



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Gilsenei Tavares Pereira

**A atenção e o cuidado à saúde das pessoas usuárias de álcool e outras
drogas: uma análise da atenção psicossocial de Florianópolis**

Florianópolis
2024

Gilsenei Tavares Pereira

A atenção e o cuidado à saúde das pessoas usuárias de álcool e outras drogas: uma análise da atenção psicossocial de Florianópolis

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Ph.D. Walter Ferreira de Oliveira

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC. Dados inseridos pelo próprio autor.

Pereira, Gilsenei Tavares

A atenção e o cuidado à saúde das pessoas usuárias de álcool e outras drogas: uma análise da atenção psicossocial de Florianópolis / Gilsenei Tavares Pereira ; orientador, Walter Ferreira de Oliveira, 2024.

108 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Mental. 3. Rede de Atenção Psicossocial. 4. Álcool e outras Drogas. 5. Redução de Danos. I. Oliveira, Walter Ferreira de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Gilsenei Tavares Pereira

A atenção e o cuidado à saúde das pessoas usuárias de álcool e outras drogas: uma análise da atenção psicossocial de Florianópolis

BANCA EXAMINADORA

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 23 de maio de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Daniela Ribeiro Schneider, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Luciane Raupp, Dra.
Universidade de São Paulo (USP)

Douglas Francisco Kovaleski, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

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 Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Walter Ferreira de Oliveira, Ph.D.

Florianópolis, 2024

RESUMO

A proposta desta dissertação é analisar as práticas de cuidados presentes na atenção à saúde das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, a partir da aproximação do pesquisador com o campo da saúde mental do município. Para alcançar os objetivos optou-se pela utilização da entrevista semi estruturada de profissionais dos serviços de saúde que tenham projetos ativos voltados para atender pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, bem como da análise de documentos que orientam as práticas e políticas públicas de atenção psicossocial a este público. Os dados obtidos foram analisados a partir do referencial teórico de Laurence Bardin, conhecido por análise de conteúdo. O resultado foi discutido com suporte do referencial teórico obtido através da revisão de literatura, onde se narra a construção da atenção psicossocial e o cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas dando ênfase às possibilidades proporcionadas pela utilização da Redução de Danos (RD). As transformações político-sociais ocorridas no Brasil a partir de 2016 modificaram as políticas de saúde mental e servem de cenário para a discussão abordada nesta pesquisa.

Palavras-chave: Rede de Atenção Psicossocial; Álcool e outras drogas; Redução de Danos.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to analyze the care practices present in the health care of people who use alcohol and other drugs in the city of Florianópolis, capital of the state of Santa Catarina, based on the researcher's approach to the field of mental health in the County. To achieve the objectives, we chose to use semi-structured interviews with health service professionals who have active projects aimed at serving people who use psychoactive substances, as well as analyzing documents that guide public psychosocial care practices and policies. to this audience. The data obtained was analyzed using Laurence Bardin's theoretical framework, known as content analysis. The result was discussed with the support of the theoretical framework obtained through the literature review, which narrates the construction of psychosocial care and care for people who use alcohol and other drugs, emphasizing the possibilities provided by the use of Harm Reduction (RD in portuguese). The political-social transformations that have occurred in Brazil since 2016 have modified mental health policies and serve as a backdrop for the discussion addressed in this research.

Keywords: Psychosocial Care Network; Alcohol and other drugs; Harm Reduction.

APRESENTAÇÃO

*“Neste mundo de maldades não tem mais o inocente. O que tem, isto sim, por todo lado, é o esperto ao contrário”*¹. Apresento este projeto recorrendo à Estamira que, mesmo nascida *“homem, par, mãe e avó”*, brasileira, pobre, negra e supostamente delirante, manifesta-se como uma artista, um desvio, um ponto de interrogação na superioridade dos homens, tal qual grandes poetas, que em discursos implacáveis, por vezes repletos de emoções, elucida um cenário conturbado incapaz de ser compreendido por mentes adestradas na continência.

Enquanto cursava graduação em Psicologia busquei entender o que levava uma pessoa ao sofrimento psíquico intenso, a uma crise, à loucura. Obviamente não me deparei com nenhuma resposta concreta que apontasse uma causa única. Fui me dando conta, no processo, de que estava encontrando algo mais importante do que explicações para o sofrimento, encontrava pessoas e histórias. Estamira foi um desses encontros e como ela mesmo diz: *“ó lá, os morros, as serras, as montanhas, a paisagem... e Estamira! Estamar... Estaserra... Esta mira! Está em tudo quanto é canto, tudo quanto é lado. até meu sentimento mesmo vejo. Todo mundo vê. Estamira.”*

Há muitas Estamiras por aí! Fernando Spinato, Gustavo Santos, Carla de Oliveira, Nilo Neto, André Schafer, Aline Sales, Mário Grilo, Marisa Tavares e Marcos Eduardo (o professor “Marquito”) foram algumas que tive a oportunidade de me encontrar pessoalmente. Todas essas “Estamiras” me fizeram entender que para compreendê-las era preciso não se apressar e, principalmente, ater-se ao que estava sendo dito para além das palavras. Com esses encontros - e com Tom Jobim - aprendi que do mesmo modo que “é impossível ser feliz sozinho”², também não se pode sofrer sozinho.

O que quero dizer é que é no conjunto das relações sociais que se elabora e se materializa a saúde e o adoecimento. É nela que se elabora e materializa também o cuidado. Entender isso me levou a questionar qual a nossa responsabilidade social frente ao sofrimento psíquico das pessoas e o que

¹ Frases extraídas do documentário brasileiro que leva seu nome. O documentário lançado em 2005 foi dirigido por Marcos Prado e produzido por José Padilha.

² Canção “Wave”, composta por Antônio Carlos Jobim (ou simplesmente Tom Jobim).

podemos fazer para estabelecer e construir relações que produzam mais saúde que sofrimento. Esses encontros com Estamiras me fizeram conhecer dois conceitos primordiais no campo da saúde mental: a Promoção de Saúde e a Redução de Danos. E a partir disso, contribuir para a construção de relações que produzam mais saúde e reduzam as desigualdades tornou-se um grande desafio e uma motivação pessoal para a realização desta dissertação. Acredito que as Estamiras denunciam o trocadilho da nossa sociedade, capturam as hipocrisias e as tocam na cara, nos ensinam e mostram o que ainda não sabemos.

Entendo que analisar o cuidado das “Estamiras” de Florianópolis é relevante por seu potencial de contribuir com a saúde coletiva brasileira.

Dedico este trabalho à memória de
Marisa Tavares de Mello, Nerci João
Rodrigues, Thayse Soares Tavares e a
de todas as pessoas que defendem e
constroem o SUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha ancestralidade, que me sustenta e protege.
Agradeço aos que ainda estão aqui, dançando no mesmo ritmo.

Agradeço à minha mãe, Marisa Tavares de Mello, que fez de tudo para me ver feliz, e, no percurso desta pesquisa, passou a me orientar por vias espirituais.

Agradeço à minha avó, Nerci João Rodrigues, por ter me protegido todas as vezes que eu me sentia perdido.

Agradeço à minha prima, Thayse Soares Tavares, que, sem perceber, me inspirou a acreditar que estudar pode ser um caminho para transformação social.

Agradeço aos meus irmãos, Adelson Dias Martins Junior e Eloisa Tavares Pereira, pelo compartilhamento da vida e amor tão grande que se traduz em superação de quaisquer desafios.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina pela existência e pelo acolhimento nos últimos quase 10 anos. Vida longa!

Agradeço ao Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde/Saúde Mental pelos encontros potentes e amigáveis que me apresentou.

Agradeço ao meu professor e orientador, Walter Ferreira de Oliveira, pela paciência e compreensão com os processos difíceis que enfrentei no decorrer desta pesquisa.

Agradeço às professoras Daniela Ribeiro Schneider e Luciane Marques Raupp, por já me orientarem muito antes de eu decidir ingressar no curso de mestrado e aceitarem meu convite para participar da banca examinadora.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pelo financiamento desta pesquisa.

Agradeço às pessoas que participaram desta pesquisa, direta ou indiretamente. Aos profissionais que concederam entrevistas ou forneceram documentos e aos amigos/as e colegas que me orientaram e me acolheram nos momentos de angústias. Em especial: Ana Carla Corrêa de Oliveira, Amanda Fiorini, Isabella Chen, Fernanda Denise Satler, Luciana Scarasati, Helô Petry, Paulo Renato Aquino, Ian Jacques, Lisiane do Carmo, Thalles Vasconcelos, Christiano Voss, Fernanda Dornelles, Carol Scaravello e Gabriel Amado.

Agradeço à associação Alegre Mente e ao movimento de população de rua de Florianópolis-SC, por terem contribuído com minha formação pessoal e profissional, me ensinando que o processo de ensino-aprendizagem acontece muito além das salas de aulas.

Agradeço aos integrantes do Coletivo PIRA e do DeLírios Coletivo, por me fazerem entender que um sonho que se sonha junto é mais forte e bonito.

Agradeço aos redutores de danos e aos defensores do movimento antimanicomial deste país.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDUÇÃO DE DANOS
ABP	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA
ABRASCO	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA
AD	ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
AIDS	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
AMINC	INSTITUTO AMOR INCONDICIONAL
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CnaR	CONSULTÓRIO NA RUA
CNS	CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CONAD	CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA SOBRE DROGA
CS	CENTRO DE SAÚDE
CT	COMUNIDADE TERAPÊUTICA
DASP	DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA
DCNTs	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DSS	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE
DST	DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
E-Multi	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
ESF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FAÇA	FUNDAÇÃO AÇORIANA PARA O CONTROLE DA AIDS
FHSC	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA
GAPA	GRUPO DE APOIO A PREVENÇÃO DA AIDS
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
HNR	HOSPITAL NEREU RAMOS
IA	INSTITUTO ARCO-ÍRIS
IEPAS	INSTITUTO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM AIDS DE SANTOS
IPQ-SC	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA
IST	INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL
LGBTQIAPN+	LESBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANSSEXUAIS, TRANSGÊNEROS, TRAVESTIS, QUEER, INTERSEXUAIS, ASSEXUAIS E OUTRAS, PANSSEXUAIS, NÃO-BINÁRIES E OUTRAS IDENTIDADES DE GÊNERO E ORIENTAÇÕES SEXUAIS QUE NÃO SE ENCAIXAM NO PADRÃO CIS-HETERONORMATIVO.
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
NURREVI	NÚCLEO DE RECUPERAÇÃO E REABILITAÇÃO DE VIDAS
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
OSC	ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL
OSCIP	ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO
PNAD	POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS
PNPS	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE
PRDs	PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS
PROAD	PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E ATENDIMENTO A DEPENDENTES
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
RD	REDUÇÃO DE SAÚDE
REDUC	REDE BRASILEIRA DE REDUÇÃO DE DANOS E DIREITOS HUMANOS
RH	RECURSOS HUMANOS
SEMAS	SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SINTRASEM	SINDICATO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SPA	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
SUAS	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TAC	TERMO DE COMPROMISSO E AJUSTAMENTO DE CONDUTA
TCE	TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UDI	USUÁRIO DE DROGA INJETÁVEL
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

LISTA DE TABELAS

Tabela de caracterização do campo	páginas 46 e 47
Tabela de Documentos	páginas 48 e 49

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 Compreendendo o cuidado à saúde do usuário de drogas.....	19
2.2 Trajetória da RD no Brasil e em Florianópolis-SC.....	27
2.3 Autonomia e trabalho intersetorial: costurando teoria e prática no campo AD de Florianópolis.....	36
2.4 Caminhos possíveis a partir da RD.....	38
3. OBJETIVOS.....	41
3.1 Objetivo Geral:.....	41
3.2 Objetivos específicos:.....	41
4. METODOLOGIA.....	42
4.1 Métodos e Procedimentos.....	42
4.2 Procedimentos Éticos.....	44
4.3 Análise dos dados.....	45
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	46
5.1 Organização do cuidado.....	51
5.1.1 Apresentação dos serviços.....	51
5.1.2 Intersetorialidade: a articulação entre os serviços.....	58
5.1.3 Autonomia no processo de cuidado.....	64
5.1.4 Direcionamento Técnico-institucional.....	68
5.2 Transformações no processo de cuidado.....	73
5.3 Desafios e Potencialidades.....	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
8. APÊNDICES.....	103
A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	103
B. Termo de autorização para gravação de áudio e vídeo.....	106
C. Carta de Anuência Institucional.....	107
D. Roteiro de Entrevista.....	108

1. INTRODUÇÃO

A Promoção de Saúde se transformou numa área de grandes desafios a partir da ampliação do conceito de saúde através da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (WHO, 1986). No Brasil, a discussão a respeito da ampliação do conceito de saúde e os desafios implicados ao campo da saúde pública influenciou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), culminando, quatro anos depois, na promulgação da Lei Orgânica do SUS, uma política nacional de saúde que busca organizar os cuidados em saúde com equidade, integralidade e universalidade para toda a população; tal política é reconhecida no país como Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990). Há que se ressaltar, entretanto, que, em 1988, a sociedade brasileira já estabelece como política as transformações necessárias na área da saúde, conforme artigos 196 a 201 da nova Constituição Federal (BRASIL, 1988). A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a promulgação da Constituição Cidadã brasileira e a criação do SUS são alguns exemplos das conquistas das reivindicações dos cidadãos brasileiros que retratam as transformações ocorridas na área da saúde.

A ampliação do conceito de saúde requer uma articulação interdisciplinar entre diferentes saberes técnicos, científicos e populares, além da integração de outros modelos de cuidado para além do biomédico (CAMPOS, 2009). Portanto, para promover saúde é preciso combinar ações intersetoriais e construir estratégias de cuidado capazes de dar conta das variáveis e complexas demandas que surgem a partir das determinações sociais da saúde, principalmente em um país marcado por uma história associada ao colonialismo e ao racismo. Ainda segundo Campos, para dar conta dos desafios de promover saúde, a área da saúde aproximou-se de outros campos de saber, a exemplo das Ciências Humanas e Sociais, recebendo contribuições de áreas como Antropologia, Artes, Educação, Ciências Sociais, e outras.

O conceito de Determinações Sociais da Saúde (DSS) apresenta-se como uma ferramenta importante para a compreensão da influência da esfera social sobre os processos de saúde-doença-cuidado das populações e, desta forma, ganhou também relevância na definição de políticas de saúde chamando a atenção para o papel das iniquidades nas condições de saúde e no acesso aos

serviços públicos em geral (XIMENES et al., 2016). Ao destacar as condições de vida da população, a noção de DSS passa a ser considerada base para a formulação da Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2002). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os determinantes sociais em saúde são “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (WHO, 2011, p. 44), os quais acabam por determinar as condições de vida e de saúde. Portanto, ao planejar ações no âmbito da promoção de saúde é preciso considerar o papel das interseccionalidades, como as de raça, etnia, gênero, idade, classe social, entre outras, e seus impactos nas trajetórias e experiências individuais (XIMENES et al., 2016). Nota-se, então, que para compreender os DSS são considerados os múltiplos aspectos da vida que vão desde as organizações coletivas aos modos de vida individuais (BARATA, 2009; SCHNEIDER et al., 2019).

A Promoção de Saúde tem como perspectiva a autonomia dos sujeitos e coletividades, assim, reflete e inspira mudanças significativas nas formas de atuar em saúde. Nesse sentido, busca empoderar os sujeitos e fortalecer recursos individuais e coletivos, para que se possa lidar com a multiplicidade dos DSS (CZERESNIA, 1999), almejando fortalecer a saúde através da construção da capacidade de escolha, via ampliação do conhecimento, e da percepção das diferenças e das singularidades dos fatos.

A partir do campo da Promoção de Saúde, a Redução de Danos (RD) - compreendida como um paradigma inovador, destaca-se dentre as novas práticas e ações em saúde mental e é, então, assumida pelo SUS e pelas políticas de saúde mental como diretriz ético-política e metodológica de ações na área de álcool e outras drogas (BRASIL, 1990; 2003). A RD se aproxima da Promoção de Saúde ao considerar os DSS e enfatizar a autonomia das pessoas que fazem uso de drogas, em detrimento dos tratamentos “tradicionais” calcados no modelo biomédico. Neste, os problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas são concebidos como uma doença cerebral e crônica, com ênfase nas determinantes neuroquímicas, colocando a dependência como incurável e dando ênfase em tratamento medicamentoso ou de cunho moral, de modo a limitar os sujeitos em seus horizontes de possibilidades (SCHNEIDER, 2010).

A utilização da RD como estratégia de promoção de saúde destaca-se, ainda, por preconizar intervenções participativas; propor ações que tem como foco a saúde da população em geral, no seu ambiente, em detrimento da doença em um grupo de risco; estabelecer abordagens focadas na facilitação e na capacitação dos sujeitos considerando-os autores do próprio processo e, enfim, ao transferir o foco das ações do problema/doença para as potências de cada um ou de seus grupos e para a promoção da qualidade de vida (MOREIRA, 2006).

Entretanto, em 2019 o Governo Federal emitiu o decreto número 9.761, que institui a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e extingue a Política Nacional de Redução de Danos. A partir desse momento, o Governo Federal deixa de utilizar a RD como uma orientação metodológica para as ações de saúde no âmbito do SUS e assume a lógica da abstinência como única política pública sobre drogas. O efeito dessa mudança de entendimento do Estado quanto a forma de atenção à saúde é a ampliação de investimentos para Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos em detrimento dos serviços que preconizam o cuidado em liberdade. No campo da saúde mental, principal afetado pela alteração na política, destaca-se a promulgação da “nova política de saúde mental”, defendida por alas mais conservadoras da medicina, à exemplo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e outros sindicatos médicos. Este movimento foi chamado por entidades representantes do movimento antimanicomial como “movimento de contrarreforma psiquiátrica” e, dentre outras medidas, insere novamente os hospitais e institutos psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial.

Em 2024, com a mudança de governo na esfera federal brasileira, a política responsável pela “contrarreforma psiquiátrica” foi novamente revogada. Por ser uma mudança recente, não foi possível analisar nesta dissertação os possíveis impactos.

A área da saúde caracteriza-se por um campo de disputa de forças divergentes política e epistemologicamente, que em alguns momentos tensionam as políticas e práticas ora em uma direção, ora em outra. Essa dinâmica, que costumamos associar a avanços e retrocessos de direitos reivindicados pelos movimentos sociais, está presente no campo da saúde mental, mais especificamente nas políticas de álcool e outras drogas. Trabalhadores do campo

da saúde mental na cidade de Florianópolis-SC possuem papel de destaque nessa disputa desde que a RD surgiu no Brasil. Alguns estudos já relatam essas experiências (MALISKA, 2012; FONSECA, 2018), mas as recentes transformações nas políticas públicas de saúde mental nos levaram a questionar se a RD ainda se faz presente na atenção à saúde mental e, se sim, como estão sendo exercidas essas práticas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nessa seção será apresentado o referencial teórico que sustenta a presente dissertação. Visando uma melhor organização e apresentação didática das referências, esta seção será subdividida em outras três. A primeira tem por objetivo apresentar uma compreensão sobre a atenção e cuidado à saúde do usuário de álcool e outras drogas no Brasil. A segunda resgata a história da RD no Brasil e em Florianópolis-SC, apresentando-a como uma estratégia possível de atenção à saúde das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas; E a terceira faz uma reflexão sobre as possibilidades da utilização da RD como orientação do cuidado na atenção psicossocial.

2.1 Compreendendo o cuidado à saúde do usuário de drogas

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas para responder às necessidades de saúde de uma determinada população e se estruturam de forma mais ou menos fragmentada a partir dos processos de transição demográfica e epidemiológica de uma nação (MENDES, 2010). O termo atenção à saúde, portanto, pode ser utilizado para descrever processos culturais, históricos e políticos que expressam uma determinada compreensão sobre a saúde, os objetivos das ações e dos serviços e as disputas por projetos no campo.

A partir de 1988 o Brasil adota a organização da atenção à saúde de forma hierarquizada, iniciando um processo de estruturação das políticas a partir de diferentes níveis de complexidade tecnológica necessária para os procedimentos realizados (atenção primária/básica = baixa complexidade; atenção secundária = média complexidade; atenção terciária = alta complexidade).

Destaca-se no sistema brasileiro de atenção à saúde o processo de ampliação do conceito de saúde presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), influenciado pela Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (WHO, 1986), que impulsionou grandes mudanças na área da Saúde Coletiva. Dois anos após a conferência, a Constituição Cidadã brasileira (1988) inovou com seus artigos 196 a 201, que estabelecem a saúde como um direito social dos cidadãos nos moldes do conceito ampliado e dever do Estado, prescrevendo, assim, uma política nacional para a área que busca organizar os cuidados em saúde com equidade, integralidade e universalidade para toda a população; tal política constitui o Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988). O SUS é regulado pela Lei nº 8.080/90, também conhecida como Lei orgânica da saúde (BRASIL, 1990).

A partir dos direitos sociais adquiridos notadamente dentro dessa área, os quais significaram a consagração das reivindicações do povo brasileiro, nota-se que a construção do sistema de saúde brasileiro não se deu de maneira orgânica e estável politicamente, sendo que ainda hoje encontram-se no campo político e epistemológico forças divergentes, que buscam interferir nos rumos da política de saúde. Tornar-se-ia evidente, ao observar a história da saúde pública no Brasil, a importância da existência de um sistema de saúde público que garante o acesso a serviços de promoção e prevenção de forma integral e gratuita a toda população. Apesar de o sistema de saúde brasileiro enfrentar resistências desde sua implantação e sofrer de um crônico subfinanciamento (FUNCIA, 2019), destacou-se globalmente pelo avanço que representa em termos de política pública.

O referido avanço em muito se deve aos seus princípios filosóficos, a saber: a) os que visam garantir acesso universal aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência; b) a integralidade, que garante assistência integral combinando ações e serviços de promoção, prevenção, atenção e curativa em

saúde de forma individual e coletiva em todos os níveis de complexidade; c) a participação popular, a qual garante à população o controle e avaliação dos serviços e políticas públicas de saúde através de sua participação nos Conselhos e Conferências de Saúde.

