



# **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016*  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Vanessa de Oliveira Martins

## **A ATUAÇÃO DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA) COMO ALTERNATIVA À INTERNAÇÃO TRADICIONAL PARA USUÁRIOS DE DROGAS**

Palmas - TO

2018

Vanessa de Oliveira Martins

**A ATUAÇÃO DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA) COMO  
ALTERNATIVA À INTERNAÇÃO TRADICIONAL PARA USUÁRIOS DE DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Me. Lauriane dos Santos Moreira

Palmas - TO

2018

Dados Internacionais da catalogação na publicação (CIP)  
Biblioteca do Centro Universitário Luterano de Palmas  
Palmas – TO

M386a Martins, Vanessa de Oliveira  
A atuação das Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) como alternativa à internação tradicional para usuários de drogas / Vanessa de Oliveira Martins – Palmas, 2017.  
42 fls.

Orientação: Prof<sup>ª</sup> Me. Lauriane dos Santos Moreira

TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Psicologia. Centro Universitário Luterano de Palmas. 2017

1. Drogadição. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Unidade de acolhimento adulto. I. Moreira, Lauriane dos Santos II. Título. III. Psicologia.

CDU: 159.9

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária – Maria Madalena Camargo – CRB  
2/1527

Todos os Direitos Reservados – A reprodução parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código penal.

Vanessa de Oliveira Martins

**A ATUAÇÃO DAS UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO (UAA) COMO  
ALTERNATIVA À INTERNAÇÃO TRADICIONAL PARA USUÁRIOS DE DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Me. Lauriane dos Santos Moreira

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Lauriane, dos Santos Moreira  
Orientadora  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.<sup>a</sup> Dr. Ana Beatriz Dupré Silva  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Cristina D'Ornellas Filipakis  
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas - TO

2018

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pela força de superar todas as dificuldades e pela oportunidade de concretizar meus estudos, agradeço minha amada mãe Cláudia Ribeiro Oliveira pelo amor incondicional, por estar sempre ao meu lado me acompanhando, ajudando, dando apoio, sem medir esforços para que eu concluísse esta jornada acadêmica.

Meus familiares que de alguma forma contribuíram para minha formação ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos e colegas que me deram apoio emocional nos dias difíceis, me incentivaram a persistir e pela compreensão de muitas vezes não estar presente em momentos especiais, únicos e alegres.

Ao meu namorado Yure Ribeiro de Castro Barros por ter se tornado um grande companheiro, grande amigo, por ter sido paciente, compreensível e ter ficado do meu lado nos momentos em que mais precisei.

A instituição, por me oportunizar importante espaço de ensino e aprendizagem que facilita o meu sucesso profissional.

As minhas coordenadoras Irenides Teixeira e Cristina D'Ornellas Filipakis Souza, pelo extremo cuidado, carinho, atenção, confiança e amizade e a todos os professores do curso, que foram totalmente importantes no meu aprendizado.

Agradeço em especial minha querida professora e orientadora Lauriane dos Santos Moreira por toda sabedoria, ensinamentos, correções, incentivos e paciência e a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada!

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis. ” (José de Alencar)

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CTs	Comunidades Terapêuticas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
TR	Terapeuta Responsável

## RESUMO

MARTINS, Vanessa de Oliveira. **A atuação das unidades de acolhimento adulto (UAA) como alternativa à internação tradicional para usuários de drogas.** 2018. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2018.

