comum.**
16. A alimentação será fornecida conforme portaria **130 de janeiro de 2012.** Durante a semana poderão ser trazidas frutas que ficarão na cozinha comunitária dos usuários e guloseimas industrializadas (doces e bolachas), que ficarão no armário individual do usuário na recepção. Equipe não se responsabiliza por alimentos trazidos de fora.
17. **Familiar e/ou responsável fica ciente que será avisado da alta se usuário permitir.**

Estou ciente de que o NÃO CUMPRIMENTO dos itens 1, 7, 8 e 11 acarretam em Alta Administrativa e Suspensão de 7 dias. O descumprimento dos demais itens será avaliado pela Equipe Multidisciplinar.

Assinatura Paciente: _____

Assinatura Familiar/Responsável: _____

Familiar/Responsável para visita/ligação: _____

_____.

Blumenau, ___/___/_____.

ANEXO D – Registros fotográficos da fachada do CAPS AD III

Fonte: da autora



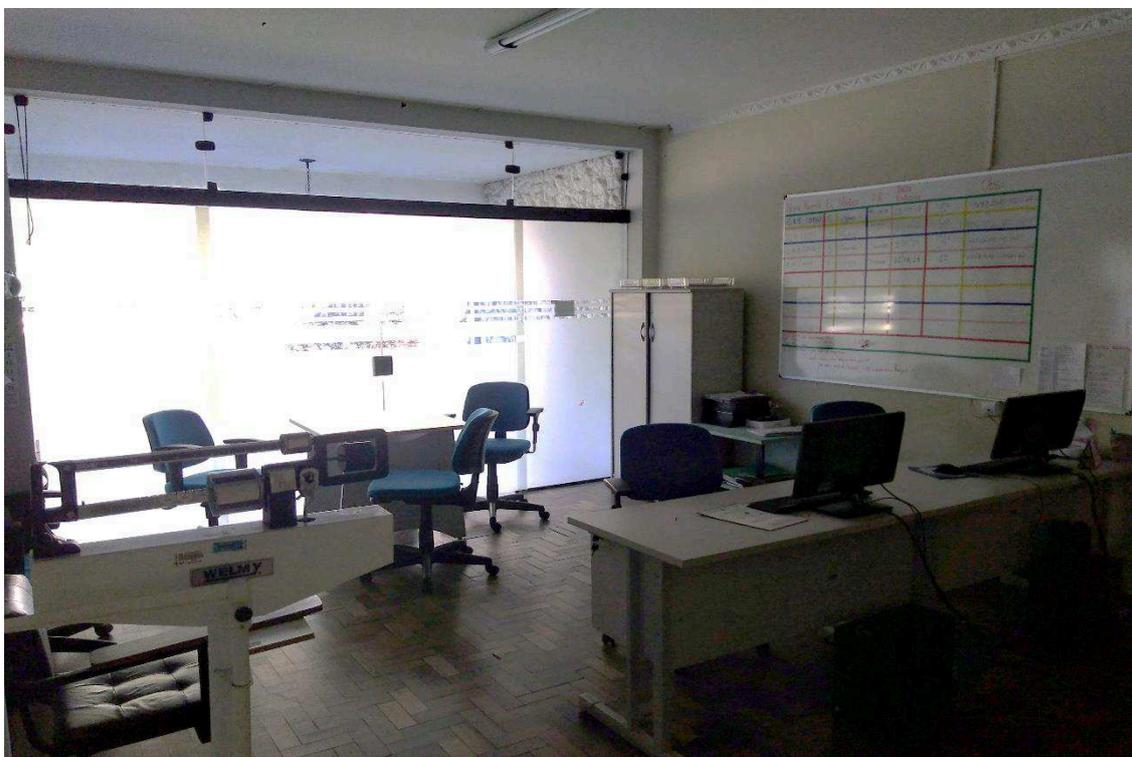
Fonte: site institucional da Prefeitura Municipal de Blumenau

ANEXO E – Registro fotográfico da recepção do CAPS AD III

Fonte: da autora



Fonte: da autora

ANEXO F – Registro fotográfico da sala de enfermagem do CAPS AD III

Fonte: da autora



Fonte: da autora