Os princípios que permitiram grandes avanços para a atenção à saúde no âmbito do SUS revelam também grandes desafios. De acordo com Matta e Morosini (2009), no que diz respeito ao princípio da universalidade, o desafio é o de compor um conjunto de ações e práticas que deem conta de incorporar em suas ações o cuidado à saúde de uma parcela da população que historicamente esteve às margens dos cuidados em saúde - pessoas afro brasileiras, indígenas, LGBTQIAPN+, em situação de rua, pessoas que moram em comunidades ribeirinhas, em quilombos, zonas rurais e periferias urbanas. Do mesmo modo, a respeito do princípio da integralidade, o desafio da atenção à saúde dessas pessoas e comunidades implica na organização de serviços, ações e práticas de saúde que garantam atendimentos abrangentes às suas necessidades. Para garantir o princípio da equidade, a atenção à saúde precisa ser constituída por serviços, profissionais e ações de saúde que façam valer o respeito ao direito de todos a terem suas demandas atendidas, considerando, entretanto, as diferenças historicamente instituídas que resultam em condições de vidas e saúde desiguais.

Para dar conta desses desafios, a atenção em saúde pode ser organizada de forma a atender as necessidades de saúde dos indivíduos, nas suas singularidades, e das relações e formas de vida dos grupos sociais, com destaque neste trabalho para o modelo de atenção psicossocial (com objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias).

Há ainda outros modelos de atenção à saúde organizados por ciclo de vidas, portadores de doenças específicas ou relativas às questões de gênero: atenção à saúde do idoso, à criança e ao adolescente, atenção à saúde do adulto; atenção à hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, DST/Aids, entre outras; e atenção à saúde da mulher e saúde do homem (MATTÁ; MOROSINI, 2009).

Eugênio Vilaça Mendes (2010), autor que pesquisa a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, argumenta que os modelos de

atenção à saúde (sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde), a estrutura operacional (centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde) e a população formam conjuntamente as RAS e que estas foram adotadas para tentar responder à diversidade das condições e necessidades da população no Brasil e evitar a fragmentação do sistema de saúde.

De acordo com o autor, as redes de atenção à saúde são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (Mendes, 2010, p. 2300).

O Brasil conta com a Rede Cegonha - visa garantir o fluxo adequado para o atendimento ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e primeira infância com o objetivo de qualificar a assistência e enfrentar a mortalidade materna, infantil e fetal; Rede de Urgência e Emergência - tem a finalidade de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - tem por objetivo proteger a saúde e reabilitar as pessoas com deficiência em relação a suas capacidades funcionais (física, auditiva, intelectual e visual); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas - tem como objetivo fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo e garantindo o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), dentre elas o câncer; e a Rede de Atenção Psicossocial - tem o objetivo de acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014). A rede de atenção Psicossocial foi instituída através da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e é campo de pesquisa deste trabalho (BRASIL, 2011).

As questões relativas às necessidades de saúde da população encontram um outro desafio que diz respeito ao cuidado. O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde e não se realiza apenas por um nível de atenção do sistema de saúde, nem deve se reduzir a um procedimento técnico. Por se tratar de uma relação intersubjetiva pautada no estabelecimento de vínculo que se desenvolve em um tempo contínuo, o cuidado é dotado de significados e sentidos (PINHEIRO, 2005). O cuidado integral à saúde considera a saúde como um direito de ser, e o ser, no seu direito de ser, é atravessado por diversas questões, tais como a raça, gênero e etnia. Dessa forma, pensar o direito de ser na saúde é cuidar não somente das deficiências e patologias dos sujeitos, mas de suas histórias de vida e necessidades específicas, acolhendo-os, construindo vínculos e oferecendo um atendimento digno, respeitoso, com qualidade e que permita ao usuário participar ativamente do seu processo de cuidado em saúde.

Quando o cuidado - que é uma “entre-relação” intersubjetiva que se desenvolve num tempo contínuo - ultrapassa um determinado saber profissional e as tecnologias necessárias, abre-se espaço para a negociação e a inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro.

Sobre a relação entre o cuidado em saúde e o trabalho interdisciplinar, Pinheiro e Mattos (2005, p. 98) acrescentam:

O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais, gestores dos serviços de saúde e usuários em redes, de tal modo que todos participem ativamente, podem ampliar o ‘cuidado’ e fortalecer a rede de apoio social. Com isso, a noção de ‘cuidado’ integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão meramente economicista – e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros-objetos.

O cuidado integral à saúde abre possibilidade para diferentes estratégias na atenção psicossocial que possibilitam ao sujeito ser protagonista das suas escolhas e participativo em sociedade mesmo diante de uma deficiência contínua, vide alguns trabalhos já realizados com a perspectiva *Recovery* (GRIGOLO et al, 2017; WEINGARTEN, 2017).

Recovery é um conceito de difícil tradução, uma tentativa de tradução do conceito chegaria a algo próximo de *recuperação*, *restabelecimento* ou

fortalecimento. Nessa abordagem com raízes de 1970, no movimento de usuários de saúde mental dos Estados Unidos e de países anglo-saxônicos, visa-se promover atividades de estímulo ao *empowerment* (empoderamento) das pessoas com transtorno mental, bem como promover transformações sociais, ambientais e culturais que lhes facilitem poder acessar seus direitos e serviços, tais quais oportunidades educacionais, de trabalho, moradia; Ou seja, visa auxiliar na reintegração da vida social, conquistando uma qualidade razoável de vida e plena de significados, independentemente de sintomas ou diagnóstico (VASCONCELOS, 2017; OLIVEIRA, 2017).

Para uma compreensão da importância da influência da esfera social sobre a determinação dos processos de saúde-doença das populações, a noção de Determinantes Sociais e de Saúde (DSS) passou a adquirir relevância na definição de políticas de saúde, atentando para o papel das iniquidades nas condições de saúde e no acesso aos serviços públicos em geral, com destaque ao papel das condições de vida (XIMENES et al., 2016), sendo considerada base para a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (BRASIL, 2002).

A PNPS, institucionalizada por meio da portaria MS/GM nº 687/2006, é resultado do esforço do Ministério da Saúde (MS) em propor uma política transversal para o enfrentamento dos desafios da produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo. O processo de construção dessa política se deu através de uma ampla discussão com todas as áreas do MS, envolvendo gestores locais do SUS, universidades e um intenso processo de escuta dos diferentes atores sociais envolvidos (DIAS et al, 2018), ocorrido em duas etapas, de 2003 a 2006, sendo a primeira coordenada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, na gestão 2003-2004, e a segunda pela Secretaria de Vigilância Epidemiológica, entre 2005 e 2006 (ROCHA et al, 2014). No ano de 2014, o MS propôs uma revisão da PNPS contando com a parceria de diferentes segmentos envolvidos com o desenvolvimento e avaliação de ações de promoção da saúde no Brasil, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O resultado desse processo foi a redefinição da PNPS através da portaria nº 2.446 de 2014.

A PNPS tem como objetivo “promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2018). Segundo a OMS os determinantes sociais em saúde são “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” (WHO, 2011, p. 44), as quais acabam por determinar as condições de vida e de saúde. Exemplificando, as privações de renda ao se articularem a outras carências e vulnerabilidades, impactam as condições de existência sobre o adoecer, portanto, os efeitos macroestruturais de uma sociedade, como a economia, cultura, história e sociodinâmica afetam as condições específicas de cada território e dos grupos sociais. Assim, ao planejar ações no âmbito da promoção de saúde deve-se considerar o papel das interseccionalidades, como as de raça, etnia, gênero, idade, classe social, entre outras, e seus impactos nas trajetórias e experiências individuais (XIMENES et al, 2016). Nota-se então, que para compreender os DSS são considerados os múltiplos aspectos da vida que vão desde as organizações coletivas aos modos de vida individuais (BARATA, 2009; SCHNEIDER et al., 2019).

O campo da promoção de saúde visa incidir sobre as condições de vida da população e propõe um novo paradigma que integra conceitos e ideias advindos de diferentes disciplinas, tais como a educação, a saúde, o território, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a serviços essenciais e ao lazer (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Esta perspectiva visa a autonomia dos sujeitos e coletividades e, assim, reflete e inspira mudanças significativas nas formas de atuar em saúde. Nesse sentido, busca empoderar os sujeitos e fortalecer recursos individuais e coletivos, para que se possa lidar com a multiplicidade dos DSS (CZERESNIA, 1999), almejando fortalecer a saúde através da construção da capacidade de escolha, via ampliação do conhecimento e da percepção das diferenças e das singularidades dos fatos.

A partir deste campo, dentre as novas ações e práticas em saúde mental que então surgem, destaca-se a Redução de Danos (RD), compreendida como um paradigma inovador, assumido pelo SUS e pelas políticas de saúde mental como orientação ético-política e metodológica de ações na área de álcool e outras

drogas (BRASIL, 1990; 2003). A RD se fundamenta nos princípios da democracia, cidadania, direitos humanos e saúde, enfatizando a autonomia das pessoas que usam drogas diferentemente do modelo de prevenção e atenção tradicional que, ao desconsiderar a complexidade que envolve os diferentes usos de drogas, define a cura através da abstinência como única terapêutica possível (BRITES, 2018). Nesse sentido, Schneider (2010) aponta que é comum, nos modelos hegemônicos, os problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas serem concebidos como uma doença cerebral e crônica, com ênfase nas determinantes neuroquímicas, em que se enfatiza o tratamento medicamentoso ou de cunho moral, de modo a limitar os sujeitos em seus horizontes de possibilidades.

Internacionalmente, há duas práticas de natureza distintas consideradas marcos para a redução de danos. A primeira é a experiência inglesa, documentada pelo Relatório Rolleston, em 1926. O relatório foi elaborado por um grupo de médicos que sugeriam que a melhor forma de tratar pacientes dependentes de morfina ou heroína era promover a administração das drogas por um profissional da medicina, que poderia prescrever e monitorar o uso e efeitos dessas substâncias no usuário. Apesar da pouca influência desse marco nas experiências de RD no Brasil, pode-se considerar as terapias de substituição, em que a centralidade do manejo da administração de drogas encontra-se no profissional, a exemplo do uso de maconha para controle de fissura entre usuários de crack, a utilização de salas de uso sob supervisão médica, entre outras.

O segundo marco representa as reivindicações dos direitos das pessoas que usavam drogas, na década de 1970 na Holanda. A prática foi desenvolvida por uma associação de usuários de drogas que realizavam a troca de seringas nos territórios de uso para usuários de drogas injetáveis. A experiência holandesa viria, mais tarde, a influenciar a experiência de troca de seringas em diversas partes do mundo, dentre elas na cidade de Santos no final da década de 1980.

Definir quais práticas são ou não redutoras de danos não é uma tarefa simples, visto que a RD é mais bem compreendida como uma perspectiva de cuidado que, através de princípios norteadores, busca ressignificar diferentes práticas em saúde, desde o acolhimento nos estabelecimentos de saúde às abordagens na rua e na comunidade.

Marlatt (1999) descreve a Redução de Danos como uma alternativa de saúde pública que reconhece a abstinência como um resultado ideal, mas aceita outras alternativas que reduzam danos e que promovam o acesso dos usuários a serviços que utilizam tecnologias de baixa exigência. Em 2001, o Ministério da Saúde compreendia a RD como um conjunto de estratégias que tem por objetivo oferecer alternativas de cuidados à saúde que possam ser adotadas sem abandonar a prática do uso de drogas (BRASIL, 2001).

É preciso reconhecer que para as práticas de Redução de Danos poderem encontrar solo fértil e favorável é necessário que haja, de um lado, uma organização social entre os usuários de drogas, para que possam falar em nome próprio e, por outro, uma organização política-institucional estatal que não criminalize esse modo de organização.

Pode-se dizer que, como uma ética do cuidado, a RD agrega em suas práticas uma série de ações voltadas à defesa da vida e da garantia dos direitos humanos e da cidadania, que vão desde ações de assistência à saúde, como os serviços de baixa exigência, ações de prevenção, como os serviços de distribuição de insumos para o uso de drogas e o trabalho de ONGs e coletivos em contextos de festas, fazendo orientação em relação ao uso e prestando socorro em casos de intoxicação, as terapias de substituição, oferta de sala de uso, distribuição de materiais informativos, entre outras.

Em suma, a RD, enquanto conjunto de estratégias de cuidado ou um novo paradigma, se aproxima dos princípios da Promoção de Saúde ao considerar os DSS; preconizar intervenções participativas; propor ações que tem como foco a saúde da população em geral, no seu ambiente, em detrimento da doença em um grupo de risco; estabelecer abordagens focadas na facilitação e na capacitação dos sujeitos considerando-os autores do próprio processo e, enfim, ao transferir o foco das ações do problema/doença para as potências de cada um ou de seus grupos e para a promoção da qualidade de vida (MOREIRA, 2006).

2.2 Trajetória da RD no Brasil e em Florianópolis-SC

Atualmente é possível afirmar que quando falamos em RD estamos promovendo um debate sobre práticas e políticas de saúde que unem desde ações de prevenção à doença até a promoção de saúde. Para aprofundar a discussão a respeito do que é a RD e qual sua proposta, passaremos por alguns marcos históricos que ilustram o surgimento e a evolução da prática no Brasil.

Uma excelente forma de se apropriar do histórico da RD no Brasil é olhar para o seu desenvolvimento através de movimentações político-sociais que articulam diferentes campos de saber e produzem novas possibilidades de intervenções sem necessariamente deslegitimar as práticas antecessoras.

Denis Petuco é um importante pesquisador que se debruça sobre a história das políticas de drogas em geral, com destaque para a RD. Em seu artigo intitulado “As três ondas da Redução de Danos no Brasil” (PETUCO, 2020), ele apresenta essas movimentações político-sociais como “ondas”, considerando como a primeira delas o surgimento da RD no Brasil, na cidade de Santos - SP, em 1989. Na ocasião, o Brasil sofria com a epidemia de HIV/Aids e algumas discussões sobre as estratégias de enfrentamento à doença passaram a considerá-la como um fenômeno social que demandava a inserção de debates acerca de temas tabus, como o uso de drogas e sexualidades. Na vanguarda dessas discussões destaca-se a realização do I Seminário Santista sobre Aids, onde foi observada a alta taxa de infecção por HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis na região e a necessidade de se propor medidas que visassem reduzir o contágio entre essa população (MESQUITA, 2020). Do I Seminário Santista sobre Aids foram encaminhadas medidas como distribuição de preservativos em toda rede municipal, compra de medicamentos antirretrovirais e oferta de seringas a usuários de drogas injetáveis visando reduzir o compartilhamento dos utensílios.

A partir da experiência de Santos - SP até 2002, diversas organizações de Redução de Danos foram se expandindo pelo país, enfrentando maior ou menor grau de resistência para suas ações. Essas organizações constituíam equipes que iam a campo com o paradigma da Redução de Danos buscando construir vínculos com os usuários de drogas injetáveis, aproximá-los dos serviços, oferecer orientações quanto aos cuidados em saúde relacionados ao uso das substâncias e proporcionar as trocas de seringas. Destacam-se nesse cenário:

- **Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA)**, que tem como objetivo a implementação e o fortalecimento da Redução de Danos como política pública e a defesa da dignidade do redutor de danos;
- **Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC)**, que visa discutir, planejar, elaborar, articular e apoiar ações científicas e sociais, além de fortalecer as políticas públicas que favorecem assuntos relacionados à redução de danos;
- **Centro de Convivência É de Lei**, em São Paulo, que atua, através de diferentes núcleos, na promoção da redução de riscos e danos, sociais e à saúde, associados à política de drogas;
- **Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos – IEPAS**, o primeiro instituto no Brasil a utilizar redutores de danos no trabalho de prevenção de HIV/AIDS entre os seus pares;
- **Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)** do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), que realiza atividades de assistência, ensino, pesquisa e prevenção na área das dependências de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, reconhecida como a primeira instituição ligada a uma universidade a instituir um programa de Redução de Danos no Brasil (POLLO-ARAUJO; SILVEIRA, 2020);
- **Centro de Estudos e Terapias de Abuso de Drogas (CETAD)**, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMEB/UFBA), que tem como propósito promover ações que contemplem a atenção aos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, a prevenção e redução de riscos e danos, o estudo, a pesquisa e o ensino, com vistas à produção e difusão do conhecimento sobre as múltiplas dimensões do consumo das Substâncias Psicoativas;
- **e outros Programas de Redução de Danos (PRDs)** desenvolvidos em diversos municípios do país, financiados sobretudo por editais voltados para o combate da epidemia do HIV/AIDS, com apoio das diretrizes do Ministério da Saúde, por meio dos Programas Nacionais de DST/AIDS, Hepatites Virais e Saúde Mental.

A segunda onda, de acordo com Petuco, é marcada por um aspecto histórico relacionado ao aumento do consumo de crack no Brasil, em meados da década de 2000. Esse processo resultou na modificação do perfil epidemiológico de consumo de drogas injetáveis, reduzindo-a ao ponto de tornar-se irrelevante. No âmbito político, suas consequências foram a redução de investimentos que impossibilitaram a continuidade das ações que vinham sendo executadas, a reformulação organizativa das políticas de uso de álcool e outras drogas, em 2002, que levou a responsabilidade sobre essas políticas do Departamento de infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a subordinação dos Programas de Redução de Danos (PRD) à saúde mental e a redução ou encerramento das atividades por diversas organizações de RD pelo país.

No que diz respeito ao aumento do consumo de crack no Brasil, o conflito tinha como personagens a ABP e alguns sindicatos médicos (entidades contrárias à Reforma Psiquiátrica Brasileira), que, em meados de 2000, denunciavam nas mídias que o fechamento de hospitais psiquiátricos estava relacionado ao aumento do uso de crack pelo país (PETUCO, 2020). Do outro lado do conflito estavam as entidades defensoras da Reforma, destacando-se os movimentos de saúde mental (apoiadores da Reforma Psiquiátrica) e de redutores de danos em ações voltadas ao cuidado das pessoas com HIV/Aids. A articulação entre os movimentos de Saúde Mental e HIV/Aids foi um marco dessa segunda onda da história da RD no Brasil e se deu como uma estratégia efetiva de algo que já vinha sendo ensaiado desde o final da década de 1990. O resultado foi o lançamento da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003) pelo Ministério da Saúde, documento que apresentava pela primeira vez a RD como diretriz de cuidado no Sistema Único de Saúde.

Neste período que Petuco chama de “segunda onda” da RD no Brasil, destacamos algumas outras transformações relevantes:

- Aproximação de algumas organizações não governamentais (ONGs) de Redução de Danos com o campo da saúde mental;
- Criação do Projeto Caminhos do Cuidado;

- Transformação do Consultório de Rua em Consultório na Rua, inserindo o programa em política nacional;
- Surgimento de coletivos que trabalham com a Redução de Danos em contextos de festas;
- Inclusão de redutores e redutoras de danos em equipes de CAPS ad em algumas cidades brasileiras;
- Surgimento de programas intersetoriais, como o Programa Atitude, no estado de Pernambuco (2011), e o Programa de Braços Abertos, em São Paulo (2014), com objetivos de acolher e garantir proteção integral aos usuários e seus familiares, oferecendo cuidados de higiene, alimentação, descanso, atendimento psicossocial, entre outros, com encaminhamentos direcionados para o Sistema Único de Saúde (SUS), para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e demais políticas setoriais,

Um desafio que se apresentava neste momento era o de oferecer resposta concreta para a prática de RD no campo da saúde mental, visto que a Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas induzia a elaborações criativas a partir de imperativos éticos e diretrizes políticas para o campo (RAUPP; SCHNEIDER; PEREIRA, 2021)

O acúmulo das experiências na primeira e segunda onda levaram o movimento de RD a perceber que para promover saúde seria preciso considerar a redução dos danos da violência, da desigualdade social, do racismo estrutural e institucional e do excesso de encarceramento das pessoas, gerado pela dinâmica do mercado ilegal de drogas. Chegamos então às transformações consequentes da terceira onda da RD. Para dar conta dessas demandas, o movimento passa a defender a constituição de uma ampla articulação intersetorial que tivesse como norte a realização do cuidado integral da pessoa, considerando desde a proteção à vida, o acesso à educação, cultura, direitos humanos e assistência social, renda, trabalho e moradia, até os cuidados necessários em saúde. Neste momento a RD se atenta para a necessidade de reconhecer as interseccionalidades dos problemas relacionados ao uso de drogas, como as questões de gênero, raça, classe e orientação sexual. Um dos importantes efeitos da terceira onda é a aproximação e colaboração com os princípios dos Projetos

Terapêuticos Singulares (PTS), que passaram a ser construídos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O movimento de expansão da RD no campo da saúde mental e do desenvolvimento social encontra seu momento de estagnação a partir de 2017 diante das modificações ocorridas na Política Nacional de Saúde Mental, representada especialmente pela portaria nº 3.588/2017 do Ministério da Saúde, e na Política Nacional Sobre Droga, através da Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD). Essas alterações aumentaram os investimentos públicos em comunidades terapêuticas e reconsideraram os hospitais psiquiátricos como partes da Rede de Atenção Psicossocial, o que representa uma “guinada à abstinência” como principal meio de atenção às pessoas usuárias de drogas, reforçando o estigma sobre o usuário de drogas como um doente que precisa ser retirado da sociedade e tratado em hospitais psiquiátricos ou ambulatórios especializados.

Assim como em Santos - SP, as políticas públicas de Redução de Danos em Florianópolis - SC foram sendo estruturadas no contexto da epidemia da AIDS, através de ações de prevenção. O tema foi introduzido pela primeira vez na capital catarinense em 1993, no Primeiro Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre Usuários de Drogas Injetáveis. Na ocasião, estruturava-se em Florianópolis o Programa Municipal DST e AIDS.

Em sua tese de doutorado intitulada “A implantação das políticas públicas de saúde em AIDS no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010”, Maliska (2012) afirma que até 1993 o estado de Santa Catarina já havia registrado 825 casos de AIDS, sendo 43,8% transmitidos por uso de drogas injetáveis, 40% por transmissão sexual e 16,2% por outras formas. Estes dados, no entanto, foram, à época, recebidos com certa surpresa pelos profissionais de saúde da cidade, que demonstravam desconhecimento sobre a população atingida pela epidemia.

O fato do início da década de 1990 ter sido marcado pelo processo de implantação do SUS e municipalização dos serviços de saúde foi apontado pela autora como um marcador importante do papel de Florianópolis na estruturação de políticas de Redução de Danos em SC. Segundo a autora, o fato de Florianópolis ser, desde a década de 1970, a capital de Santa Catarina, fez com

que o município possuísse parte significativa da estrutura administrativa e assistencial da Secretaria Estadual de Saúde, que incluía “a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), estrutura administrativa voltada à execução da política do setor médico-hospitalar; e o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP), órgão voltado à prevenção e promoção da saúde” (MALISKA, 2012, p 107).