O presente estudo consiste em uma revisão bibliográfica, onde foi analisado o instituto das Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) que busca estratégias de cuidado alternativa à internação tradicional para usuários de drogas. Para desenvolvimento do tema, diversas fontes teóricas, como artigos, monografias, livros e pesquisas contemporâneas sobre o tema foram utilizados. Conhecer e compreender o modo de funcionamento dessas Unidades é de grande relevância para a sociedade brasileira. Muitas famílias enfrentam problemas relacionados à dependência química e transtornos, mas não possuem conhecimento de como as UAAs podem contribuir para amenizar o sofrimento e auxiliar no resgate da dignidade e na inserção social dos usuários de drogas. A dependência de drogas é considerada uma doença (CID 10) que consiste na necessidade constante de substâncias psicoativas a nível fisiológico e/ou psicológico. Nesse contexto o Ministério da Saúde criou a Rede Sistema Único de Saúde que abrange a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atender os diversos transtornos psicológicos bem como os usuários de drogas. Dentro da RAPS foi segmentado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o CAPS AD que lidam com pacientes em situação de dependência de Álcool e outras drogas, oferecem atividades voltadas para o desenvolvimento psicomotor e a integração entre os participantes, sempre supervisionados por um profissional. Neste contexto, as UAA surgem no sentido de trazerem um suporte ao usuário, enquanto ele supera a fase de tratamento, não importando em sua internação. Tal tipo de atenção psicossocial é vinculada a uma complexa rede, a qual substituiu os antigos manicômios. Em sede de conclusão verificou-se que as UAAs são um marco importante no processo da Reforma Psiquiátrica e mostram uma transformação no paradigma da saúde mental, desde o atendimento individual ao atendimento do núcleo familiar, através de profissionais comprometidos com valores ético-políticos sociais.

**Palavras Chave:** Drogadição. Reforma Psiquiátrica. Unidade de Acolhimento Adulto.



## ABSTRACT

The study has a bibliographical review, where it was analyzed the institute of the Units of Adult Accompaniment (UAA) that seeks strategies of health care for the traditional industry for drug users. For the development of the theme, several theoretical sources, such as articles, monographs, books and contemporary research on the theme were used. To know and visualize the way of functioning of the Units of great relevance for the Brazilian society. Many families face problems related to chemical dependence and disorders, but are not known how UAAs can contribute to alleviate suffering and help rescue dignity and social inclusion of drug users. Drug dependence is a disease (CID 10) which consists of the constant need for psychoactive substances at the physiological and / or psychological level. In this context, the Ministry of Health created a Network of Unique Health System created a Network of Psychosocial Care (RAPS) to meet the various psychological disorders as well as drug users. Within the RAPS, the Psychosocial Care Center (CAPS) and CAPS AD dealt with patients in situations of dependence on alcohol and other drugs, direct activities aimed at psychomotor development and integration among participants, always supervised by a professional. In this context, as UAAs arise in the sense of bringing a support to the User, while it surpasses the stage of treatment, regardless of their hospitalization. This kind of psychosocial attention is linked to a complex network, one that has replaced the old asylums. As a conclusion, it was verified that as UAAs are an important milestone in the process of Psychiatric Reform and show a paradigm-free transformation of mental health, from individual care to family care, through professionals committed to ethical-political values.

**Keywords:** Drug addiction. Psychiatric Reform. Adult Reception Unit.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>15</b>
2.1 HISTÓRICO.....	15
2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA, UM PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO.....	18
<b>3 INTERNAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO PARA LIDAR COM A DROGADIÇÃO .....</b>	<b>24</b>
3.1 DROGADIÇÃO .....	24
3.2 O ANTIGO MODELO DE INTERNAÇÃO DO USUÁRIO DE DROGAS .....	25
3.3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A RECUPERAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO DE DROGAS.....	27
3.4 O MODELO ATUAL DE TRATAMENTO DA DROGADIÇÃO: FORMAS DE TRATAMENTO QUE NÃO IMPLICAM EM INTERNAÇÃO.....	28
<b>4 AS UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO EM UM CONTEXTO DE TRATAMENTO DE DROGADIÇÃO .....</b>	<b>32</b>
4.1 UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO DOS CAPS E OS SERVIÇOS OFERTADOS.....	30
4.2 O ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE TÉCNICA DAS UAAS E DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO DO USUÁRIO DAS UAAS .....	34
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona atendimento gratuito de modo integral à população brasileira, garantindo um direito fundamental do cidadão, contemplando também as ações de Saúde Pública como a prevenção, assistência e vigilância relacionadas ao ambiente de trabalho (CAVALCANTI, 2014).