Entre os serviços que integram a assistência médico-hospitalar do Estado está o Hospital Nereu Ramos (HNR). O hospital, criado em 1943, destaca-se como um personagem importante na estruturação de políticas de redução de danos em SC por ser referência estadual na assistência às doenças infectocontagiosas e ter servido de cenário para o atendimento do primeiro caso de AIDS do estado, em 1985. No mesmo ano, a instituição passou a estruturar-se para atender os casos de AIDS do estado, reservando quatro leitos para isolamento e tratamento destes pacientes, que mais tarde tornaram-se insuficientes devido à grande demanda advinda de várias partes do Estado (MIRANDA, 2003). Dois anos depois, em 1987, o HNR formou uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeira, médico, odontólogo e psicólogo para realizar atendimentos ambulatoriais dedicados aos pacientes com aids (MALISKA, 2012, 133).

Maliska relata que o protagonismo do HNR no atendimento a pacientes com aids, fez com que outros serviços demorassem mais para serem estruturados, justificando que

se deu por falta de profissionais qualificados nas outras instituições, falta de conhecimento técnico, ou mesmo por preconceito dos próprios profissionais de saúde [...] O sistema privado praticamente fechou as portas para o problema. (MALISKA, 2012, p 134).

A autora vislumbra que para ampliar a força e a visibilidade social da luta contra a epidemia da aids, era preciso mais que os esforços dos profissionais da saúde, era necessário também o envolvimento da sociedade civil e relata a criação de duas organizações não-governamentais voltada para a aids que surgem a partir das experiências de dentro do HNR: o Grupo de Apoio a

Prevenção da AIDS (GAPA) e a Fundação Açoriana para o Controle da AIDS (FAÇA).

O GAPA foi a primeira articulação neste sentido, criado em 06 de agosto de 1987 e

influenciado por um movimento que se estendia por todo país, cujo objetivo era apoiar o doente de aids face à rejeição social pela qual era submetido, bem como exigir das autoridades em saúde uma melhor estrutura de atendimento a estes doentes, como leitos hospitalares e tratamentos que se dispunham na época (MALISKA, 2012, p. 135).

Enquanto a FAÇA, criada em 01 de dezembro de 1991 e também formada por profissionais da saúde e voluntários, possuía

enfoque mais técnico e político, mantendo suas ações definidas por projetos em diversas áreas, incluindo a prestação de assessoria jurídica, assistência psicológica, promoção de debates relacionados aos Direitos Humanos e prevenção às DST, HIV e Aids, e prestação de treinamentos em instituições (MALISKA, 2012, p. 137).

Além da assistência do HNR aos pacientes com AIDS no Estado, também o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP) historicamente atendia casos de DSTs. O ambulatório de DST, um dos serviços do DASP, era ofertado de maneira descentralizada devido ao processo de municipalização e acabou sendo incorporado por Florianópolis. A partir daí, os atendimentos às pessoas com HIV foram sendo gradativamente agregados a este serviço, que atendia ainda outros municípios menos estruturados (MALISKA, 2012).

Percebe-se que as ações de redução de danos eram centradas inicialmente na Secretaria Estadual de Saúde e que somente em 1993, a partir do Primeiro Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/Aids entre UDIs, é que Florianópolis passou a estruturar o Programa Municipal DST/Aids. As primeiras ações visavam buscar alternativas para se aproximar das populações de risco e conhecer sua própria dinâmica. No período de 1994 a 1997, diversos treinamentos e oficinas foram realizados em Florianópolis abordando a temática

da RD, com a participação de profissionais da rede municipal de saúde e membros do Conselho Municipal e Estadual de Entorpecentes (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014).

Até 1998, o Programa de Redução de Danos foi desenvolvido no âmbito do Programa Estadual de Aids, incluindo o aporte financeiro, que vinha do Banco Mundial, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização PanAmericana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS) (FONSECA, 2018, p 78).

Maliska (2014) relata que as primeiras atividades sob responsabilidade do município de Florianópolis iniciaram efetivamente em janeiro de 1998, por meio de um trabalho educativo entre os UDIs e comunidades, distribuição de material educativo, preservativos e materiais para injeção estéril. Nesse cenário destaca-se o trabalho do Instituto Arco-íris de Prevenção à Aids que realizava o trabalho em convênio (convênio Nº 112/99) firmado com a Secretaria Municipal de Saúde.

Em 28 de dezembro de 1998, a Lei Estadual Nº 11.063 autorizou a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas, legitimando a criação de projetos de RD no Estado. Entretanto, mesmo antes da atuação oficial das equipes de RD em Florianópolis, alguns profissionais de centros de saúde de comunidades com alta prevalência de UDIs, forneciam seringas e agulhas aos usuários de maneira informal, movidos por um sentimento de solidariedade e respeito ao direito de escolha de cada um (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014).

Os avanços possibilitados pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária levaram à reformulação da abordagem da saúde pública voltada para usuários de álcool e outras drogas, fazendo com que os serviços de saúde buscassem diversificar as modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos, em compasso com os princípios e as diretrizes do SUS. Esses avanços materializaram-se também no processo de expansão dos Centros de Atenção Psicossocial pelo país, que possibilitou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e a integração da Redução de Danos ao Programa de Saúde Mental, transformando-a em diretriz metodológica destes serviços. Neste cenário, a RD foi integrada à Saúde Mental e à Saúde da

Família na Atenção Básica, abordando, agora como uma estratégia de múltiplas possibilidades, não apenas UDIs, mas pessoas, famílias, grupos e instituições em sua integralidade.

No município de Florianópolis, a RD integrada à saúde mental tornou-se uma realidade em potencial para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas a partir de 2006, quando o primeiro CAPS AD foi criado e, mais tarde, com a criação do segundo CAPS AD (2010) e de uma equipe de Consultório na Rua.

2.3 Autonomia e trabalho intersetorial: costurando teoria e prática no campo AD de Florianópolis

Neste tópico serão discutidos alguns conceitos importantes que poderão auxiliar na análise das práticas de atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no âmbito dos serviços de saúde mental do município de Florianópolis-SC. São elas: intersectorialidade, autonomia e direcionamento técnico-institucional.

Um conceito importante para compreender o trabalho intersetorial é a territorialidade. O território, na compreensão utilizada no campo da saúde pública, extrapola a compreensão presente no senso comum, de “área delimitada pelas fronteiras nacionais de um Estado” (MONKEN et al, 2010). Os trabalhos do geógrafo Milton Santos (2011), bastante difundido pelos sanitaristas, compreende o território como um espaço constituído pelos atores que nele vivem. Portanto, no campo da saúde coletiva, entende-se o território como um organismo vivo constituído pelas pessoas que o habitam, considerando seus modos de vida, interesses, conflitos, famílias, instituições, histórias e aspectos geográficos, como a presença de morros, lagoas, infraestruturas, etc.

A partir dessa compreensão, Robert Sack (apud MONKEN et. al. 2010, p. 12) apresenta o conceito de territorialidade como “uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área”, relacionando o conceito às relações de poder. Temos então uma estratégia mobilizada de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico, bastante utilizada pelos agentes da saúde para mapear e dividir o território,

organizando e oferecendo o cuidado à população sob critérios de condições e modos de vida, moradia, relações com os usuários, etc.

A intersetorialidade compõe um dos princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e a APS. Para realizar um trabalho intersetorial as instituições da Rede de Atenção à Saúde (RAS) devem possuir como objetivo comum o cuidado para a população, porém respeitando que cada uma tem suas ações partindo de lugares e campos de atuação diferentes.

Para trabalhar de forma intersetorial é necessário construir espaços de comunicação e negociação capazes de gerenciar conflitos e produzir coletivamente (sociedade civil organizada, setores da educação, saúde, assistência social, cultura, planejamento urbano, economia, etc.) possibilidades de agir na promoção da saúde e prevenção ao adoecimento.

Algo intrinsecamente ligado ao trabalho articulado é a autonomia. A autonomia é um conceito polissêmico, compreendido, no campo da saúde mental, ora como a capacidade de uma pessoa ser autossuficiente, de ter independência e de governar a própria vida, outrora enquanto um processo construído a partir das relações cotidianas.

As compreensões de autonomia apresentadas pelas autoras Pitta (1997) e Leal (2001) relacionam o conceito com a capacidade do sujeito de estabelecer normas e relações sociais que os auxiliam na realização de tarefas diárias de forma independente. Percebe-se, então, uma relação estreita entre os conceitos de autonomia e capacidade.

Entretanto, há que se ter muito cuidado em utilizar o termo capacidade no campo da saúde mental, visto que, historicamente, as pessoas em sofrimento psíquico foram - e, muitas vezes, seguem sendo - consideradas incapazes. Faz-se necessário entender que a capacidade de cada pessoa se modifica de acordo com condições variadas e que, sendo assim, a autonomia está inserida num contexto vivido por cada sujeito. Não se deve, portanto, estabelecer padrões capazes de medir graus de autonomia, visto que o processo de autonomia, na atenção psicossocial, deve estimular as pessoas a lidarem com seus limites e, possivelmente, ultrapassá-los (KAMMER, 2020).

É nessa dinâmica da construção de autonomia que se inserem as contribuições de Onocko-Campos & Campos (2007) e Tykanori (2010). Para

Onocko-Campos e Campos, a autonomia se fortalece no movimento de construção de sujeitos e coletivos. Esse movimento é dinâmico e caracterizado pela existência de uma dependência multifatorial em que o sujeito é corresponsável pela sua constituição e pela constituição da sociedade.

Segundo Tykanori (1996), quanto mais vinculações os usuários tiverem com os serviços, mais autônomos serão. Ou seja, não há possibilidade de se viver a autonomia senão pelo estabelecimento de relações. Essas relações, atravessadas pela convivência e pelo pertencimento, devem ser sustentadas por dinâmicas relacionais que permitam a negociação e as trocas vivenciais para produção de autonomia.

Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (TYKANORI, 1996, p. 57)

Ressalta-se, na compreensão de Tykanori acerca da autonomia, a importância do vínculo. O vínculo é compreendido como uma ferramenta relacional extremamente importante para a construção do cuidado integral e democrático no campo da saúde, devido a sua capacidade de horizontalizar as relações. O fortalecimento do vínculo está associado à construção de laços afetivos e à qualidade do atendimento. Ou seja, é pautado pela facilidade na comunicação, pela capacidade de escuta e acolhimento das demandas emergentes e por um processo de construção de diálogo e valorização do saber alheio (JORGE *et al*, 2011).

2.4 Caminhos possíveis a partir da RD

Resumidamente, a RD é um conjunto de estratégias que visam reduzir os efeitos negativos do uso de drogas, sem a necessidade de abstinência, respeitando o direito dos usuários ao cuidado em saúde. Presente no Brasil há mais de três décadas, as políticas de redução de danos têm efeitos positivos já

reconhecidos em todo o mundo que alcançam não somente os usuários de substâncias, como toda a sociedade, ao atuar, por exemplo, na prevenção da transmissão de doenças (NETO, 2019).

Seus efeitos positivos estão alçados na relação da redução de danos com os pressupostos do SUS, da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica, caminhos que a sociedade brasileira vem trilhando desde a década de 1970. Esses pressupostos levam a Redução de Danos ao patamar de uma ética do cuidado, uma vez que visa, através de diversas práticas, garantir o acesso à saúde por toda a população, entendendo-a como um direito de todos os cidadãos, e exercer o cuidado de forma integral, universal e equânime.

O cuidado exercido por redutores e redutoras de danos se pauta na superação da relação tecnicista entre profissional e paciente, pois tem a ver muito mais com a formação de vínculos, numa contratualidade que permite ao redutor e redutoras de danos acessar pessoas que estão em vulnerabilidade e facilitar a elas o acesso aos seus direitos.

Lancetti (2016), no seu livro “Clínica peripatética”, argumenta que a RD é como uma ética a partir da qual se pensa e elabora o cuidado, e que esse cuidado é realizado visando ampliar a vida das pessoas vulnerabilizadas.

Ao observarmos o processo histórico da RD, percebe-se que é limitante restringi-la apenas ao cuidado de quem faz uso de drogas. Sua aproximação com o campo da saúde mental permitiu ampliar seu leque de possibilidades, nos fornecendo uma reflexão a respeito não somente de questões relacionadas ao uso prejudicial de substâncias, mas sobre as determinações sociais da saúde. Desta forma, a intervenção dos redutores e redutoras de danos deve ser também uma intervenção nas barreiras sociais imposta por um sistema desigual. O cuidado em redução de danos é essencialmente um cuidado ético-político, uma vez que quanto maior a vulnerabilidade de uma pessoa ou comunidade, maior a necessidade de se elaborar um conjunto de estratégias que consigam estruturar a atenção e o cuidado em saúde de forma integral e universal.

Para a Redução de Danos, o uso de substância não resulta necessariamente no uso prejudicial. Questões estruturais de organização social e seus efeitos sobre as subjetividades precisam ser consideradas ao se elaborar as estratégias de intervenção em saúde. Assim, a RD vem também como uma

política que se opõe às políticas hegemônicas de combate às drogas, que marginalizam e impedem a população de acessar seus direitos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar as práticas de atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no âmbito dos serviços de saúde mental do município de Florianópolis-SC.

3.2 Objetivos específicos:

- a) Localizar práticas de cuidado e atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas em Florianópolis;
- b) Entender como essas práticas se apresentam no município;
- c) Compreender as mudanças ocorridas nas ações de cuidado e atenção aos usuários de álcool e outras drogas no campo da saúde mental AD de Florianópolis;

4. METODOLOGIA

4.1 Métodos e Procedimentos

Este trabalho apresenta-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, considerando as etapas de revisão de literatura, análise documental e a realização de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre o período de outubro de 2021 a dezembro de 2023. As discussões dos resultados encontrados foram elaboradas entre os meses de dezembro de 2023 a abril de 2024.

Para a construção da fundamentação teórica deste trabalho, foi realizada uma revisão de literatura do tipo narrativa, com intuito de realizar uma revisão das produções de conhecimentos na área que dessem conta de explicar o problema de investigação. As revisões narrativas são utilizadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual, e constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007)

Para a análise documental, considerou-se como critério de elegibilidade documentos cujos conteúdos versam sobre o cuidado e a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no município de Florianópolis/SC. Puderam ser incluídos convênios de parcerias entre sociedade civil e governo municipal, além de legislações que versam sobre o tema publicadas no portal da Prefeitura Municipal de Florianópolis (<https://www.pmf.sc.gov.br>).

A importância da pesquisa documental está na possibilidade de realizar o levantamento dos analisadores históricos relacionados com as políticas públicas de atenção psicossocial e às práticas de cuidado para com as pessoas que fazem uso de drogas no município de Florianópolis.

Outra forma de levantamento de informações selecionada refere-se às fontes orais, para isso, foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada como recurso. Para facilitar a realização da entrevista, foi elaborado um roteiro com

questões disparadoras que versam sobre a atenção e o cuidado à saúde das pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas (Apêndice D).

As entrevistas semi estruturadas são um importante instrumento de coleta de dados nas pesquisas qualitativas, pois permitem uma maior flexibilidade na relação entre entrevistador e entrevistado, concedendo ao entrevistado uma maior liberdade de falar abertamente sobre o assunto elencado (GIL, 2002).

O roteiro da entrevista (Apêndice D) foi elaborado a partir de conversas entre o orientador dessa pesquisa e o pesquisador, onde buscavam levantar perguntas que pudessem dar conta de responder aos objetivos deste trabalho. O orientador possui experiência em pesquisas no campo da saúde coletiva, enquanto o pesquisador possui experiência como psicólogo na área de saúde mental AD. A técnica que busca desenvolver instrumentos de coleta de dados a partir das experiências de especialistas é denominada painel de especialistas, bastante utilizada em pesquisas da psicologia, administração e ciências sociais em geral (PINHEIRO; FARIA; ABE-LIMA, 2013).

Considerou-se elegível para fornecimento de entrevista, profissionais que trabalhavam em serviços públicos da saúde mental do município de Florianópolis (CAPS AD ilha e CAPS AD Continente, equipe de Consultório na Rua) ou em Organizações Não-Governamentais (ONGs) que prestavam serviços para usuários de álcool e outras drogas através de convênios de parcerias com a prefeitura de Florianópolis à época da pesquisa.

As ONGs foram selecionadas através do site oficial da prefeitura municipal de Florianópolis, na página “transparência”, aba “Convênios (Repasse e Transferências)”. As ONGs que tem parceria com as secretarias de Saúde ou Assistência Social do município foram contactadas, através de e-mail, ligação telefônica ou mensagem via aplicativo WhatsApp, e questionadas sobre trabalhos ativos em parceria com a prefeitura voltados para as pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas. Nos casos de negativa na resposta, as ONGs foram excluídas do processo. As ONGs que afirmaram estar com projetos ativos em parceria com a prefeitura de Florianópolis no campo da saúde mental AD, receberam maior explicação sobre o projeto de pesquisa e o convite para a participação como entrevistados. Foi solicitado nome do projeto em execução, bem como a profissão e nome do(a) profissional(a) responsável pelo projeto para

que o(a) mesmo(a) pudesse ser convidado(a) a conceder a entrevista. As ONGs selecionadas foram: Instituto Arco-íris (projeto em parceria com a secretaria municipal de saúde e de assistência social), Núcleo de Recuperação e Reabilitação de Vidas - NURREVI (projeto em parceria com a secretaria municipal de assistência social) e Instituto Amor Incondicional - AMINC (projeto em parceria com a secretaria municipal de assistência social).

Para a coleta de dados dos servidores públicos, os coordenadores dos serviços foram contatados via canais institucionais (e-mail ou telefone), informados sobre a realização da pesquisa e solicitados que indiquem algum profissional do serviço para fornecer a entrevista.

As entrevistas foram realizadas por videoconferência, facilitando a posterior análise das informações por conta da gravação audiovisual.

4.2 Procedimentos Éticos

Visando garantir os princípios éticos, a coleta de dados ocorreu após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), da emissão da carta de anuência institucional pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Apêndice C) e os participantes tiveram que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e o Termo de autorização para gravação de áudio e vídeo (Apêndices A e B) para participar, conforme normativas do próprio CEPSH-UFSC e de acordo com as resoluções CNS 466/12 e CNS 510/16.

Os participantes foram informados sobre os procedimentos da pesquisa de forma oral e escrita e lhes foi garantido o sigilo e caráter voluntário da participação, o que implica não impedir a desistência do participante em qualquer etapa da pesquisa. Caso desejarem, os participantes receberão a devolutiva dos resultados da pesquisa.

Por fim, o autor se comprometeu a desenvolver estratégias para identificar as possíveis angústias resultantes das limitações do pesquisador sobre o conhecer e o desconhecer e suas condições narcísicas diante do fenômeno estudado. Tais estratégias definiram-se como participação em grupo de pesquisas

e debates e realização de orientação acadêmica durante todo o processo de realização da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo CEPESH-UFSC sob nº CAAE 72872723.5.0000.0121.

4.3 Análise dos dados

A análise do conteúdo das entrevistas seguiu o referencial proposto por Meihy (1998), passando por um processo de tradução, textualização e transcrição. De acordo com o autor, o processo de tradução refere-se à passagem da linguagem oral para a escrita da forma como ela ocorreu em entrevista, considerando as perguntas, respostas e as interferências. A textualização é realizada em seguida e corresponde à definição de palavras-chave e a organização das ideias centrais contidas no texto. A transcrição é a finalização do texto, onde se retira as expressões de uso coloquial, as repetições e inferências desnecessárias.

Após este processo, o conteúdo das entrevistas foi analisado a partir do referencial teórico de Bardin (2004), conhecido por análise de conteúdo. Segundo a autora, a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” que tem como características fortes o rigor e a necessidade de ir além das aparências, propondo uma função heurística, enriquecendo o método exploratório para uma análise sistemática a fim de confirmar ou não certa proposição. A autora afirma que a análise de conteúdo nas pesquisas qualitativas levanta problemas, selecionando temas, sem a necessidade de tratar todo o conteúdo, mas chama a atenção para a importância de se manter o contexto como referência para evitar erros na análise.

Em suma, o processo de análise desta pesquisa se deu da seguinte forma: 1) organização das informações levantadas, visando definir os documentos relevantes para responder o problema de pesquisa; 2) codificação das unidades de análise em temas; e 3) categorização por critério de organização semântico.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O campo desta pesquisa é caracterizado por serviços de saúde mental voltados para atenção e cuidado psicossocial de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas em Florianópolis-SC. Os serviços entrevistados foram: Centros de Atenção Psicossocial AD Continente, Centro de Atenção Psicossocial AD Ilha, equipe de Consultório na Rua, Projeto Resgate Social e duas comunidades terapêuticas, organizados conforme tabela que segue.

Tabela de caracterização do campo

NOME DO SERVIÇO/PROJETO	VINCULAÇÃO	RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEL	EXECUÇÃO
Resgate Social	Secretaria Municipal de Assistência Social	2 Técnicos em Enfermagem, 3 Assistentes Sociais, 3 Psicólogos e 4 Enfermeiros, 1 coordenador, 1 auxiliar administrativo e 4 motoristas	Organização da Sociedade Civil Instituto Arco-Íris
Comunidade Terapêutica AMINC	Inexistente (informação explicada na página 49)	Apenas Coordenação (informação explicada na página 49)	Organização da Sociedade Civil Instituto Amor Incondicional
Consultório na Rua	Secretaria Municipal de Saúde	3 profissionais de enfermagem, 1 da medicina, 1 da psicologia, 1	Prefeitura Municipal de Florianópolis

		motorista e 1 do serviço social	
CAPS AD Ilha	Secretaria Municipal de Saúde	2 assistentes administrativos, 3 psicólogas, 1 médico clínico, 2 psiquiatras, 3 técnicos de enfermagem, 02 enfermeiras, 1 assistente social e 1 farmacêutico.	Prefeitura Municipal de Florianópolis
CAPS AD Continente	Secretaria Municipal de Saúde	2 assistentes administrativos, 3 psicólogas, 1 médico clínico, 2 psiquiatras, 3 técnicos de enfermagem, 02 enfermeiras, 1 assistente social e 1 farmacêutico.	Prefeitura Municipal de Florianópolis
Comunidade Terapêutica NURREVI	Secretaria Municipal de Assistência Social	1 Assistente Social, 1 psicóloga, 1 coordenadora, e educadores (número exato não informado)	Organização da Sociedade Civil Núcleo de Recuperação e Reabilitação de Vidas

Fonte: autoria própria, a partir de dados coletados.

No que refere-se aos Recursos Humanos disponíveis, os dados foram obtidos via entrevistas, visto que em diversas tentativas de contato por canais institucionais com a gerência de saúde mental de Florianópolis, não foi possível obter esses dados. No que refere-se a solicitação sobre recursos humanos disponíveis, a gerência de saúde mental do município informou que os dados deveriam ser obtidos em outro setor (de RH e Gestão de Pessoas), entretanto, ao solicitar a informação via e-mail para este setor, não foram obtidas respostas.

Foram realizadas uma entrevista no formato virtual com cada serviço/projeto, com duração de aproximadamente 1 hora com cada serviço. Foram entrevistados 7 profissionais (sendo que o Resgate Social indicou duas pessoas para conceder a entrevista juntamente). As categorias profissionais dos entrevistados foram: 4 profissionais da Psicologia, 1 profissional da Enfermagem, 1 profissional do Serviço Social e 1 profissional com formação em Teologia e Administração.

Foram analisados 8 documentos, organizados conforme tabela abaixo.

Tabela de Documentos

Documento	Descrição	Fonte
Protocolo de Atenção em Saúde Mental (2010)	Protocolo de Atenção em Saúde Mental do Município de Florianópolis	Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf
Protocolo de Acesso Psiquiatria Adulto (acima de 15 anos)	Versão 1: Protocolo de Acesso à Psiquiatria Adulto (acima dos 15 anos) - projeto em revisão pelo Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis no ano de 2023.	Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/0BxJg1c-exDtfYkxldW4wNXN0NFU?resourcekey=0-0MhfZnpKyfoVWFuaW-F-FQ
Protocolo de Acesso à Psiquiatria (2017)	Protocolo de Acesso à Psiquiatria (2017)	Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1-EriCK2F8U4qSohPQdV4mvQRGwt-c-9d/view

Inquérito Civil n. 06.2019.864-4	Termo de Ajustamento de Conduta firmado entre Ministério Público de Santa Catarina e Prefeitura de Florianópolis, em que a prefeitura compromete-se a reformar a então estrutura do CAPS II Ponta do Coral	Ministério Público de Santa Catarina. Disponível em: https://mpsc.mp.br/noticias/florianopolis-deve-reformar-centro-de-atencao-psicossocial-da-ponta-do-coral
Termo de Colaboração N. 157/PMF/SEMAS/2020	Termo de Colaboração firmado em 2020 entre Prefeitura de Florianópolis e Instituto Arco-íris para execução do Projeto Resgate Social	Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/Arco%20Iris%20-%20TC%20157-PMF-SEMAS-2020-Resgate%20Social.pdf
Termo de Colaboração N. 282/PMF/SEMAS/2021	Termo de Colaboração firmado em 2021 entre Prefeitura de Florianópolis e Instituto Arco-íris para execução do Projeto Resgate Social	Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/Arco%20Iris.pdf
Termo de Colaboração N. 090/PMF/SEMAS/2022	Termo de Colaboração firmado em 2022 entre Prefeitura de Florianópolis e Instituto Amor Incondicional para execução do Projeto Restaurante Popular de Florianópolis	Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/2022_06_20%20-%20TC%20090%20-%20Instituto%20Amor%20Incondicional%20(Instituto%20AMIN C).pdf
Termo de Colaboração N. 213/PMF/SEMAS/2020	Termo de Colaboração firmado em 2020 entre Prefeitura de Florianópolis e Núcleo de Recuperação e Reabilitação de Vidas para execução do Projeto Passarela da Cidadania	Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/TC%20213_PMF_SEMAS_2020.pdf

Fonte: autoria própria, a partir de dados coletados.

Para resguardar o sigilo dos entrevistados, as entrevistas serão referenciadas sempre pelo nome do serviço, sem informar a categoria profissional de quem concedeu a entrevista.

A partir dos dados obtidos e com base no referencial teórico de Laurence Bardin, foram construídas 3 categorias de análise que serviram de discussão para este trabalho. São elas: **Organização do cuidado**, abordando temas relacionados aos processos de trabalho e modelos de atenção vigente nos serviços e/ou projetos; **Transformações no processo de cuidado**, discutindo as modificações recentes ocorridas nos serviços de atenção psicossocial AD de Florianópolis e seus efeitos no processo de cuidado dos usuários de SPA; e, por fim, **desafios e potencialidades**, onde foi possível discutir com mais profundidade os caminhos possíveis para a melhoria do cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas em Florianópolis.

Entretanto, para melhor compreensão, antes de adentrar as discussões dos temas, há que se apresentar algumas ressalvas que foram constatadas durante o processo de levantamento de dados.

O primeiro diz respeito ao processo de seleção dos serviços que foram entrevistados. Durante a entrevista com uma das Instituições selecionadas, foi percebido um equívoco. A Instituição AMINC, de acordo com o Termo de Colaboração n. 090/PMF/SEMAS/2022, disponível no site da prefeitura de Florianópolis, não exerce função voltada às pessoas que fazem uso de SPA e, desta forma, não se enquadra nos critérios de seleção desta pesquisa. A decisão pela inclusão dessa instituição na presente pesquisa mesmo diante da constatação do equívoco se deu devido a instituição relatar possuir experiência com atendimento às pessoas que fazem uso de SPA, através de uma CT, informando, ainda, já ter acolhido informalmente pessoas residentes de Florianópolis no serviço. De acordo com a pessoa entrevistada, a CT hoje não existe mais e o serviço prestado em parceria com a prefeitura de Florianópolis nada tem a ver com a atenção psicossocial de pessoas que fazem uso de SPA.

Destaca-se ainda que serviços como o Resgate Social e o Consultório na Rua não tem seu escopo de atuação voltados exclusivamente para o cuidado de pessoas que fazem uso de SPA, entretanto, devido a complexidade do cuidado em saúde do seu público alvo (pessoas em situação de rua), lidam constantemente com a situação de uso abusivo de substâncias psicoativas e, portanto, suas ações também foram analisados sob a ótica do cuidado em saúde mental das pessoas que fazem uso SPA.

5.1 Organização do cuidado

5.1.1 Apresentação dos serviços

Dentre os serviços selecionados, três são serviços de gestão pública (Centro de Atenção Psicossocial AD Continente, Centro de Atenção Psicossocial AD Ilha e Consultório na Rua) e outros três são de gestão privada sem fins lucrativos, reconhecidas como Organizações da Sociedade Civil - OSC (Instituto Arco-Íris, que executa o projeto Resgate Social, Instituto Amor Incondicional, que dirige uma Comunidade Terapêutica e o Núcleo de Recuperação e Reabilitação de Vidas, que dirige uma Comunidade Terapêutica num município na região da Grande Florianópolis).

Os CAPS são serviços de referência para situações em que há a necessidade de cuidado intensivo ou de reinserção social devido a transtornos de saúde mental. Nos casos específicos dos CAPS AD, estes transtornos são derivados do uso abusivo de SPA. Nestes serviços, é prevista a oferta de atendimentos individuais e coletivos por equipe multiprofissional, abordando temas específicos e transversais às vivências do usuário de SPA. É papel dos CAPS também realizar, quando necessário, atendimento familiar, ofertar oficinas terapêuticas, realizar articulação com os demais pontos da RAPS, além de desenvolver atividades de desintoxicação, visita domiciliar, reabilitação psicossocial e reinserção social. Toda essa atividade deve ser desenvolvida em parceria entre equipe multiprofissional e usuário, organizada através de um projeto que possibilite o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e de evolução contínua, conhecido como Projeto Terapêutico Singular - PTS. Além disso, as equipes desses serviços trabalham como suporte às Equipes de Saúde da Família (ESF), auxiliando nas suas especialidades, no tratamento longitudinal do usuário nos serviços territorializados.

Os CAPS são serviços especializados que compõem o cuidado no modelo de atenção à saúde na RAPS. Aproximando-se da lógica de cuidado presente na APS, os CAPS priorizam o cuidado ambulatorial territorializado em detrimento à internação psiquiátrica. Entretanto, há alguns critérios que podem definir o tipo de CAPS estabelecido em cada cidade ou região e que definem a sua capacidade de

oferta de serviços. Os tipos variam conforme a demanda do público alvo (CAPS i, que atende crianças e adolescentes de até 18 anos; CAPS ad, atende adultos com problemas decorrentes do abuso de álcool ou outras drogas e o CAPS, que atende pessoas adultas com e sofrimento psíquico) e pela sua abrangência populacional (definidos como CAPS tipo I, tipo II, tipo III e, mais recentemente, o CAPS AD tipo IV). Essas modalidades de serviços são regidas pelas portarias do MS de nº 336/2002 e 3.588/2017.

De acordo com o Protocolo de Atenção em Saúde Mental (2010) do município de Florianópolis-SC, o acesso ao CAPS pode se dar via encaminhamento das Equipes de Saúde da Família (ESF) nos Centros de Saúde (CS) ou como “porta aberta” através do serviço de acolhimento, para casos de urgência ou demanda espontânea. O protocolo sugere ainda que “os moradores de Florianópolis internados por transtorno devido ao uso de substâncias psicoativas devem ter uma avaliação inicial (acolhimento) marcada no CAPS AD, idealmente logo após a alta hospitalar, para dar continuidade ao tratamento ambulatorial” (FLORIANÓPOLIS, 2010, p. 219). Ainda, no que diz respeito à necessidade de internação, o protocolo sugere:

“Quando for necessária internação hospitalar ou em comunidade terapêutica (ineficácia do tratamento ambulatorial incluindo tentativa de internação domiciliar com suporte da ESF/NASF e/ou CAPSad na modalidade intensiva, alto risco de hetero ou auto-agressão/suicídio), o CAPSad fará a avaliação da indicação de tal procedimento, individualizando as opções de tratamento junto ao paciente e familiares.” (p. 219)

Florianópolis conta com os serviços de dois CAPSad tipo II, um na ilha e outro na porção continental do seu território. O CAPS Continente é responsável pelo atendimento das pessoas territorializadas nos bairros Agrônoma, Centro, Monte Serrat, Prainha, Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Novo Continente e Sapê, enquanto o CAPSad Ilha é responsável pela abrangência dos bairros localizados na parte insular de Florianópolis. Ambos os serviços são compostos por 2 assistentes administrativos, 3 psicólogas, 1 médico clínico, 2 psiquiatras, 3 técnicos de enfermagem, 02 enfermeiras, 1 assistente social e 1 farmacêutico. Os residentes

nos bairros Agronômica, Monte Serrat, Prainha e Centro podem escolher quais CAPS AD preferem ser referenciados, devido a localização próxima dos dois serviços.

Inspirado por estratégias exitosas de saúde mental como o Consultório de Rua, em Salvador - BA, e o Programa de Saúde da Família (PSF) em domicílio, surge o Consultório de Rua em Florianópolis, com o recorte para atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e vinculado aos CAPS AD Ilha e CAPS AD Continente. Dois anos após o início do trabalho do Consultório de Rua em Florianópolis, o financiamento federal foi encerrado e o projeto se encerrou. Na ocasião, por determinação da portaria ministerial nº 122/2011, o Consultório de rua é apropriado pela APS e, dentre outras questões referente às diretrizes e organização do serviço, tem sua nomenclatura alterada para Consultório na Rua. Em Florianópolis, a partir de 2012, o Consultório na Rua passou a funcionar na modalidade I, com dois profissionais de ensino superior, nas instalações do CS da Prainha, onde funciona até os dias atuais.

“Logo que abre o CAPS AD ilha é também o início do consultório de rua como uma extensão dos dois CAPS no campo, na rua, no território [...] e funcionou assim por esses dois anos, de 2010 a 2012. Aí em janeiro de 2012, como muda a política e o consultório de rua é apropriado pela saúde como consultório na rua, dentro da atenção primária [em saúde], aí Florianópolis, então, acabou o projeto de consultório de rua porque o financiamento era de dois anos mesmo, mas implantou o consultório na rua, com... acho que na época tinha uma assistente social e uma psicóloga. E ficou assim, bem capenga, por um tempo... acho que até 2015... O consultório na rua foi, então, implantado em Florianópolis, em 2012, com só uma dupla de profissionais... desde então com lotação, sede administrativa no CS Prainha, onde a gente está até hoje.”
(Profissional do CnaR)

A partir de 2015, o Consultório na Rua passou a funcionar na modalidade II: *“Ficamos em seis - três da enfermagem, médica, psicóloga e assistente social, que é o que somos até hoje. Somos seis pessoas na equipe. A gente tinha, até o ano passado, um motorista exclusivo.”* Na fala da pessoa entrevistada é possível considerar como parte da equipe três profissionais de enfermagem, um da medicina, um da psicologia e um do serviço social, desconsiderando-se, num primeiro momento, o motorista. Entretanto, o artigo 3º da portaria nº 122/2011, responsável por descrever as modalidades de Consultórios na Rua, considera

como modalidade II a equipe composta por 6 profissionais, sendo três de nível superior e três de nível médio, excetuando-se o profissional da medicina.

A pessoa entrevistada, ao dar-se conta da composição da equipe, relata os efeitos do funcionamento do serviço com recursos humanos defasados.

“Por que, conforme a legislação, tem que ter um motorista e um carro exclusivo do consultório na rua. O carro ainda existe, mas o motorista não. Então, o nosso motorista exclusivo - que era a sétima pessoa da equipe, né, ficou conosco até o ano passado e aí já faz um ano que estamos sem... ele foi readaptado por problemas de saúde e faz um ano que ele não foi substituído. A gente tá usando o motorista emprestado do setor de transportes da secretaria de saúde, né?! Até é bom que é o mesmo motorista que vem todo dia porque vai criando uma convivência com a equipe, né, mas ele não é da nossa equipe... quando o setor de transportes precisa dele, chama ele, tanto que ele não fica [conosco] as 40 horas do funcionamento do serviço. Ele cumpre o período da manhã conosco e no período da tarde ele volta pro setor de transportes para cumprir sua carga horária no setor de transportes. Então faz um ano que a gente tá com carro só de manhã, das 8h ao meio dia... implica um monte no processo de trabalho e no serviço da rua.” (Profissional do CnaR)

No que diz respeito à atenção e cuidado das pessoas em situação de rua, Florianópolis conta, desde 2020, com um serviço terceirizado que serve como “*ponte entre os equipamentos*”, denominado Resgate Social. O projeto é executado pela Organização Não-Governamental (ONG) Instituto Arco-íris em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social de Florianópolis (SEMAS). O Instituto Arco-íris (IAI) é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) que trabalha com populações em situação vulnerável (NÓR; CAVANUS; ARAUJO DE SOUZA, 2018). Iniciou suas atividades em 1997 trabalhando com promoção de saúde paraprofissionais do sexo na perspectiva da Redução de Danos e dos Direitos Humanos (INSTITUTO ARCO-ÍRIS, 1997). Com o passar do tempo, ampliou suas atividades se tornando um espaço de referência em cultura, promoção de saúde e cidadania na cidade. A parceria entre o IAI e a SEMAS para execução do projeto Resgate Social foi firmada num primeiro momento pelo Termo de Colaboração nº 157/PMF/SEMAS/2020 e renovada via Termo de Colaboração nº 282/PMF/SEMAS/2021. O objetivo do projeto é prestar serviços de abordagem, busca ativa e resgate social, na esfera territorial municipal de Florianópolis-SC, às pessoas em situação de rua, de forma compartilhada, complementar e integrada aos serviços socioassistenciais da

gestão pública. O acesso ao projeto Resgate Social se dá por demanda espontânea ou acionamento, por serviços ou comunidade, via contato telefônico disponibilizado previamente em canais oficiais da prefeitura de Florianópolis-SC.

Também em parceria com a SEMAS há um outro programa voltado ao atendimento de pessoas em situação de rua executado pela Organização da Sociedade Civil (OSC) Núcleo de Recuperação e Reabilitação de Vidas (NURREVI). O Programa denominado “Passarela da Cidadania”, regido pelo Termo de Colaboração nº 213/PMF/SEMAS/2020, é executado no território de Florianópolis, no complexo do samba “Nego Quirido”, e tem como objetivo prestar serviços de caráter continuado e ininterrupto, de forma compartilhada, complementar e integrada aos serviços socioassistenciais da gestão pública municipal. Os serviços previstos são: a) atendimento psicossocial; b) disponibilização 4 refeições diárias, considerando café da manhã, almoço, lanche e refeição noturna; c) oferta de serviços de higiene pessoal: banho, higiene bucal, corte de barba e cabelo; d) espaço para guarda de pertences pessoais e higienização de roupas; e) realização de atividades complementares de orientação e serviços; f) organização e coordenação das equipes de voluntários atuantes na distribuição de alimentação das pessoas em situação de rua; e g) serviços de pernoite para pessoas em situação de rua no município de Florianópolis, funcionando ininterruptamente durante 7 dias por semana, inclusive dias úteis, finais de semanas e feriados.

Nestes termos, o programa possuía capacidade para acolher 200 pessoas em situação de rua. Entretanto, em 2021 a SEMAS e a NURREVI assinaram o primeiro termo aditivo ao termo de colaboração vigente alterando alguns pontos da parceria. Destaca-se para esse projeto o item I da Cláusula Primeira, que acrescenta 50 vagas ao atendimento de usuários às 200 vagas já existentes e inclui um novo local de execução do programa. Destas 50 vagas, 30 são para acolhimento em território municipal, também no complexo de samba “Nego Quirido”, e 20 são para acolhimento em novo local a ser disponibilizado pela NURREVI.

O termo aditivo descreve mais detalhadamente os serviços a serem prestados no Programa Passarela da Cidadania, mas não descreve o fluxo e

serviços prestados em novo espaço disponibilizado, permitindo espaço para compreensão de que os dois locais devem seguir as mesmas diretrizes. Em entrevista, a pessoa profissional na NURREVI, relata que

“Faz uns dois anos, acho que quase três anos, que a instituição está com o projeto da passarela da cidadania, que é onde a NURREVI administra ali a passarela, e aí a gente fez essa parceria de 20 vagas para a comunidade terapêutica. Então a passarela, vendo a necessidade de poder encaminhar os acolhidos que queiram o tratamento, é feito todo uma análise técnica, é encaminhado para o CAPS ou a UBS que dão esse encaminhamento médico, a gente precisa ter encaminhamento médico com CID para verificar se realmente a comunidade terapêutica, né, e aí tendo todo esse processo, a pessoa é trazida para cá, então, para começar o tratamento.” (profissional do NURREVI)

O novo local, portanto, firmado em termo aditivo ao termo de colaboração nº 213 entre SEMAS e NURREVI, refere-se a uma comunidade terapêutica (CT) localizada no município de Palhoça, a cerca de 45km de distância de Florianópolis.

A NURREVI é uma instituição de cunho religioso, fundada em 1999, no município de São José-SC, com intuito de “ajudar mulheres em situação de vulnerabilidade a se livrar dos vícios”. Com o passar dos anos a instituição ampliou seu escopo de atuação para outros municípios, oferecendo serviços socioassistenciais às pessoas em vulnerabilidade psicossocial. Dentre elas: Comunidade Terapêutica, voltada para pessoas que fazem uso de SPA; Casa de acolhimento de crianças e adolescentes que tenham vínculos familiares rompidos; Passarela da Cidadania, voltado ao atendimento de pessoas em situação de rua e administração de dois Centros de Atenção Psicossocial.

Na mesma linha de atuação há o Instituto Amor Incondicional (AMINC). O instituto AMINC - como já informado - não executa atualmente projetos em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis voltado para o atendimento de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. O projeto desenvolvido em parceria com Florianópolis é regido pelo Termo de Colaboração nº 090/PMF/SEMAS/2022 e visa garantir refeições balanceadas e nutritivas com custo acessível e subsidiado pelo município para atender indivíduos com risco e/ou vulnerabilidade social, bem como oportunizar espaço para educação nutricional, qualificação, capacitação e reinserção profissional. Entretanto, ao

entrevistar um(a) representante da instituição, foi relatado que o instituto já administrou uma CT em município na região da Grande Florianópolis, recebendo demandas informais de pessoas que viviam ou trabalhavam no município de Florianópolis.

“Na verdade, a CT recebia pessoas de todo o país e até mesmo de fora do país. Na CT que funcionou em Forquilha (São José - SC), num período aí de 3 anos e meio mais ou menos, a gente sempre foi independente. Só que a gente tinha vínculos, parcerias com as prefeituras, todas elas... De Florianópolis né, ali com o Centro Pop, que encaminhava. Na época que começou o serviço na passarela também, era encaminhado bastante. A Maria (nome fictício) sempre trazia pra mim, ela me ligava e perguntava se tinha vaga. Não necessariamente a gente tinha vínculo com a prefeitura e recebia via encaminhamentos, mas se eu tivesse uma vaga eu recebia. Então, assim, a parceria que a gente tinha era mais falada, verbal, em prol mesmo de todas as pessoas em situação de vulnerabilidade do que realmente uma parceria com a prefeitura que a gente pudesse receber algum tipo de auxílio, ou até mesmo um edital com valor mensal. Isso a gente nunca conseguiu ter até a gente entrar num edital do restaurante popular, que foi onde abriu as portas para outros projetos dentro da entidade.” (profissional do AMINC)

Faz-se necessário informar também que a CT citada acima não está mais em funcionamento.

“Nós não trabalhamos mais com CT. Como eu tinha te falado, a gente trabalha com Casa de Passagem. Na casa de passagem - no caso de São José - o usuário é encaminhado pelo Centro Pop [...] Na casa a gente oferece alimentação quatro vezes ao dia, a moradia, banho, pernoite, assistente social e psicóloga; além da coordenação e os educadores, que trabalham ali como uma espécie de monitor oferecendo toda assistência que o usuário precisa.” (Profissional do AMINC)

E que, nas palavras do/a profissional da AMINC, a relação com o município de Florianópolis segue os devidos trâmites legais.

“O único projeto que nós temos em Florianópolis, vinculado com a prefeitura e que atende pessoas em situação de rua, em vulnerabilidade social é o Restaurante Popular, hoje... atualmente... Então, assim, não tem vínculo exatamente voltado para uso de substâncias, no alcoolismo ou psicoativos de qualquer espécie. A gente tá ali oferecendo um serviço social de alimentação, especificamente de alimentos, nada além disso. Inclusive, até por lei, a gente não pode oferecer além de uma conversa, nem um encaminhamento, nem nada disso. A gente é orientado a, sempre que tem um usuário que pergunta alguma coisa em relação a centro de recuperação ou algum tipo de abordagem social, a gente é orientado a encaminhar ele para o Centro Pop, onde ele vai ser encaminhado para alguma ajuda que ele precisa nesse sentido.” (Profissional da AMINC)

Considerando a complexidade envolvendo a atenção psicossocial de pessoas que fazem uso de SPA, a entrevista com o/a profissional do Instituto AMINC foi considerada para análise das ações relatadas enquanto estavam com a CT em funcionamento. Reforçando, sempre que necessário, que o acesso a CT se dava por vias extras ao fluxo orientado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, bem como a inexistência de qualquer termo de parceria entre a prefeitura de Florianópolis e a AMINC no campo da saúde mental, com recorte em álcool e outras drogas.

5.1.2 Intersetorialidade: a articulação entre os serviços

Nos serviços analisados, constatou-se um encontro mensal para se discutir o compartilhamento do cuidado entre o Consultório na Rua, Centro Pop e Passarela da Cidadania. Entretanto, o encontro não ocorre com a presença de todos os profissionais.

“Faz parte do processo de trabalho da equipe as reuniões intersetoriais. É que isso é uma responsabilidade mais da assistente social, mas nas segundas à tarde a assistente social e alguém da equipe (Psicóloga ou a enfermeira) tem reunião mensal com o Centro Pop e com a Passarela. No momento são esses dois serviços que a gente tem reuniões fixas de discussão de casos, compartilhamento do cuidado. (Profissional do CnaR)

A articulação ocorre majoritariamente de maneira “pessoa centrada” ou “serviço centrado”. Ou seja, a possibilidade de promover espaços de discussão intersetorial é condicionada pelo modelo de atenção vigente em cada serviço ou pela visão de cuidado que o coordenador do serviço/projeto possui, priorizando articulação com determinados serviços em detrimento de outros.

Eu acho que os CAPS são os serviços que a gente tem mais facilidade de articular, mas posto de saúde e UPA [Unidade de Pronto Atendimento] eu vejo que são serviços muito mais tradicionais do ponto de vista do modelo de atenção [à saúde] e a gente tem que matar um leão sempre pra conseguir garantir o acesso, pra conseguir chegar num médico, num enfermeiro, em uma equipe para discutir um caso, né?! Seria tão importante a gente ter um acesso mais facilitado à UPA, inclusive pra

usar a UPA como estratégia de proteção ou de acolhimento de noite, né, por que o consultório na rua e os centros de saúde fecham às 17h. [...] Então eu acho que é bem difícil por ideologia mesmo, o entendimento político-ideológico é diferente. O CAPS é mais fácil, mas a gente não tem nada institucionalizado de articulação com os CAPS - não temos reuniões fixas. Acho que a gente poderia ter estratégias de trabalho em conjunto... (Profissional do CnaR)

O fato da articulação depender de ações individuais da coordenação ou de algum técnico do serviço dificulta a compreensão do seu funcionamento por parte dos profissionais de outros pontos da RAS e, até mesmo, dos usuários do serviço.

“A gente tem uma dificuldade grande porque cada território funciona de um jeito. Então, em alguns centros da Saúde a gente tem um diálogo melhor, [...] Alguns distritos a gente consegue fazer essa articulação melhor, usuário tá indo pra vocês agora, recebam ele’, porque se a pessoa não é acolhida lá direito, ela acaba voltando [sic]”. (Profissional do CAPS AD)

Um dos efeitos da articulação entre os serviços funcionar no formato “pessoa centrada” é a sobrecarga de trabalho aos coordenadores dos serviços, conforme relata o profissional de um dos CAPS entrevistados:

“Eu me divido um pouco na gestão, um pouco na assistência e tento estar nos espaços também de controle social, como a Frente Parlamentar de Saúde Mental, a CISM [COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL], estou dialogando com os outros coordenadores, os outros movimentos. A própria Associação Alegre Mente [de usuários e familiares da saúde mental], a gente tem tentado um diálogo mais próximo para inserir os usuários do álcool e drogas também nessa associação, né, que acaba tendo um certo rechaço, assim, um certo preconceito dos outros dos usuários. A gente tenta ir desmistificando isso como um todo dessa cultura de marginalização do uso de álcool e outras substâncias.” (Profissional do CAPS AD)

Outro efeito da articulação ser pessoa ou serviço centrada, sem a coordenação da gestão de saúde mental, é a interrupção dos encontros em casos de mudanças de coordenação dos serviços ou do técnico responsável por articular os encontros, conforme relatado na entrevista com o/a profissional de outro CAPS AD:

“A gente tinha uma reunião que eu amava. Foi criada pela Joana (nome fictício), minha colega do Monte Cristo, ela tinha experiência no CAPS Ad Ilha, então a gente criou, juntas um espaço para realizar reuniões e discussão de casos juntando OS CAPS AD (Ilha e Continente), o CAPS Ponto do Coral, o CAPS i e as equipes do CS do Monte Cristo, são

cinco, seis equipes. Mas não quer dizer que a gente discutia só os casos do Monte Cristo, acabava discutindo outros, podia propor o caso a qualquer um dos equipamentos, e aí a gente discutia, só que acabou.” (Profissional do CAPS AD)

No que diz respeito à falta de suporte da gestão de saúde mental do município, o/a profissional do CAPS AD relata que

“Muitos protocolos vieram e foram discutidos. A gente acaba, quando algumas coisas não dão certo, a gente - nós e Atenção Primária em Saúde - sente muito essa pressão, né, do que, por exemplo, quando a gente tem uns usuários que estão leve e moderado, como a gente tem dificuldade de encaminhar essas pessoas, a gente tem dificuldade da alta do CAPS, né, entendendo que ele é para o momento em que você está em crise, está pior, mas que você não vai ficar a vida toda assim, ruim, né, que vai ter um momento que vai poder acessar o serviço, porém, a gente não tem esses serviços estruturados e acaba a pessoa sobra ficando no CAPS mesmo.” (Profissional do CAPS AD)

Ainda no formato “pessoa centrada”, o consultório na rua de Florianópolis destaca-se articulando-se com o curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. A articulação entre a universidade e o consultório na rua revela um espaço de formação e reflexão crítica sobre a oferta dos serviços.

“eu tenho uma estagiária da graduação [...] a universidade tá entrando com sabonete, shampoo. É um kitzinho... eu chamo de um kit saúde... Ah! E a universidade também tá botando água - uma garrafinha de água - e um... daqueles sachezinhos de doce de leite. Então pela parceria com a universidade o kit já tá mais qualificado e é super importante, né?! O objetivo é que o kit seja uma ferramenta de abordagem e, então, daquele kit fornecido eu posso produzir um atendimento... eu posso produzir uma demanda para equipe, posso acionar o serviço intersetorial: o Resgate Social, o Centro Pop.” (Profissional do CnaR)

O consultório na Rua busca, ainda, articular-se com os serviços de outros níveis de atenção à saúde construindo novas atividades de cuidado e acompanhamento do usuário, como o exemplo da atividade chamada de “Rua na Rede”. O rua na rede é uma ação desenvolvida uma vez por semana pelo CnaR de Florianópolis, onde a equipe do CnaR faz visitas às pessoas em situação de rua internadas nos hospitais localizados no município, com objetivo de fortalecimento de vínculo entre a equipe do serviço e usuário e articulação da RAPS.

“Ao visitar os hospitais a gente conhece muita gente nova, daí é o momento da gente se apresentar... apresenta o serviço, conhece a pessoa e já fica como uma referência pra quando ela sair de alta, né?! Para ela pelo menos ter uma diretriz de a quem recorrer, onde procurar a continuidade do seu tratamento. [...] A gente vai lá pra visitar, pra dar oi, pra saber como estão e eles adoram. Tem gente que chora, tem gente que se acha super importante porque está recebendo uma visita da doutora. Então tem um objetivo subjetivo muito importante a visita, né, pra eles, mas também tem um objetivo de articulação de rede porque a gente sempre visita primeiro as assistentes sociais dos hospitais, a gente atualiza planilha...quem entrou, quem saiu, como que tá, qual é o plano... então a gente também tenta fazer um trabalho colaborativo com o serviço social dos hospitais nessas visitas do Rua na Rede” (Profissional do Consultório na Rua)

Há que se ressaltar, porém, a dificuldade encontrada pelo serviço em realizar o rua na rede devido ao modo de funcionamento das instituições em cada nível de atenção.

“A articulação com a saúde é mais difícil. [...] Acaba que os hospitais são estaduais ou federais, como é o HU [Hospital Universitário], então sai do nível dos serviços do município, né?! É outro sistema, são outras pessoas. Então o fato de ser do município ou estado já tem outras barreiras, né, que não teriam aqui, articulando com os postos de saúde, com uma UPA, com um CAPS. Mas, então, o rua na rede é uma tentativa de articulação com a saúde e mesmo assim não é redonda, não acontece certinho toda semana. É bem difícil por que o fato da gente ir lá visitar, a gente tá tentando acompanhar o processo de internação dele né, [entender] qual foi o diagnóstico, qual foi a medicação, pra onde que vai... Vai voltar pra rua? Vai voltar pra rua com gesso na perna? Com gaiola no braço? Vai voltar pra rua com remédio controlado receitado? Ou vai pra algum lugar, como a Passarela da Cidadania ou um abrigo? Então a gente tenta produzir isso junto com o serviço social do hospital, mas, pra ser sincero, nem sempre dá certo.” (Profissional do Consultório na Rua)

A articulação se demonstrou mais organizada e orgânica entre serviços do mesmo setor ou de diferentes setores, mas que trabalham com um mesmo público.

“A gente trabalha muito mais organicamente e intensivamente com a Assistência Social do que com a própria Saúde. É gritante, assim, né. Acho que tá muito mais envolvido com Passarela da Cidadania, Centro Pop, Resgate Social do que com os próprios serviços de saúde. Considerando que o Consultório na Rua é uma equipe de saúde que serve pra facilitar o acesso da pop rua à rede de saúde, né, mas infelizmente o fato de existir um consultório na rua, na maioria das vezes ele não se torna um facilitador do acesso, ele se torna uma exclusividade do acesso.” (Profissional Consultório na Rua)

“Eu tenho alguns colegas que também são coordenadores de outras comunidades que iam me visitar. A gente faz isso né, a gente visita

outras comunidades para saber como está o trabalho ou como é o trabalho de cada um. Muitas vezes a gente troca experiências, às vezes tem algo que tá dando certo lá pra ele e eu posso trazer pra mim também e da mesma forma comigo.” (Profissional da AMINC)

“Quando eu tenho algum caso que eu quero acionar o CAPS, ou vice-versa, a gente consegue acesso, eu consigo falar com os profissionais, consigo falar com a coordenação do serviço, acompanho o usuário no serviço e entro no atendimento junto... então, assim, tem uma facilidade de cuidado junto com o CAPS, mas nada institucionalizado ainda. Acho que a gente pode avançar nisso.” (Profissional do CnaR)

Dentre os serviços executados por OSCs, o Resgate Social demonstrou-se um serviço de destaque nessa categoria de análise. Isso porque o Resgate Social tem como um dos seus objetivos a articulação entre os serviços para garantia do acesso dos usuários.

“A nossa principal função é articulação com outro serviço, né. O nosso trabalho é viabilizar o direito da população em situação de rua, então, parte dessa viabilização é a gente articular com os serviços. O Centro Pop, que é o Centro de Referência Especializado à População em situação de Rua, é o nosso principal contato, tem os serviços de saúde, hospitais, UPAs, Centros de Saúde, que a gente também consegue realizar ali os encaminhamentos dependendo da avaliação dos técnicos da saúde [sobre] qual serviço essa pessoa precisa ser encaminhado. Tem alguns encaminhamentos que a gente também faz para espaços de acolhimentos, para albergues. Muitas vezes esses encaminhamentos precisam de um exame prévio, como protocolo do serviço mesmo, e para este exame ser realizado a gente precisa tá ali articulando com os serviços da saúde. Tem o CAPS também, né, que é o principal para pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, que é os CAPS ADs. Também existe uma articulação com o Consultório na Rua, né, que é o que faz o serviço também ali da população em situação de rua. E como nosso público é o mesmo, muitas vezes a gente precisa tá ali articulando uma questão que a gente tá atendendo de um mesmo usuário, né?! Existe também contato com os CRAS [Centro de Referência em Assistência Social], por mais que a gente não trabalhe diretamente com os CRAS, se existe uma pessoa ou uma família em situação de rua que vai até esse serviço buscar um atendimento e por o CRAS entender que não é o público deles, eles também entram em contato com a gente. Existe uma articulação para atendimento e verificar as possibilidades de encaminhamentos para essas pessoas.” (Profissional do Resgate Social)

Por ter como um dos seus objetivos a articulação entre os serviços que atendem as pessoas em situação de rua, o Resgate Social tem papel importante na estruturação do trabalho intersetorial, na medida em que lida diariamente com os gargalos no acesso das pessoas em situação de rua à RAS. A participação ativa do Resgate Social nas reuniões intersetoriais gera um importante potencial

de contribuição para a organização da rede de serviços que atendem as pessoas em situação de rua.

“Também existem alguns encontros mensais entre os serviços, né, que atendem a população em situação de rua. Eu nunca participei porque é um serviço que geralmente alguns técnicos que participam, de preferência os assistentes sociais, né. É um encontro para discutir algumas situações, alguns casos e as possibilidades de encaminhamento para determinados usuários que são abordados durante as discussões. Geralmente participa a coordenação do Resgate Social com algum técnico, geralmente um assistente social. É [espaço importante] importante porque existe um certo alinhamento, principalmente na questão dos encaminhamentos.” (Profissional do Resgate Social)

Nesses espaços, além de buscar corresponsabilizar a atenção e o cuidado, identifica-se algumas ausências de serviços na rede - que ainda precisa ser melhor estruturada.

“As vezes tem uma questão de saúde um pouco grave e nossa primeira opção de trabalho seria [o acolhimento na] casa rosa, mas a própria casa rosa, muitas vezes, não tem equipamentos necessários e equipe qualificada para atender, por exemplo, situações de pessoas com deficiência, né, e algumas deficiências específicas. Então, também existe... como eu posso te dizer... a percepção da necessidade de o [município] ter uma casa de acolhimento para pessoas [em situação de rua] com deficiência, então ainda é um serviço em construção e mapeamento também.” (Profissional do Resgate Social)

Lamenta-se, entretanto, que essa reunião mais institucionalizada tenha como participantes apenas representantes dos serviços do Consultório na rua, do Centro pop, da Passarela da Cidadania, de Casas de Acolhimentos e do Resgate Social. No campo da atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, ainda carece a institucionalização de reuniões intersetoriais.

Nas Comunidades Terapêuticas entrevistadas, a dinâmica de trabalho articulado não ocorre em encontros frequentes para discussão de casos, mas através de convites para que outros serviços sejam oferecidos preferencialmente dentro do espaço

“Se tem muitos acolhidos aqui que necessitam, né, às vezes entra uma leva assim de 5, 6, né, aí eles não têm benefícios, não tem, a gente entra em contato com o CRAS, que faz visita técnica aqui dentro, né. [...]

Então, é serviço de saúde, a gente faz, né, acompanhamento com a UBS, a gente tem também a UBS da Enseada de Brito. Que é aqui nos auxilia com a questão de medicação, de receita médica, né, que a gente tem que renovar. Então, a gente tem medicação aqui pra eles, né, é todo um cuidado com essa questão da medicação, porque a gente entende o quanto isso é importante também, né, no tratamento deles estarem bem. [...] A educação também, porque a gente tem várias palestras, a gente faz ciclos de palestras aqui na comunidade [...], desde quando a gente começou, a gente traz pessoas conhecidas nossas, muitas vezes a gente procura, vai atrás, olha, você poderia fazer uma palestra pra gente, né, o que você acha? (sic) [...] a gente fala sobre educação financeira, já veio a SICREDI aqui, falar sobre isso. A gente fala sobre recursos humanos, como se comportar numa entrevista, então já veio uma pessoa do RH, né, de uma empresa para vir conversar sobre isso. Então a gente tem assim, ações do Setembro Amarelo, a gente tem o pessoal do IFSC [Instituto FEderal de Santa Catarina] que vem aqui, o pessoal da Enfermagem, a gente fala um pouquinho sobre saúde mental. [...] A gente teve um dentista falando sobre a questão da higiene bucal, da importância disso, inclusive a gente fez uma parceria, né, com uma faculdade para poder realmente levá-los e os alunos fazerem todo o processo, assim, desde limpeza até próprio tratamento dentário, se for necessário.” (profissional da CT NURREVI)

Ressalta-se que a intersectorialidade tem como objetivo a corresponsabilização do cuidado, visando favorecer o trabalho longitudinal. Pontos da rede entendidos como importantes para que isso de fato aconteça foram apontados como agentes dificultadores do trabalho articulado, a exemplo dos centros de saúde. Entretanto, ressalta-se aqui uma limitação própria desta pesquisa, que é a não inclusão dos CS de Florianópolis, o que impediu o aprofundamento da compreensão desse fenômeno.

5.1.3 Autonomia no processo de cuidado

A polissemia do conceito de autonomia foi percebida nas entrevistas com os profissionais dos serviços e projetos, na medida em que cada espaço compreende e lida com a construção da autonomia de uma forma.

Na percepção dos profissionais das comunidades terapêuticas entrevistadas, a autonomia é compreendida como a possibilidade de escolher as atividades diárias pré-estabelecidas pelo serviço, à exemplo da laborterapia, ou no respeito ao cuidado com a própria estética/identidade visual do usuário.

“[Os usuários] têm muita autonomia. Até a questão, por exemplo, que eu vejo em outras comunidades, em que todo mundo tem que ter a barba feita, aparada, aqui não. Aqui a gente já teve um senhor acolhido que tinha barba enorme e não queria tirar, a gente foi fazendo todo um trabalho com ele de auto estima, da importância da higiene e partiu dele a vontade de cortar um pouco a barba e foi tirando aos poucos. Então é algo que é construído com eles, então eles tem, sim, muita autonomia para cuidar tanto das coisas deles, por exemplo, um acolhido que adora fazer trabalho manuais e pediu para colocarmos nisso, então a gente vai lá e insere ele nesse processo. Até porque a gente entende que se eu ficar nesse local que eu to mega irritado, que eu não quero tá ali, logo de início eu vou sair correndo. Então a gente tenta observar cada indivíduo na sua singularidade para poder auxiliar nesse processo” (Profissional da CT NURREVI)

“A autonomia que o acolhido acaba tendo é de poder desenvolver seu próprio talento. Se a pessoa tem o talento com serralheria, a gente buscava parceria pra ele mexer com solda, com poste, com ferro, construir alguma coisa. Se ele tivesse talento na pintura, a gente buscava parceria para ter materiais e disponibilizar pra ele, né, então o acolhido, de fato, tem autonomia de fazer aquilo que ele quiser, claro, dentro das regras. Não pode quebrar regras. Não pode fazer uso de nenhum tipo de substâncias, de maneira nenhuma, não pode sair de dentro dos limites do sítio, mas ele tem autonomia de fazer tudo que quiser dentro das normativas e dentro dos horários, ne, obviamente, mas tem autonomia total. Inclusive, até de ir embora, ne, se ele quiser ir embora a gente não pode segurar a pessoa no sítio, na casa, a gente precisa liberar essa pessoa” (profissional do AMINC).

No que diz respeito às possibilidades de construção coletiva das normas institucionais de convivência em cada espaço, apenas um CAPS AD, destacou-se ao resgatar assembleia de usuários para discussão sobre a convivência e funcionamento do serviço.

Com o retorno da Assembleia a gente discute muito essa coisa, nos projetos terapêuticos de melhorias do serviço, de como é que eles opinam bastante agora na Assembleia, que são terças-feiras [...] A gente percebe que faz diferença, eles conseguem participar mesmo da rotina e das mudanças que precisam ser feitas, avisos. Claro que quando tem alguma coisa que é muito fora do que seria factível, a gente explica os motivos, nem tudo também dá pra fazer, né? [...] Eu acho que eles estão no processo de adquirir essa autonomia, não posso dizer que é um caminho que já foi atingido, mas assim, eu acho que eles estão num processo de entender que eles são, pelo menos assim, nos espaços que eu estou, eu não consigo citar em todos, claro, mas quando a gente entra nessa discussão, nas nossas reuniões, nos grupos que eu estou, quando tem espaço em que eu estou, eu estimulo essa coisa de que eles precisam ser protagonista desse cuidado, que só funciona se eles participarem também, para fugir desse modelo prescritivo o máximo que a gente conseguir, né, porque quando eu cheguei ali no CAPS, eu ouvia muito de alguns profissionais que eles precisam de limites. Não é uma coisa de disciplinar como se fosse, sei lá, uma escola, um jardim de infância, entendeu? O processo é outro.” (Profissional do CAPS AD)

O outro CAPS AD já realizou assembleia, mas devido às relações de poder existentes no serviço e alguns conflitos que a equipe já presenciou, deixou de realizar.

A gente não deixa, a equipe não deixa, é muito assustador. Assim como é assustador para a gestão que a gente se reuna, é assustador para a gente que eles tenham essa autonomia. A gente já teve mais [assembleias], no passado a gente já conseguiu mais, mas aí como eu te disse, muitos [profissionais] se acomodaram, é muito cansativo mesmo esse cuidado, mas muitos foram para esse viés que eles [os usuários] são os inimigos, e aí eu tenho que me armar [sic]. E aí, cara, foi quando eu enlouqueci e falei que o dia que eu tiver que me armar eu não trabalho mais aqui. (Profissional do CAPS AD)

Ainda sobre as assembleias, o/a profissional do Consultório na Rua entrevistado/a reconhece a importância da realização de espaços de discussão coletiva, apesar de não promover.

“Infelizmente eles não têm muita função dentro do serviço, no sentido de que eles vêm ao serviço para serem atendidos. Até porque a gente é um serviço sem paredes, né... Eu pensei assim... numa assembleia de CAPS, por exemplo, ou numa atividade em grupo... então assim, não é... ah! Nada a ver não ter parede, né, não e por que [o serviço] não tem parede que não poderia ter uma assembleia... eles poderiam ter uma função de construção e de colaboração do serviço, né?! Não tem. Vou ser direto: não tem. Eles vêm ao serviço para trazerem atendidos.” (Profissional do CnaR)

Em rede, alguns técnicos promoveram encontros em que foi apontada a autonomia dos usuários como aspecto importante para pensar as políticas de cuidado em saúde.

“Já tivemos em 2018 e [20]19 - enquanto eu e minhas colegas do Centro Pop, a gente coordenou a rede rua... acho que a rede rua foi uma estratégia do usuário ter função no serviço porque ela tinha momento de discussão de casos com os serviços, mas tinha momento aberto (o segundo momento da reunião), que era momento de formação, era momento de construção de ações em conjunto e tinha um caráter político-organizativo, tanto que a gente fez por dois anos (2018 e 2019), o dia nacional da população de rua com atividade da rede rua, a gente articulou com a defensoria [pública] para tentar barrar o roubo dos pertences como uma atividade da rede rua; e nisso tudo os usuários, se não estavam presentes estavam convidados.” (Profissional do CnaR)

Nas CTs entrevistadas, as normas institucionais são pautas de discussões em alguns momentos, mas por serem serviços com funcionamentos mais rígidos, dificilmente suas regras são alteradas por demandas dos usuários.

“As regras a gente muda quando necessário. Quando a gente vê que aquela regra ali não tá suportando determinada situação e precisa de reajuste. Então a gente, enquanto equipe, vai observando e trocando. Mas não há uma rotina específica para mudança.” (Profissional da CT NURREVI)

No que diz respeito à compreensão de autonomia como autocuidado, os serviços também mostraram diferentes percepções, apontando a complexidade da promoção de autonomia para usuários que vivem em vulnerabilidade.

“Ai ai ai... depende. Uns [tem autonomia] sim, outros não. Não dá para responder essa pergunta de forma genérica. Não vou te dizer que, sim, tem autonomia, mas também não vou dizer que, não, não tem autonomia. Acho que depende de cada um, tem uns que tem, tem outros que não. [...] A população de rua é tão heterogênea quanto [qualquer] ser humano, né?! Tem de tudo. Então tem aqueles que estão organizados, que sabem que toda quarta de manhã a gente tá na praça e que conseguem vir até nós, né?! E tem aqueles que não, que estão ou no uso prejudicial muito intenso, que não saem do mocó e esquecem de comer e dormir e de se cuidar, né?! Que daí o serviço tem que ir até eles... e mais de uma vez, em dias e horários diferentes, né?! Esse, por exemplo, do curativo que eu falei, é um que tava pra perder a perna, com a perna necrosando, e ele passa aqui do ladinho do posto pra subir o morro e pegar a pedra, mas não vem fazer o curativo aqui. Se a gente não vai até ele, ele perde a perna necrosada. Então esse é um que o serviço tem que ir até ele em diferentes horários, em diferentes dias... porque um dia tá, no outro dia não tá. Então pode ter isso, né, de a não autonomia desde o uso prejudicial de álcool e outras drogas ou alguma limitação cognitiva, [em que] não adianta marcar hora pra alguém que não atina, em termos cognitivos... é... aí são várias limitações que podem estar presentes.” (Profissional do CnaR)

Na CT NURREVI, os usuários que fazem uso de psicotrópicos não podem ter sob sua posse os medicamentos.

“Esse cuidado com a medicação também é tudo chaveado, né, não tem acesso a eles, é a equipe técnica que disponibiliza semanalmente a quantidade X de medicações pra gente acompanhar, se tomou, se não tomou, tudo é registrado” (profissional da CT NURREVI)

Por fim, o relato obtido pelos dois profissionais entrevistados(as) do Projeto Resgate Social, que trabalha com atendimento às pessoas em situação de rua,

corroborar com os autores ao apontar a complexidade existente no processo de construção da autonomia.

“Acho que essa questão da autonomia, ela é muito mais forte nos usuários que a gente acompanha há algum tempo, né, porque todo dia tem uma pessoa nova em situação de rua. A gente tem a contagem, os dados e boa parte das pessoas, ali, são novas pro serviço, nunca foram atendidas pelo serviço. Não sei precisar o percentual agora, mas é uma parte importante. E geralmente, pelo que a gente observa, os usuários que são acompanhados há algum tempo, possuem maior autonomia, né, por causa dessa construção que a gente fez com eles mesmos, né... orientações sobre os serviços. Então, eu acredito que isso seja muito importante também porque o usuário, se a gente acompanha há muito tempo, ele conhece o serviço, ele sabe pra que serve cada serviço e isso é fundamental, justamente para a questão da garantia do direito. [...] A gente também não pode esquecer que a própria falta de acessos a direitos básicos, cuidados básicos, elas dificultam também a autonomia dos usuários, né? No mínimo não tem um espaço de moradia, não tem uma casa onde possa guardar seus documentos, porque mesmo os que têm autonomia, eles ficam com esse documento com eles, porém, em algum momento, em situação de rua, pode molhar essa documentação, pode perder, então são situações que também dificultam a autonomia deles.” (profissionais do Resgate Social)

5.1.4 Direcionamento Técnico-institucional

Desde 2010 a prefeitura Municipal de Florianópolis disponibiliza aos profissionais e à comunidade um Protocolo de Atendimento em Saúde Mental. Através dele é possível conhecer os pontos da Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis e seus recursos terapêuticos, bem como a forma de acessá-los.

De acordo com o documento, os profissionais de saúde mental da APS trabalhavam no modelo de apoio matricial através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), extinto a partir da Portaria nº 2.979, de novembro de 2019, e da Nota Técnica nº 3/2020, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, que, em síntese, modifica o modelo de financiamento da APS, através do Programa Previne Brasil. A partir de então, os profissionais de saúde mental da APS passaram a compor as equipes multiprofissionais na APS, denominadas de Emulti. Em 2024, o Programa Previne Brasil foi extinto, sendo alterado, novamente, a metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme portaria nº 3.493, do Ministério da Saúde.

Sobre os impactos no funcionamento dos serviços gerado pelas transformações na política e pela falta de orientação da gestão municipal, o/a profissional de um dos CAPS AD entrevistado, refere que

“Eu acho que, assim, a gente está tendo um protocolo muito velho, né? O nosso protocolo é de 2010, eu acho, em saúde mental, que varia essa parte de juntar os serviços e criar uma linha, ser cuidado, né? Então, a gente teve um momento que tinha o NASF, né? Daí articulava os serviços de médico da cidade com a atenção primária. Depois do NASF, foram dois anos tentando estruturar a eMAESM (Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental) que agora acabou. E agora tem a E-multi, que após 9 meses, agora que a gente está recebendo um protocolo. Eu acho, eu usei muito o termo dizendo que a RAPS é meio Frankenstein, assim, sabe? Que está estruturado o braço, daí. Uma perna, daí uma cabeça, um olho. Não é criado uma RAPS com a mesma costura, as linhas de cuidados mudam muito. Por exemplo, você vai falar com profissionais de CAPS, é uma coisa, você vai falar com profissionais de outro CAPS, é outra coisa. Nem os CAPS conseguem ser homogêneos, na linha de cuidado. E quando você passa para tratar com eMAESM, Emulti, NASF, já outra linguagem, outras prioridades. Quando passa para a Atenção Primária também estão outras prioridades. Então eu acho difícil, sabe? Porque essas funções são muito em nichos, junta os psiquiatras para fazer o protocolo do que vai ser a Emulti, mas aí não chama nenhum psiquiatra de CAPS para ele participar disso. E assim, num momento ou outro, às vezes os usuários acabam saindo da Atenção Primária e vão para a Média Complexidade, para um CAPS, e aí ficam soltos, dependendo de uma outra lógica, outra linha de cuidado. Eu acho que isso de discutir a linha de cuidado de cada um no seu nicho dificulta bastante. E acho que não ter ainda um protocolo atualizado que seja comum dificulta também. Precisa ser discutido o cuidado sobre como o usuário vai circular em toda a RAPS.” (Profissional do CAPS AD)

Ainda de acordo com o protocolo de atenção à saúde mental, o fluxo de atendimento em Saúde Mental AD segue as seguintes diretrizes: primeiro atendimento em UBS de referência, em caso de necessidade, é acionada a equipe de apoio (atualmente eMulti), que verificando a necessidade de cuidado intensivo encaminha o usuário para atendimento no CAPS AD mais próximo da sua residência ou local de permanência, para pessoas em situação de rua. Ressalta-se que os CAPS também fazem acolhimento e que, portanto, havendo necessidade o usuário pode buscar o atendimento diretamente no CAPS. Após a estabilização do quadro e cessando a necessidade de acompanhamento intensivo, o usuário é acompanhado pela eSF na sua unidade básica de saúde.

Para facilitar a compreensão do fluxo, Florianópolis disponibiliza para o médico regulador e os profissionais da APS um protocolo de acesso à Psiquiatria, datado de 2017. Nele a classificação é descrita em **Atendimento Eletivo**, onde, à

priori, não deve ser agendado consulta com especialista, sugerindo discutir o caso em matriciamento com a equipe de apoio (Qualificação da demanda para eventual regulação, se necessário; Estabelecimento/alteração do projeto terapêutico singular de determinado usuário/família; Dúvidas quanto a efeitos terapêuticos/adversos de psicofármacos em uso; Questões não contempladas pelo PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis); **Atendimento de Prioridade Não Urgente** (Avaliação especializada com vistas a esclarecimento diagnóstico; Necessidade de avaliação a situações em que há ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas farmacológicas eficazes por, pelo menos, 8 semanas cada; Necessidade de reavaliação quando as condutas sugeridas pelo especialista foram realizadas, mas não houve a resposta esperada; Avaliação quanto à necessidade de intervenções especializadas, após terem-se esgotados os recursos da Equipe de Saúde da Família; conforme indicação do PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis); **Atendimento de Urgência**, onde é necessário o encaminhamento para os CAPS do município, conforme a especificidade, faixa etária e referência territorial. Caracterizado pela necessidade de atendimento urgente no mesmo dia, ou nos próximos dias, sem risco iminente à vida, tais como: Risco de suicídio (quando houver suporte sociofamiliar capaz de conter o risco); Risco de auto ou heteroagressão (quando existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco); Transtornos mentais graves e/ou associados ao uso de álcool e outras drogas com necessidade de intensificação de cuidados; Transtornos mentais graves e/ou associados ao uso de álcool e outras drogas em situação de intensa vulnerabilidade social (em situação de rua, frágil rede de apoio familiar/social); Situações de crise e/ou urgência em saúde mental, álcool e outras drogas que demandem avaliação especializada em período inferior a sete (07) dias; e **Atendimento de Emergência**, em que é necessário realizar o encaminhamento imediato à porta de entrada de urgência mais próxima, como as UPAs e Portas Hospitalares de Atenção às Urgências, conforme a especificidade e faixa etária. Caracterizado pela necessidade de atendimento imediato, em que há risco iminente à vida, tais como: Tentativa de Suicídio; Risco de suicídio (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco); Risco de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);

Intoxicação aguda grave por álcool, cocaína, anfetaminas, drogas sintéticas; Síndrome de Abstinência de Álcool (grave); Necessidade de desintoxicação hospitalar; Alterações de comportamento associadas à diminuição do nível de consciência (Crises Convulsivas, Delirium, TCE, AVC). Ao final de 2023, o protocolo estava sendo revisado pelo Conselho Municipal de Saúde, com previsão de entrega para a sociedade em 2024.

A RAPS funciona e é construída de forma dinâmica, por isso é preciso que o protocolo de atendimento em saúde mental seja reavaliado constantemente, buscando dar conta das necessidades locais de cada território. Nas entrevistas foi possível perceber a dificuldade que os profissionais de saúde mental têm de compreender a linha de cuidado devido, também, a desatualização do Protocolo de Atenção em Saúde Mental de Florianópolis-SC.

O problema evidenciado nos CAPS se torna, para o Consultório na Rua, um desafio ainda maior, pois se acrescenta à falta de direcionamento técnico-institucional a ausência de uma coordenação de equipe.

“Não existe um direcionamento técnico-institucional que venha como algo consolidado da gestão. Ao contrário, nesses 11 anos de consultório na rua, do ano passado pra cá que a gente tem provocado a gestão da saúde de olhar por nós. Inclusive, tecnicamente, né, porque, querendo ou não, o trabalho em equipe é sempre um desafio e – reitero o que falei: acho que é uma equipe que tem um olhar humanizado, mas somos pessoas diferentes, de formação diferentes e existem divergências, como em qualquer trabalho em equipe. Então, assim, no fim das contas, se eu concordo ou não tanto faz por que eu vou lá e faço do meu jeito. Falando bem por mim mesmo porque eu sou bem assim, mas não só eu, justamente por não ter um direcionamento técnico institucional, a pessoa faz como quer, quando quer e do jeito que quer, né?! O que é ruim pro trabalho em equipe, para coesão da equipe, para vivência em equipe, né?! A gente não tem uma coordenação do serviço, coisa que eu sinto falta desde que eu entrei [no consultório na rua], né?! Acho que a coordenação do serviço é que garantiria esse direcionamento técnico institucional e todo o manejo da equipe. Então a gente não tem a coordenação e qualquer treta que der dentro da equipe, a gente ou se mata ou se salva junto, né, não tem ninguém por nós. E, da mesma forma, a direção técnica do serviço, se não tem também, tô nem aí e vou fazer do meu jeito mesmo assim.” (profissional do CnaR)

No âmbito do direcionamento técnico institucional, a coordenação das equipes exerce um papel fundamental no direcionamento das ações de cuidado específicas de cada serviços, do manejo das relações interpessoais, na

orientação aos profissionais sempre que necessário e na construção de espaços de discussão intersetorial e atendimento articulado.

“A gente tem a orientação da nossa coordenação, né. A nossa coordenação está sempre ali bem presente quanto às orientações em determinadas situações. [...] Então, a gente tem a ética que rege nossa profissão e nosso conhecimento alinhada com a orientação da nossa coordenação; e a gente também sempre busca tá estudando, né, sobre nosso serviço e sobre a população em situação de rua e o que a gente pode fazer sobre construção de vínculos com eles para verificar as possibilidades de encaminhamento. [...] A orientação da coordenação é sobre um fenômeno em si, né, porque cada fenômeno se apresenta de uma forma diferente. Cada usuário apresenta uma situação diferente e, às vezes, quando a gente precisa de suporte a coordenação sempre está ali para orientar a nossa equipe, né.” (profissional do Resgate Social)

A equipe de um dos CAPS AD chegou a elaborar uma carta aos usuários descrevendo questões específicas ao funcionamento do serviço.

“Temos uma carta aberta aos usuários. A gente ajudou a escrever e planejar. Só que a gente não tem conseguido colocar em prática, como eu te disse, a visita domiciliar ou algumas ações, a gente até conseguiu, mas é assim, é muito no telefone, muito no celular, sabe? Mas existe e agora é cobrar que a coordenação faça. (profissional do CAPS AD)

No que diz respeito aos direcionamentos que regem o trabalho das CTs, foi possível observar uma forte influência de uma lógica meritocrática e de viés religioso nas ações e, no caso específico, da NURREVI, foi citado também normas que regulamentam o trabalho das Comunidades Terapêuticas no Brasil.

“A gente é um segmento cristão, somos um segmento cristão e cremos no poder de Deus, de Jesus Cristo, e a cura, no milagre através do poder de Cristo. Mas, o que acontece: não vem milagre... como eu costumo dizer: não é de graça, é pela graça, nada vem sem esforço. Então a maneira de abordar era, além da palavra pregada sobre mudança, transformação - além desses pontos, que pra mim é o mais importante, na realidade, porque é através da palavra a pessoa começa a ter questionamentos e isso faz a pessoa se questionar e ver o que tá fazendo com a própria vida e como eu posso mudar isso. [...] Fora essa parte que é espiritual, vinha a parte, é... com eu vou dizer... é... a parte didática! Então eu fiz alguns estudos, alguns cursos sobre substâncias psicoativas, sobre prevenção à recaídas, como acontece as recaídas e quais são os gatilhos. Como a pessoa leva passo a passo até ter uma recaída e tudo isso era abordado em reuniões e palestras, né, semanais... Então tinha essa parte que trazia pra ter uma consciência pra pessoa de que realmente a droga vai causar um dano na parte física, emocional e psicológica, né. Aí a forma que a gente traz é pra pessoa se conscientizar e entender muitas vezes o que tá fazendo com o próprio corpo e que essa prática traz um todo, né, no seu convívio social, no seu convívio familiar. Pra gente conseguir abordar de maneira que a pessoa

tenha um despertar, uma mudança de pensamento em relação à própria vida e o uso de substância.” (profissional do AMINC)

“Tem a lei RDC nº 29, que nos rege a questão da Comunidades Terapêuticas, né, então a gente tem vinculação com o CONEM, o Conselho Nacional, o COMAD, que é o Conselho Municipal de Política de Drogas. Então, a gente, o que nos rege são esses equipamentos assim, né. A lei, o Conselho, o COMAS é quem nos auxilia no direcionamento, né, do que é o trabalho da comunidade terapêutica, o que a gente faz, como que a gente faz. Claro que cada processo é singular, né, a gente vai adaptando às nossas realidades aqui, mas a base é essa.” (Profissional do NURREVI)

Por fim, é importante ressaltar um apontamento feito pelo profissional de um dos CAPS AD sobre a importância de construir espaços de supervisão técnico institucional em parceria com universidades, a fim de qualificar os atendimentos.

“Falta ainda ser priorizada a supervisão técnico-institucional. Tá muito pautado em a gente - o serviço - ir atrás de fazer parcerias, como o [CAPS] Ponta do Coral fez com [a faculdade] CESUSC. Eu acho que isso é muito importante porque isso daria um direcionamento no cuidado né, mas realmente acho que a gente funciona muito no modelo “pessoa dependente”, então você depende de como é o perfil de cada coordenador do serviço.” (Profissional do CAPS AD)

5.2 Transformações no processo de cuidado

A Rede de Atenção Psicossocial é dinâmica. A forma do seu funcionamento multifatorial, sendo afetado tanto pelo modelo de atenção à saúde dos profissionais que nela trabalham, quanto pelas prioridades políticas das gestões dos serviços ou pela disponibilidade de recursos humanos e qualidade das estruturas e equipamentos, ou, ainda, pelo modo de vida dos usuários e seus conhecimentos sobre a rede e por mudanças nas políticas de saúde nas diferentes esferas governamentais.

A lista é grande, mas, nesta pesquisa destacou-se a instabilidade de recursos humanos e materiais disponíveis, mudança de endereço dos serviços, realocamento de profissionais e outros fatores associado à pandemia da COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, que impactaram diretamente ou indiretamente a atenção e o cuidado psicossocial das pessoas que fazem uso de substâncias.

A pandemia da COVID-19 agravou as desigualdades sociais no Brasil (THE WORLD BANK, 2022). Santos *et al* (2020) apontam que em tempos de pandemia as desigualdades sociais produzem múltiplos impactos à saúde das pessoas de acordo com o seu lugar social ocupado e, nesse cenário, populações já vulneráveis ao adoecimento e morte tornam-se ainda mais vulnerabilizadas.

Um dos efeitos desse fenômeno é o aumento da população em situação de rua nas médias e grandes cidades do Brasil a partir de 2020, inclusive com pessoas vivenciando essa condição pela primeira vez (NATALINO, 2020). Dados do Ministério do Desenvolvimento Social, obtidos através da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008), apontam que os principais motivos que levam as pessoas à situação de rua são: desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%) e álcool/outras drogas (35,5%), e que a população em situação de rua é composta predominantemente por homens (82%), e destes, 67% são negros, proporção consideravelmente maior que o percentual de negros na população brasileira (50,7%, segundo Censo Demográfico de 2010).

Há que se ressaltar, no entanto, que o fenômeno da situação de rua é complexo e atravessado por diversos fatores, entre eles: a rápida urbanização ocorrida no século 20, a migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional e, muitas vezes, a ausência de políticas públicas (BRASIL, 2014).

Maria Lucia Lopes (2006) acrescenta que os fatores estruturais, como ausência de moradia, trabalho e renda; fatores biográficos relacionados à vida particular do indivíduo, como a quebra de vínculos familiares, doenças mentais e uso abusivo de álcool ou drogas; e fenômenos da natureza, como terremotos ou inundações, são também condições que podem levar as pessoas a utilizarem as ruas para garantir a sobrevivência.

Um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras que avaliou as vulnerabilidades clínicas e sociais de usuários de SPA em relação aos *status* de moradia apresentou dados que indicam uma maior vulnerabilidade ao uso de álcool e ao desenvolvimento de problemas médicos e psiquiátricos em grupo de pessoas em situação de rua em relação ao grupo que nunca viveu em situação de

rua. Do mesmo modo, mas em menor diferença, o grupo dos que estão ou já estiveram em situação de rua apresentam mais problemas relacionados à categoria trabalho e suporte social e familiar em comparação com os indivíduos que nunca viveram em situação de rua (HALPERN et al, 2017).

Durante a pandemia de Covid-19 Florianópolis inaugura o Projeto Resgate Social, em março de 2020, com objetivo de prestar serviços de abordagem, busca ativa e resgate social, na esfera territorial municipal de Florianópolis-SC, às pessoas em situação de rua, de forma compartilhada, complementar e integrada aos serviços socioassistenciais da gestão pública. O Resgate Social destacou-se por inserir num serviço da Secretaria de Assistência Social do município profissionais da Enfermagem, uma categoria profissional responsável pelo cuidado biológico em saúde das pessoas em situação de rua. Até 2020, o atendimento biológico, como por exemplo o cuidado de feridas, das pessoas em situação de rua era exclusividade do setor saúde.

Apesar dessa inovação, o projeto Resgate Social apresentou modificações ao longo dos seus dois primeiros anos, regidos - conforme apresentado anteriormente - por dois termos de colaboração (nº 157/PMF/SEMAS/2020 e nº 282/PMF/SEMAS/2021). Entre um termo e outro, o projeto alinhou algumas ações, modificando desde os recursos para execução até o próprio objetivo. Enquanto o termo de colaboração de nº 157 prevê em seu objetivo a disponibilização de 30 vagas mensais em clínicas especializadas ou comunidades terapêuticas para internação e tratamento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de SPA e a disponibilização de 4 equipes compostas minimamente por 1 profissional da enfermagem, 1 motorista e 1 profissional do serviço social revezando-se em regime de plantão (12x36) para ofertar serviços de abordagem, busca ativa e resgate social, o termo de número 282 excluiu a necessidade de disponibilizar vagas em clínica especializadas ou comunidades terapêuticas e focou a ação apenas nos serviços de abordagem, busca ativa e resgate social, contando com equipes diversificadas por turnos. A saber: equipes diurnas compostas minimamente por 1 profissional da psicologia, 1 profissional do serviço social, 1 profissional de enfermagem, 1 técnico de enfermagem e 1 motorista; equipes noturnas compostas por 1 profissional de serviço social ou de psicologia, 1 profissional de enfermagem e 1 motorista.

Outro ponto de modificação de um termo ao outro, diz respeito a disponibilização do veículo para execução das atividades. Os primeiros anos do projeto contavam com uma van de aproximadamente 15 lugares, nos anos seguintes, regidos pelo termo de colaboração nº 282, a necessidade era a contratação de dois veículos com capacidade mínima de 7 lugares.

Ressalta-se que, nessa modificação, a incubência por acolher 30 pessoas em situação de rua com transtornos decorrentes do uso de SPA em clínicas especializadas ou comunidades terapêuticas foi transferida do projeto Resgate Social (executada pelo Instituto Arco-íris) para o projeto Passarela da Cidadania (executada pelo NURREVI). Portanto, o município de Florianópolis não deixou de financiar a internação de 30 pessoas em situação de rua em clínicas especializadas ou comunidades terapêuticas, ainda que o termo aditivo que relata essa modificação tenha deixado de utilizar os termos “clínicas especializadas ou comunidades terapêuticas”.

Um estudo sobre as condições de trabalho dos profissionais da saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil (2021), realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e pelo Centro de Estudos Estratégicos (CEE/Fiocruz) aponta, após um ano de pandemia, que 95% dos profissionais afirmavam que a pandemia havia alterado significativamente seus modos de vida. Essa alteração está associada a perturbação do sono (15,8%), irritabilidade/choro frequente/distúrbios em geral (13,6%), incapacidade de relaxar/estresse (11,7%), dificuldade de concentração ou pensamento lento (9,2%), perda de satisfação na carreira ou na vida/tristeza/apatia (9,1%), sensação negativa do futuro/pensamento negativo, suicida (8,3%) e alteração no apetite/alteração do peso (8,1%). Dados do estudo indicam ainda que 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da Covid-19, tendo como principal motivo (23%) a falta, escassez e inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes relataram sentir medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), ausência de estrutura adequada para realização das atividades (15%), despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia (11,8%) e a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais (10,4%). Esses

efeitos impactam diretamente na saúde mental dos trabalhadores e, conseqüentemente, na disposição para refletir e buscar estratégias de enfrentamento aos desafios específicos do seu campo de atuação, situação também percebida nesta pesquisa.

Nesse mesmo período, a SEMAS de Florianópolis passou por um processo de terceirização onde os serviços públicos de abordagem social passaram a ser executados prioritariamente por OSCs. Em um ensaio reflexivo sob a ótica da sociologia do trabalho, Druck (2016) argumenta que a terceirização do serviço público no Brasil é um dos mecanismos mais eficientes de desmonte das políticas públicas Estatais e de sua privatização, tendo como efeito a precarização do trabalho.

A terceirização no serviço público – nas mais diversas formas, como as OSs, as Oscips, as empresas privadas, as empresas públicas de direito privado, as parcerias, dentre outras – é o meio principal para atacar o coração de um Estado social e democrático: os trabalhadores que constituem o funcionalismo público (DRUCK, 2016, p. 38)

O trabalho intersetorial e a autonomia do usuário no seu processo de cuidado são diretamente e indiretamente afetados pelo processo de terceirização da abordagem social de Florianópolis, somado ao desgaste da pandemia nos trabalhadores.

“Então acho que a gente já teve esse momento de produzir algo assim, mas veio a pandemia que interrompeu com tudo e aí, vou te dizer, dentro do consultório na rua era eu que tinha mais esse gás e esse investimento e não recuperei ele... a pandemia me fez perder e não recuperei, até porque a rede rua era sustentada por mim, do consultório na rua, pela Joana (nome fictício), do Centro Pop, e pela Gisele (nome fictício), da Abordagem Social. Então assim, eu não sustentei nada sozinha, é difícil né, é impossível sustentar as coisas sozinha. A abordagem social fechou, né, foi terceirizada. A Gisele foi remanejada e a abordagem foi passada para uma ONG. A Joana foi mãe, saiu de licença maternidade. Então, assim, infelizmente as coisas são muito personalizadas no serviço público e enquanto nós três tivemos disponibilidade e condições de sustentar a rede rua, a gente sustentou. Depois parou, perdeu a graça; já não tenho mais as minhas parcerias e a coisa morreu, mas acho que seria um lugar importante para o usuário ter uma função serviço.” (Profissional do CnaR)

“Eu acho que esse modelo que a assistência adotou agora tem dificultado muito o nosso diálogo, porque acaba que a impressão que dá é que a assistência é só NURREVI, e não é. É uma secretaria inteira. [...] Eu acho que sobrou pouquíssimos profissionais técnicos para esse diálogo. Essa coisa da alta rotatividade, da NURREVI, de a gente hoje fala com um profissional, amanhã o profissional não tá mais, hoje a gente tem o nome de um coordenador, daqui duas semanas não é mais esse coordenador, a gente tem bastante dificuldade.” (Profissional do CAPS AD)

A pandemia da COVID-19 agravou também os desafios para promover o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Entretanto, inspirado em experiências de atendimento pré-clínico por telefone de países como Inglaterra e Portugal, Florianópolis foi pioneira no Brasil em disponibilizar, no dia 16 de março de 2020, um serviço público e gratuito de atendimento pré-clínico por telefone, conhecido como Alô Saúde Floripa. O Alô Saúde Floripa é um serviço de orientação, atendimento pré-clínico, médico e de informação em saúde por telefone, videochamada ou chat, composto por enfermeiros e técnicos em enfermagem que, a partir de uma central telefônica, atendem as demandas dos pacientes durante 24h por dia, todos os dias.

Em sua dissertação de mestrado, Rebolho (2021) aponta os benefícios do Alô Saúde Floripa para o acesso na APS do SUS, especialmente no período da pandemia causada pela SARS-CoV-2. Entretanto, ao falarmos sobre o funcionamento dos CAPS e a complexidade que envolve as vivências dos usuários desses serviços, o atendimento pré-clínico não se demonstra completamente efetivo.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços referência para os casos que necessitem de cuidado intensivo e/ou de reinserção psicossocial, além de oferecerem a retaguarda às equipes de Saúde Mental e Saúde da Família, nas suas especificidades e atendimento diário a pacientes em sofrimento psíquico, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, denominado Projeto Terapêutico Singular (PTS). Sendo assim, os usuários do CAPS precisam frequentar o serviço mais de uma vez por semana, situação que se tornou impossibilitada após as normativas federais e municipais que restringiram o funcionamento de diversos serviços.

No período da pandemia levantou-se nestes serviços um debate sobre a inclusão digital e a atenção psicossocial, fundamentado na Lei Brasileira de

Inclusão (BRASIL, 2015). O debate visava destacar a importância de ofertar recursos para que os usuários intensivos dos CAPS pudessem continuar acessando os serviços de saúde durante a pandemia. Apesar da movimentação, encabeçada pela Associação Alegre Mente de usuários, amigos e familiares da saúde mental, organizarem dados que apontavam os impactos da pandemia da COVID-19 aos usuários da saúde mental e a importância de manter os serviços em pleno funcionamento e, a partir disso, produzir um projeto que justificava a relevância social da garantia de inclusão digital na atenção psicossocial, ele nunca foi implementado (ASSOCIAÇÃO ALEGRE MENTE, 2022)

Esse desafio enfrentado pelos usuários e profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial durante a pandemia foi relatado em entrevista com o profissional de um dos CAPS AD. Este CAPS AD é um serviço que, inclusive, teve que lidar com questões organizativas da RAPS de Florianópolis-SC durante a pandemia, devido às decisões tomadas anteriormente à pandemia pela gestão municipal.

“Durante a Covid ficou horrível porque eles ocuparam nosso espaço aqui. Ficou horrível, não, porque entendo de saúde coletiva e eles tinham que ocupar devido a urgência da covid, mas ficou horrível no sentido de que a gestão não entendeu, na minha opinião, o que é um CAPS e o quanto a gente é necessário. E aí ficou um problema. Foi obrigatório que a gente tivesse aqui, a gente até podia fazer escala, só que os pacientes não podiam chegar aqui, ou só podiam chegar situações para acolhimento e crises. Isso foi bem traumático pra mim. [...] Mas eu não acho um problema a UPA ter ocupado, acho um problema a Secretaria de Saúde ter nos dito que a gente deveria fazer teleatendimento, mas não nos oferecerem celular. A maioria da população de rua não tem celular, sabe? esses impedimentos que foram criados. Mas isso foi pra toda a rede, tá? Ficou pior aqui pra nós, mas foi pra todo mundo. As pessoas tiveram que comprar chip, tiveram que usar o seu celular, sabe? Foi bem complicado, nesse sentido.” (Profissional do CAPS AD)

Seguem algumas narrativas para melhor compreensão da situação delicada que este CAPS AD vivenciou. Florianópolis inaugurou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na parte continental do município em 2019 (FLORIANÓPOLIS, 2019). No mesmo ano, diante de problemas nas estruturas de um dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS Ponta do Coral, o Ministério Público de Santa Catarina firmou um Termo de Compromisso e Ajustamento de Conduta (TAC) com o então prefeito de Florianópolis, Gean Loureiro, em que o

município se compromete a fazer e a finalizar uma reforma na sede do Centro de Atenção Psicossocial II Ponta do Coral no prazo de 18 meses (SANTA CATARINA, 2019). A reforma foi finalizada em 2024, na gestão do sucessor de Gean Loureiro, prefeito Topázio Neto, diante de denúncias realizadas pelo sindicato dos trabalhadores nos serviços públicos municipais de Florianópolis (SINTRASEM) de que a obra havia sido entregue à população com problemas elétricos, falta de ar-condicionado, salas mal planejadas para os atendimentos e com recursos humanos insuficientes para manutenção do serviço (SINTRASEM, 2024)..

Essa situação gerou a necessidade de mudança de endereço de alguns serviços. Nesse toma lá dá cá territorial, um dos CAPS AD, que até então localizava-se em um endereço próprio na parte Continental de Florianópolis, passou a funcionar acoplado à UPA Continente, cedendo seu endereço para o funcionamento do CAPS Ponta do Coral.

Tal transformação tem como efeito o risco de modificar a lógica do cuidado do CAPS, uma vez que as estruturas de uma UPA são pensadas para realizar atendimentos ambulatoriais, lógica de cuidado divergente da que existe nos CAPS. Além disso, tem as especificidades encontradas no processo de territorialização e acesso relatadas pelo próprio CAPS AD.

“Facilitou no sentido de ter um serviço de urgência, mas nos afastou no sentido de que ficou mais longe. A gente achou que a gente ia abarcar mais a população do Monte Cristo, porque aqui é mais perto, mas isso não aconteceu. Lá, por ser uma casa, tinha o segundo andar, mas o acolhimento era no térreo, a recepção era no térreo e eles entravam [no serviço] mais tranquilamente, né, porque era uma casa. [...] Aqui nos afastou, no sentido de ter três andares e ser tipo um hospital.”
(Profissional do CAPS AD)

A facilidade de trabalhar próximo a um serviço de pronto atendimento demonstrada na entrevista com o/a profissional do CAPS AD denota, ainda, falas de outros serviços sobre a existência de uma RAPS desestruturada em Florianópolis, que não disponibiliza leitos psiquiátricos em hospitais gerais, nem CAPS III para internação em casos de necessidade. Tal situação faz com que os profissionais façam vínculo com a UPA para evitar acionar CTs ou o IPQ-SC e poder continuar o trabalho territorializado no dia útil seguinte.

“Teve uma transformação, um sentido de que agora tá mais confortável, que nas situações de crises muito graves, a gente consegue pedir uma ajuda na questão da urgência, na questão do carro, de transferência [de unidades de saúde]. [...] Sempre nos prometeram os leitos de CAPS III, mas nunca efetivou-se. Nunca foi uma vontade política, isso sempre foi uma luta nossa, e então isso sempre foi um problema para nós. A crise tem que acabar às 8h, mas a crise não acaba, não tem hora para acabar. E tendo o IPQ-SC como único equipamento [para internação] é muito complicado. Então ter uma UPA do lado ajudou, conseguimos, às vezes, falar com algum médico para conseguir um leito de urgência até a reabertura do CAPS, ou conseguir um carro para transferir o usuário, sempre com um técnico do CAPS indo junto.” (Profissional do CAPS AD)

É indiscutível que a pandemia trouxe um cenário desafiador para muitos setores, especialmente para a saúde. Entretanto, as mudanças geradas no campo da atenção psicossocial de Florianópolis não são exclusivamente causadas pela pandemia, como a situação relatada pelo/a profissional do Consultório na Rua.

“A gente tinha, até o ano passado [2022], um motorista exclusivo, né?! Por que, conforme a legislação, tem que ter um motorista e um carro exclusivo do consultório na rua. O carro ainda existe, mas o motorista não. Então, o nosso motorista exclusivo - que era a sétima pessoa da equipe, ne, ficou conosco até o ano passado e aí já faz um ano que estamos sem... ele foi readaptado por problemas de saúde e faz um ano que ele não foi substituído. A gente tá usando o motorista emprestado do setor de transportes da secretaria de saúde, [...] quando o setor de transportes precisa dele, chama ele. [...] Ele cumpre o período da manhã conosco e no período da tarde ele volta pro setor de transportes para cumprir sua carga horária no setor de transportes.” (Profissional do CnaR)

A falta de gestão de RH afeta diretamente os processos de trabalhos dos serviços e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de Florianópolis, visto, no relato da CnaR, que serviço construído para funcionar 40 horas semanais com investimento público falha na sua função ao não dispor de recursos que permitam o seu pleno funcionamento. Questiona-se quem pagará a maior parte dessa conta.

5.3 Desafios e Potencialidades

A lógica hegemônica do cuidado das pessoas em vulnerabilidade psicossocial, especialmente daquelas que fazem uso de SPA, os ditos “loucos”, está atrelada a um processo de marginalização social (AMARANTE; TORRE, 2012). Em Florianópolis não é diferente, ao nos aproximarmos do campo percebe-se alguns desafios associados a esse processo em diversos serviços, como a ausência de uma linha de cuidado, a falta de compreensão do modelo de atenção preconizado pela RAPS e a precariedade dos recursos materiais e humanos que garantiriam o bom funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial.

Como potência, destacam-se três pontos nesta pesquisa: a existência de movimentos sociais organizados que reivindicam melhorias nos serviços de saúde; o pioneirismo na oferta de tele-atendimento em saúde; e a disponibilização de profissionais da enfermagem em serviços da Secretaria de Assistência Social do Município.

Há, no campo da saúde mental, estudos realizados sobre novas técnicas e abordagens possíveis de se trabalhar nos serviços. Para citar algumas: Recovery, Ouvidores de Vozes, Acompanhamento Terapêutico, Redução de Danos, Gestão Autônoma da Medicação. Quando questionados sobre os tipos de abordagens utilizadas nos serviços selecionados, apenas a Redução de Danos foi citada como uma abordagem utilizada pelo Resgate Social, Consultório na Rua, CAPS AD Ilha e CAPS AD Continente.

“O que eu sei que eu posso incluir aí é a Redução de Danos enquanto ética de cuidado, né, acho que isso tá presente. Eu falo por mim, eu falo desse lugar, da RD enquanto ética de cuidado. E também acho que tá presente na equipe, talvez de forma mais incipiente, mas acho que tá presente. Eu uso o acompanhamento terapêutico como teoria e ferramenta de trabalho o tempo todo, assim... quando eu saio pra rua sozinha - como eu saio, né, segunda e quinta, que são os dias eu tenho livre e vou fazer circulação e o que me orienta tanto em teoria quanto em postura é o acompanhamento terapêutico. Eu não sei se ele entra nesse rol de novas abordagens, mas eu colocaria o AT e a RD como abordagens presentes no meu trabalho. Não necessariamente do serviço.” (Profissional do CnaR)

“A gente trabalha com a questão da redução de danos. Antes a gente tinha um grupo específico de redução de danos. Com o tempo, com a

mudança de profissionais e entrada de profissionais muito mais rígidos, a gente não conseguiu mantê-lo, a gente pensava em retomá-lo.” (Profissional do CAPS AD)

“Eu acho que a gente não tem nada de muito novo ainda. Eu acho que o que a gente tem de novo talvez sejam os voluntários trazem, né, porque abriu essa questão do voluntariado. Acho que não é uma coisa institucional. Nós não temos profissionais que trabalhem com essas novas abordagens, né. Então assim, eu não sei. Eu sei que o João (nome fictício) trabalha no grupo de relaxamento, com mindfulness. [...] Tem uma voluntária que é formada em artes, então a gente coloca alguma coisa de arte-terapia nisso, né? Mas é aquela coisa, a gente não tem, num quadro funcional, os profissionais que oferecem, né? De novo, é isso, é muito ‘pessoa dependente’”. (Profissional do CAPS AD)

“No geral, é o serviço que a gente faz mesmo, né, a questão da Redução de Danos e a própria questão de fomentar a autonomia do usuário, de trabalhar a RD também relacionado à culpabilização, de reduzir o estigma relacionado às drogas. De não chegar ao atendimento com um viés estigmatizador, é... convencional da sociedade em si. Então, de certa forma, a gente trabalha com esse viés de novas abordagens, mas nenhuma específica, tirando a RD, que a gente utiliza como abordagem mas é bem básica também.” (Profissional do Resgate Social)

Apesar de conhecerem a RD, os/as profissionais das CTs entrevistadas responderam não utilizá-la por uma questão de modelo de atenção à saúde priorizado no serviço.

“O que funciona para mim pode não funcionar para o outro. Então, a questão da redução de danos, tem pessoas, pela prática que a gente vê nas sessões, que sim, que conseguem se organizar melhor com a redução de danos. Mas tem pessoas que não fizeram a redução de danos, que realmente não funciona. E elas precisariam parar e parar de vez. Então, realmente a gente não trabalha com a redução de danos. Porque, aqui, quando a pessoa entra na comunidade atrapalhada, a gente informa que tem que parar de fazer tudo. Então, com os cigarros, a gente também não aceita eles nas comunidades. (Profissional da CT NURREVI)

É importante ressaltar que desde 2005 o Ministério da Saúde, através da Portaria 1.028, regulamenta o uso da redução de danos sociais e à saúde nos serviços e na comunidade, objetivando a garantia de assistência integral ao usuário de substâncias que causam dependência. Percebe-se que o trabalho com novas abordagens ou técnicas, incluindo a RD, se apresenta no campo da saúde mental AD de Florianópolis como um desafio, o que demonstra a necessidade de um direcionamento técnico institucional que construa uma linha de cuidado única

entre os serviços da rede e oferta espaços de formação continuada aos trabalhadores a fim de ampliar o escopo terapêutico desses serviços.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Bancar a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial com uma lógica de cuidado humanizada e territorializada num contexto em que o cuidado às pessoas ditas loucas é atrelado à higienização social já é, por si só, algo extremamente desafiador. A complexidade existente nas relações humanas nos âmbitos macro e micropolítico temperam essa relação, deixando-a às vezes com um sabor mais doce, outras mais amargo. Em cada região, para cada gosto - ainda que tenhamos um *chef* que busque organizar a harmonia do cuidado - há que se elaborar um prato (para ser mais óbvio: uma rede) com sabor um pouco mais específico. Aí habita o desafio, mas também a potencialidade.

Construir uma rede que dê conta das demandas de saúde mental considerando os Determinantes Sociais da Saúde de cada território e grupo amplia a possibilidade de práticas de atenção e cuidado em saúde. Entretanto, é nessa mesma possibilidade de ampliação que está inserida a complexidade da construção da rede. A harmonia do prato, ou, ainda, a criação de uma rede de atenção psicossocial que não pareça monstruosa (numa associação com a analogia do Frankenstein levantada de forma inteligentíssima por um(a) entrevistado(a) do CAPS AD) nas políticas e práticas está associada a uma lógica de cuidado. Lógica essa atravessada por referências que bebem de diferentes vertentes epistemológicas e fazem do setor saúde um campo de disputa.

Florianópolis entrega uma RAPS Frankenstein ou um prato que, apesar de saciar, é difícil de engolir, quando negligencia as estruturas dos serviços já existentes; quando, com 537.211 mil habitantes (segundo dados do IBGE de 2022) ainda não oferta serviços de CAPS III, nem leitos psiquiátricos em hospitais gerais; quando permanece por mais de um ano sem repor trabalhadores do serviço público, a exemplo de motorista no serviço de CnaR; quando não atualiza o protocolo de atendimento em saúde mental; quando apresenta dificuldade em agir sobre os determinantes sociais da saúde das populações mais

vulnerabilizadas, o que afeta diretamente as possibilidades de acesso de determinados grupos aos serviços, especialmente em tempos de crises humanitárias; e quando prioriza construir uma Secretaria de Assistência Social composta majoritariamente por serviços terceirizados, sem a garantia de espaços institucionalizados para realizar ações intersetoriais e formação continuada.

Por fim, acrescenta-se aos desafios encontrados nessa pesquisa, a sanção da Lei Municipal nº 11.134/2024, que autoriza a “internação humanizada involuntária” de pessoas em situação de rua que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. A lei foi sancionada ao apagar das luzes desta pesquisa e vai na contramão do que preconiza a reforma psiquiátrica brasileira, escancarando a lógica manicomial que ainda persiste no cuidado em saúde mental, especialmente quando direcionado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Finaliza-se esse trabalho lembrando dos dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua de 2008, que nos informa que a maioria das pessoas em situação de rua são homens (82%) e, destes, 67% são negros. E que a maioria das pessoas em situação de rua (52%) recebem entre R\$20 e R\$80,00 semanais. Ao priorizar políticas de caráter ambulatorial e precarizar os serviços da RAPS analisados, percebe-se, no campo da saúde mental AD de Florianópolis, a tendência a uma lógica de cuidado que exclui uma população historicamente vulnerabilizada: pessoas negras e pobres.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Alda Judith. A revisão da bibliografia em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 81, p. 53–60, 2013. Disponível em: <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/990/999>. Acesso em: 30 ago. 2022.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos**

Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, V.3, n.6, p.41-64. 2012.

ALEGRE MENTE, Associação. **Relatório de atividades da associação (08/2021 a 09/2022)**. Florianópolis, 20 set. 2022.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades Sociais e Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 457 - 486.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 30 nov. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 24 de Agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual de redução de danos — saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003202.pdf>. Acesso em 30 de nov. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**. [S. l.], 19 fev. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 13 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 60 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em 24 de Agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf Acesso em 24 de agosto de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. 01 jul 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 13 abr 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122/2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. 25 jan. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 13 abr, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 23 dez. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 13 abr. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 160. ISBN 978-85-334-2115-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua : um direito humano**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 38 p. ISBN 978-85-334-2201-8.

BRASIL. **Lei nº 13146**. Institui a lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da pessoa com deficiência). 06 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 13 abr 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria nº 3.588**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. [S. l.], 21 dez. 2017.

Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
Acesso em: 13 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
f Acesso em 11 de novembro de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 12 nov. 2019. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html.
Acesso em: 13 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS.** Brasília, 28 jan. 2020. Disponível em:
<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em 13 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.493.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 10 abr. 2024. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html.

Acesso em: 13 abr. 2024.

BRITES, Cristina. **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2018. p. 256. ISBN 9788524925931.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p. 976.

CARVALHO, Maria Lucia Mendes de; RIBEIRO, Suzana Lopes Salgado. **História Oral na Educação: memórias e identidades**. São Paulo: Centro Paula Souza, 2013.

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 701–709, out. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yzwJKvBC4HZMPnKycN7VN8m/?format=pdf&lang=en>. Acesso em 13 de abr. 2023.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; OLIVEIRA, Irlanda Pontes de; SILVA, Lucilane Maria Sales da; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; FORTE, Franklin Delano Soares; SILVA, Lielma Carla Chagas da. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Online, v. 23, ed. 1, p. 103-114, 2018. DOI 10.1590/1413-81232018231.24682015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015>. Acesso em: 11 nov. 2022.

DRUCK, G.. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 15–43, nov. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfckK75czCSqYzjihRgk/abstract/?lang=pt>. Acesso em 13 abr 2024.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental no Município de Florianópolis.** / Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. 72 p. : il. color. ; 26 cm. ISBN 978-85-99554-41-8. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf. Acesso em 13 abr 2024.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acesso à Psiquiatria no Município de Florianópolis.** 2017. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1-EriCK2F8U4qSohPQdV4mvQRGwt-c-9d/view?pli=1>. Acesso em 13 abr 2024.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Acesso à Psiquiatria Adulto (a partir dos 15 anos) no Município de Florianópolis.** Versão 1: Dezembro de 2023. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/0BxJg1c-exDtfYkxldW4wNXN0NFU?resourcekey=0-0MhfZnpKyfoVWFuaW-F-FQ>. Acesso em 13 abr 2024.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. UPA Continente foi entregue à comunidade nesta quinta-feira. **Notícias PMF**, 28 fev. 2019. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=20500>. Acesso em: 13 abr. 2024.

FLORIANÓPOLIS. **Termo de colaboração n. 157/PMF/SEMAS/2020.** Termo de colaboração mediante seleção através de edital de chamamento público n. 003/SEMAS/2019 (D.O.E.M 2633, de 21 de fevereiro de 2020), que celebram, entre si, o município de Florianópolis, com interveniência da secretaria municipal

de assistência social, e o Instituto Arco-íris. 2020. Disponível em <https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/Arco%20Iris%20-%20TC%20157-PMF-SEMAS-2020-Resgate%20Social.pdf>. Acesso em: 13 abr 2024.

FLORIANÓPOLIS. **Termo de colaboração n. 282/PMF/SEMAS/2021.** Termo de colaboração mediante seleção através de edital de chamamento público n. 002/SEMAS/2021 (D.O.E.M 3098, de 27 de dezembro de 2021), que celebram, entre si, o município de Florianópolis, com interveniência da secretaria municipal de assistência social, e o Instituto Arco-íris. 2021. Disponível em <https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/Arco%20Iris.pdf>. Acesso em: 13 abr 2024.

FLORIANÓPOLIS. **Termo de colaboração n. 213/PMF/SEMAS/2020.** Termo de colaboração mediante edital de chamamento público n. 008/SEMAS/2020 (D.O.E.M 2815, de 10 de novembro de 2020), que celebram, entre si, o município de Florianópolis, com interveniência da secretaria municipal de assistência social, e Núcleo de Recuperação e Reabilitação de Vidas. 2022. Disponível em https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/TC%20213_PM F_SEMAS_2020.pdf. Acesso em: 13 abr 2024.

FLORIANÓPOLIS. **Termo de colaboração n. 090/PMF/SEMAS/2022.** Termo de colaboração mediante edital de chamamento público n. 003/SEMAS/2022 (D.O.E.M 3160, de 28 de março de 2022 e 3195, de 18 de maio de 2022), que celebram, entre si, o município de Florianópolis, com interveniência da secretaria municipal de assistência social, e a organização da sociedade civil “Instituto Amor Incondicional (AMINC)”. 2022. Disponível em: [https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/2022_06_20%20-%20TC%20090%20-%20Instituto%20Amor%20Incondicional%20\(Instituto%20AMINC\).pdf](https://api.bussolasocial.com.br/storage/temporario/transparencia/2022_06_20%20-%20TC%20090%20-%20Instituto%20Amor%20Incondicional%20(Instituto%20AMINC).pdf). Acesso em 13 abr 2024.

FLORIANÓPOLIS. **Lei nº 11.134**. Dispõe sobre a internação humanizada no município de Florianópolis e dá outras providências. 2024. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/2024/1114/11134/lei-ordinaria-n-11134-2024-dispoe-sobre-a-internacao-humanizada-no-municipio-de-florianopolis-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 13 abr 2024.

FONSECA, Isadora Zuza da. **Redução de danos em Florianópolis: trajetórias, encontros e políticas**. Orientador: Alberto Groisman. 2018. 227 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/193315/PASO0462-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 nov. 2022.

FUNCIA, Francisco. Rózsa. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em 06 jul. de 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GRIGOLO, Tania Maris *et al.* Plano pessoal de ação para bem-estar e Recovery: Experimentando o “WRAP” no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 9, n. 21, p. 300–320, 2017. DOI: 10.5007/cbsm.v9i21.69552. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69552/41673>. Acesso em: 06 jul. 2023.

HALPERN, S. C. et al.. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c9SKVvbJKfLvdX9gjQNncb/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 13 abr 2024.

INSTITUTO ARCO-ÍRIS, 1997. **Estatuto Social**. Florianópolis: Instituto Arco-íris/SC.

JORGE, M. S. B. et al.. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051–3060, jul. 2011.

KAMMER, Katharina Pereira; MORO, Larissa Moraes; ROCHA, Kátia Bones. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 20, n. 47, p. 36-50, abr. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 mar. 2024.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. 9. ed. [S. l.]: Hucitec, 2016. 128 p. ISBN 978-8527107112.

LEAL, E. M. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: **A Reforma Psiquiátrica e o desafio da desinstitucionalização - Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental**. p. 69-83. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA. 2001.

LEONEL, Filipe. **Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19**. [S. l.], 2021. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 13 abr. 2024.

LOPES, Maria Lucia. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno População em Situação de Rua no Brasil - 1995 a 2005**. Brasília, 2006. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf. Acesso em 13 abr 2024.

MALISKA, Isabel Cristina Alves. **A implantação das políticas públicas de saúde em aids no município de Florianópolis-SC: um estudo do período de 1986 a 2010**. Orientador: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha. 2012. 317 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/100787/307877.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 ago. 2022.

MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra; ANDRADE, Selma Regina. Redução de Danos em Florianópolis-SC: uma política estratégica de prevenção e cuidado à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Online, v. 16, ed. 1, p. 170-178, 31 mar. 2014. DOI 10.5216/ree.v16i1.20761. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20761/16456>. Acesso em: 26 jul. 2022.

MARLATT, Gordon. Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Marta Valéria Guimarães. Atenção à saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html#topo>. Acesso em: 6 jul. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MIRANDA, Antonio Fernando Barreto. **História da Aids em Santa Catarina: características de uma epidemia. Dissertação** (Mestrado em Ciências Médicas) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, B.; ROJAS, L.I.; NAVARRO, M.; GONDIM, G.M.M. E GRACIE, R. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. 2010. Disponível em: <https://www.epsvj.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>. Acesso em: 13 de abr 2024.

MOREIRA, Fernanda G. Redução de Danos e Promoção de Saúde. In: **I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006, Brasília. Anais eletrônicos. Brasília, 2006. p. 140 - 143. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_seminario_pnps.pdf Acesso em 23 de novembro de 2022.

NATALINO, Marco. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). **Nota Técnica do IPEA, nº 73**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2020. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. Acesso em: 13 abr 2024.

NETO, Francisco. **Política de redução de danos, 30 anos: garantia de direitos ao usuário de drogas**. Produção: Fundação Oswaldo Cruz. Presidência. Centro de Estudos Estratégicos. Rio de Janeiro, 2019. 1 arquivo MP4 (06min 06s), son., color. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39211>. Acesso em 06 jul. 2023.

NÓR, Soraya; CAVANUS, Aline Vicente; ARAÚJO DE SOUZA, Gustavo Rodrigo Faccin. **O Instituto Arco- íris e uma crítica ao Projeto Urbano em Florianópolis.** arq.urb, n. 21, p. 76-88, 1 maio 2018. Disponível em: <https://revistaarqurb.com.br/arqurb/article/view/86>. Acesso em 13 abr 2024.

NURREVI. História. *In*: Quem somos. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.nurrevi.org/quem-somos>. Acesso em: 13 abr. 2024.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Recovery: o desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9,n.21, p.321-330, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69553/41674>. Acesso em 13 abr. 2024.

ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS G. D. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *In*: **Tratado de Saúde Coletiva**, p. 669-688. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2007.

PETUCO, Dênis. As três ondas da redução de danos no Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 94–103, 2020. DOI: 10.52753/bis.2020.v21.34622 . Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34622/33195>. Acesso em: 30 abr. 2024.

PINHEIRO, José de Queiroz; FARIAS, Tadeu Mattos; ABE-LIMA, July Yukie. Painel de especialistas e estratégia multimétodos: reflexões, exemplos, perspectivas. **Psico**, v. 44, n. 2, p. 184-192, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11216/9635>. Acesso em 13 abr. 2024.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2023.

PITTA, Ana. Maria. Fernandes. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 1997.

POLLO-ARAÚJO, Maria Alice; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Redução de danos no PROAD: trinta anos de experiência institucional. **BIS, Bol. Inst. Saúde (impr.)**, São Paulo, 21(2): 67-72, dez. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361549/bis-v21n2-drogas-30-anos-de-67-72.pdf> Acesso em 11 de novembro de 2022.

RAUPP, Luciane; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; PEREIRA, Gilsenei Tavares. A Redução de Danos como metodologia de promoção de saúde às pessoas em situação de rua. **Revista Debates Insubmissos**, Online, v. 4, n. 14, p. 115-138, 2021. DOI 10.32359/debin2021.v4.n14.p115-138. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/debatesinsubmissos/article/view/250691/39676>. Acesso em: 23 nov. 2022.

REBOLHO, Ricardo Collar. Avaliação dos custos do serviço de atendimento pré-clínico por telefone da prefeitura municipal de Florianópolis. Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas - ESAG, Programa de Pós-Graduação Profissional em Administração, Florianópolis. 2021. p. 79. Disponível em: <https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/00008b/00008bc9.pdf>. Acesso em: 13 abr 2024.

RIBEIRO, Suzana Lopes Salgado; OLIVEIRA, Patrícia Romana de. Narrativas em rede: argumentos coletivos e histórias de vida na educação. **RIDPHE_R Revista Iberoamericana do patrimônio histórico-educativo**, Online, v. 4, ed. 2, p. 412-430, 2018. DOI 10.20888/ridphe_r.v4i2.9702. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/ridphe/article/view/9702/5159>. Acesso em: 23 nov. 2022.

RIBEIRO, Suzana Lopes Salgado. NARRATIVAS E ENTREVISTAS EM PESQUISAS QUALITATIVAS: história oral como possibilidade teórico-metodológica. **Revista Ciências Humanas**, Online, v. 14, ed. 1, 2021. DOI 10.32813/2179-1120.2021.v14.n1.a724. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/724/390>. Acesso em: 23 ago. 2022.

RIGONI, Rafaela; BREEKSEMA, Joost; WOODS, Sara. **Limites da Correria: Redução de Danos para pessoas que usam estimulantes**. 1. ed. rev. Prefácio à tradução inglesa José Arturo Costa Escobar; prefácio da edição inglesa Daniel Brombacher; tradução Bernardo Lisboa Carvalho e José Arturo Escobar. Recife: Escola Livre de Redução de Danos, 2019. 169 p. ISBN 978-85-65785-02-0.

ROCHA, Dais Gonçalves; ALEXANDRE, Veruska Prado; MARCELO, Vânia Cristina; REZENDE, Regiane; NOGUEIRA, Júlia Devidé; SÁ, Ronice Franco de. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Online, v. 19, ed. 11, p. 4313-4322, 2014. DOI 10.1590/1413-812320141911.11232014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11232014> Acesso em: 11 nov. 2022.

ROTHER, E. T.. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. v-vi, abr. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/#>. Acesso em: 06 de junho de 2023.

SANTA CATARINA. Ministério Público. Florianópolis deve reformar Centro de Atenção Psicossocial da Ponta do Coral. **Notícias MPSC**, [S. l.], p. 00, 28 fev. 2019. Disponível em: <https://mpsc.mp.br/noticias/florianopolis-deve-reformar-centro-de-atencao-psicossocial-da-ponta-do-coral>. Acesso em: 13 abr. 2024.

SINTRASEM. CAPS Ponta do Coral tem problemas graves menos de um mês após ser reinaugurado. **Notícia SINTRASEM**, [S. l.], 8 abr. 2024. Disponível em: <https://www.sintrasem.org.br/Default/Noticia/28361/caps-ponta-do-coral-tem-problemas-graves-menos-de-um-mes-apos-ser-reinaugurado>. Acesso em: 13 abr. 2024.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; NERY, Joilda Silva; GOES, Emanuelle Freitas; SILVA, Alexandre da; SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; BATISTA, Luís Eduardo; ARAÚJO, Edna Maria de. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, Online, v. 34, ed. 99, p. 225-243, 2020. DOI 10.1590/s0103-4014.2020.3499.014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014> Acesso em: 23 nov. 2022.

Santos, M. (2011). O dinheiro e o território. In M. Milton et al. (Orgs.), **Território, territórios: Ensaio sobre o ordenamento territorial (pp. 13-21)**. Rio de Janeiro: Lamparina.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p. 687-698, 2010. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300011> Acesso em 23 nov. 2022.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; OLTRAMARI, Leandro Castro; COELHO, Diego Alegre; SOEIRO, Aline da Costa; D'TÔLIS, Paulo Otávio; CUSTÓDIO, Caroline Cristine; EW, Júlia Andrade; RODRIGUES, Gabriela; RODRIGUES, Pedro Gabriel Moura. Intervenção e pesquisa em promoção de saúde na EJA: desafio do uso de metodologias emancipatórias. **Bases Conceituais da Saúde**, Ponta Grossa (PR): Atena Editora, v. 1, p. 162-179, 2019.

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado; REZENDE, Diogo; MOURA, Willian Araújo. Pesquisa-intervenção em um CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora , v. 3, n. 2, p. 184-197, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v3n2/v3n2a08.pdf>. Acesso em 24 ago. 2021.

THE WORLD BANK. **Brazil Poverty and Equity Assessment: Looking Ahead of Two Crises**. Washington D.C.: World Bank. 2022. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/19298bfa-067d-504c-8e34-00b20e3139d2/content>. Acesso em: 13 abr. 2024.

TYKANORI, Roberto. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. As abordagens anglo-saxônicas de empoderamento e Recovery (recuperação, restabelecimento) em saúde mental I: Uma apresentação histórica e conceitual para o leitor brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 9, n. 21, p. 31–47, 2017. DOI: 10.5007/cbsm.v9i21.69534. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69534/41656>. Acesso em: 06 jul. 2023.

XIMENES, Verônica Moraes; JÚNIOR, James Ferreira Moura; CRUZ, Janaína

Miranda; SILVA, Lorena Brito da; SARRIERA, Jorge Castellá. Pobreza multidimensional e seus aspectos subjetivos em contextos rurais e urbanos nordestinos. **Estudos de Psicologia**, Online, v. 21, ed. 2, p. 146-156, 2016. DOI 10.5935/1678-4669.20160015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160015> Acesso em: 12 ago. 2021.

WEINGARTEN, Richard. Empowering the voice of the users. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 9, n. 21, p. 146–157, 2017. DOI: 10.5007/cbsm.v9i21.69542. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69542>. Acesso em: 06 jul. 2023.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Canadá, 1986. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69542/41664>. Acesso em 12 Ago 2021.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Brasil, 2011. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em 30 nov. 2022.

8. APÊNDICES

A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“A atenção e o cuidado à saúde das pessoas usuárias de álcool e outras drogas: uma análise da atenção psicossocial de Florianópolis”**, a ser conduzida pelo mestrando Gilsenei Tavares Pereira, sob orientação do prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar as práticas de atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no âmbito dos serviços de saúde mental do município de Florianópolis-SC e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC), seguindo os critérios éticos da Resolução nº 466/2012. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEPSH-UFSC está no Prédio Reitoria II, 7º andar, sala 701, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094.

Sua participação consiste em conceder uma entrevista com perguntas cujas temáticas estão relacionadas com a atenção e o cuidado à saúde das pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. A entrevista ocorrerá de forma virtual ou presencial - a depender da escolha do entrevistado, e será gravada para posterior transcrição e análise. Estima-se um tempo de aproximadamente 1 (uma) hora para realização da entrevista. Apesar de ser gravada, todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, garantindo o sigilo dos(as) participantes. Os pesquisadores serão os

únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Antes de responder às perguntas/participar das atividades disponibilizadas em ambiente virtual ou presencial, apresentamos este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para sua anuência. Você receberá uma cópia deste termo.

Todas as informações colhidas nas entrevistas serão analisadas em caráter estritamente científico. Após concluída a coleta de dados, o pesquisador se responsabilizará por armazenar os dados coletados virtualmente em um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Os dados serão armazenados em dispositivo eletrônico pessoal, em uma pasta protegida por senha, que somente o pesquisador e o orientador do projeto de pesquisa terão acesso, sem acesso ou compartilhamento à terceiros e, após 5 anos, serão deletados. Para tratamento destas informações, também será utilizado um programa no dispositivo eletrônico local, sem utilização de nuvem ou compartilhamento de informações.

Há alguns riscos inerentes à participação nesta pesquisa. Esse risco refere-se a não utilização das informações colhidas em entrevistas em decorrência de falha tecnológica no processo de gravação ou outras interferências que possam ocorrer durante a entrevista. Outro risco é a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo dos dados colhidos ou do computador, gravador, celular utilizado para gravação). Você poderá desistir da participação a qualquer momento, sem precisar apresentar nenhuma justificativa e isento de qualquer prejuízo. Por fim, você só poderá participar desta pesquisa caso seja maior de 18 anos.

Em casos de despesas ocorridas em decorrência da participação na pesquisa, o ressarcimento ocorrerá mediante apresentação pelo participante dos comprovantes da despesa, ocorrendo o ressarcimento no prazo mínimo possível, em valor compatível com esta comprovação e na forma requerida pelo participante, por transferência bancária ou PIX, de acordo com as disposições legais.

Apesar da participação nesta pesquisa não lhe conceder benefícios diretos imediatos, você estará contribuindo com a ampliação do conhecimento sobre as práticas de cuidado e a atenção psicossocial do município de Florianópolis-SC. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área da saúde e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo. Espera-se que este estudo possa oferecer uma reflexão sobre a saúde das populações que fazem uso de álcool e/ou outras drogas e que os resultados permitam contribuir com a Saúde Coletiva de Florianópolis.

Esta pesquisa faz parte do Grupo de Pesquisas em Políticas Públicas de Saúde (GPPS), situado no Departamento de Saúde Pública (DSP) - Centro de Ciências da Saúde (CCS) - Campus Reitor João David Ferreira Lima - rua Delfino Conti, S/N - Trindade, UFSC, Florianópolis/ SC CEP: 88040-900, e-mail ufscgpps@gmail.com.

Em caso de dúvidas ou se você se sentir prejudicado, poderá contatar o pesquisador responsável através do telefone (48) 99971-7284, ou pelo e-mail psi.giltavares@gmail.com. Os pesquisadores responsáveis, que subscrevem esse documento, comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a resolução 466/12, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Ao assinar esse termo de consentimento livre e esclarecido você estará aceitando a participação e declarando que foi informado(a) de forma clara e objetiva sobre todos os procedimentos da pesquisa e outras explicações pertinentes ao projeto. Você receberá uma via deste documento, sugerimos que o guarde pois trata-se de um documento que traz informações importantes de contato dos pesquisadores responsáveis e dos seus direitos enquanto participante desta pesquisa.

Participante da pesquisa

Gilsenei Tavares Pereira
Pesquisador Responsável

B. Termo de autorização para gravação de áudio e vídeo**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE ÁUDIO E VÍDEO**

Eu, _____, permito que o pesquisador relacionado abaixo obtenha: gravação de voz e de vídeo da minha pessoa para fins de pesquisa científica. Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser utilizados em encontros científicos ou publicados em revistas científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As gravações ficarão sob a propriedade e guarda dos pesquisadores desta pesquisa.

() SIM () NÃO

_____, ____/____/____.
Assinatura do participante local data

Gilsenei Tavares Pereira
Pesquisador Responsável

C. Carta de Anuência Institucional



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 21 de Setembro de 2023.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado *"A atenção e o cuidado à saúde das pessoas usuárias de álcool e outras drogas: uma análise da atenção psicossocial de Florianópolis"* do pesquisador responsável GILSENEI TAVARES Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto no âmbito da sua rede assistencial de saúde. Autoriza-se, portanto, a sua execução de acordo com o combinado com a comissão de pesquisa, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH, ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e **à disponibilidade dos serviços**. O período de execução será acordado entre comissão de pesquisa e pesquisador e será, em princípio, de 6 meses, a contar da data de apresentação do parecer favorável do CEP para esta comissão, podendo ser prorrogado, se necessário.

Documento assinado digitalmente
gov.br EVELISE RIBEIRO GONCALVES
Data: 21/09/2023 07:15:34-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPES
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Florianópolis

D. Roteiro de Entrevista

1. Você pode se apresentar, falando um pouco sobre sua formação e funções no projeto/serviço?
2. Você poderia contar um pouco a história do seu serviço/projeto?
3. Como você descreveria o cuidado em saúde no serviço/projeto que você está? Sempre foi dessa forma? o que mudou? Por quê?
4. O serviço/projeto trabalha de forma articulada com outros setores ou serviços?
5. Há um direcionamento técnico institucional que organiza a oferta desses cuidados em saúde mental AD no seu serviço? Qual?
6. O serviço trabalha com algumas das novas abordagens terapêuticas?
7. Qual a função e relação dos usuários no serviço/projeto? Para responder, considere a relação entre os próprios usuários e usuários e equipe técnica.
8. Você identifica que os usuários têm autonomia no seu processo de cuidado?
9. Você indicaria algum documento que oriente o seu trabalho (ou do seu serviço/projeto) com as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas?
10. Quais os maiores desafios e potencialidades encontradas no seu trabalho?
11. Você teria algo a acrescentar que julgue ser importante e não foi abordado nesta entrevista?