A política de saúde brasileira, realizada com os usuários de drogas, é voltada à atenção integral baseada num modelo extra-hospitalar, onde o usuário fica inserido na comunidade, com caráter interdisciplinar e que não propicia o isolamento social do dependente químico. Com esse objetivo foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Neste contexto, a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) consiste em um serviço da RAPS que acolhe transitoriamente usuários de drogas que realizam tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), onde o paciente pode também trabalhar ou estudar oferecendo uma moradia digna ao usuário de drogas. Importante frisar que também existe a modalidade de Unidade de Acolhimento para Adolescentes, no entanto, o foco do presente estudo é o público adulto.

Os Centros de Atenção Psicossocial atendem, especialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grande comprometimento psicológico, incluindo as alterações pertinentes ao uso de álcool e drogas, como também crianças e adolescentes com tais problemas (BRASIL, 2004).

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) caracterizam-se como entidades que possuem vínculos com a UAA para o atendimento à pessoas com algum problema psíquico com relativa gravidade relacionados ao uso e/ou abuso de drogas.

Os usuários dos CAPS, nesse caso modalidade AD, podem ter uma longa história em entidades psiquiátricas, por meio de atendimentos ou internações em outros serviços de saúde. O atendimento inicial acontece através do acolhimento e escuta do sofrimento, que poderá acontecer de diferentes formas, de acordo com o aparelhamento do serviço. O objetivo do primeiro contato é começar uma vinculação terapêutica com os profissionais da instituição (BRASIL, 2004).

Então, as UAA funcionam como casas nas quais são atendidos os usuários do CAPS AD, com amparo profissional, onde os indivíduos se estabelecem por determinado período (MENDES, 2015).

Configuram-se, dessa forma, como serviços onde os pacientes recebem cuidados para lidar com essa problemática através de consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais ou em grupos, medicação, dentre outros (FIORATI; SAEKI, 2013).

Diante de uma sociedade que se depara com um grande contingente de pessoas dependentes de álcool e drogas em geral - estima-se que 29 milhões de pessoas no mundo, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2016) - faz-se necessário conhecer as Unidades de Acolhimento Adulto que por sua vez oferecem serviços de atendimento a estes usuários, já que hoje a sociedade luta pela inclusão.

De uma forma geral, a importância do estudo, consiste em saber se as UAAs podem auxiliar os usuários e famílias na busca de amenizar o sofrimento, se de alguma forma proporcionam melhorias na qualidade de vida de pessoas dependentes.

Socialmente, o estudo em tela pretende propiciar um conhecimento maior sobre o tema abordado, demonstrando a utilidade das UAAs, as quais podem servir como um dispositivo de serviço novo, que tem características semelhantes das *Housing First*, metodologia criada pelo psicólogo Sam Tsemberis, que, em vez de tratar com o transtorno mental ou a dependência de drogas da população em situação de rua, propôs primeiro garantir direitos básicos, como o de moradia<sup>1</sup>. Tal estratégia é contrária à lógica habitual das internações. Portanto, existem poucas pesquisas publicadas sobre o tema, sendo que o estudo poderá ajudar o serviço (UAA), de forma que haja melhorias em sua qualidade de atendimento junto aos usuários, caso sejam apresentadas para os servidores dessas unidades.

Por tudo, o presente trabalho tem por objetivo discutir sobre o potencial das Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) como alternativa de cuidado à internação tradicional para usuários de drogas e a manutenção dos direitos fundamentais do indivíduo.

Como metodologia, optou-se pela pesquisa bibliográfica, constituída fundamentalmente por textos legais, artigos científicos, documentos oficiais, dentre outros, os quais deram o embasamento teórico-científico necessário para discutir a tema proposto, em seus aspectos históricos, jurídicos e sociais. Para Gil, “a pesquisa bibliográfica consiste no exame da literatura

---

<sup>1</sup> Informação retirada da reportagem “O método para tirar milhares de ‘sem teto’ da rua”, publicada pelo Jornal El País. Disponível em: < [https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/11/economia/1478889909\\_914418.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/11/economia/1478889909_914418.html)>. Acesso em: 10 set. 2017.

científica, para levantamento e análise do que já se produziu sobre determinado tema” (GIL, 2010, p. 117).

A estrutura do trabalho está dividida em quatro capítulos, o primeiro se refere a introdução onde são apresentados o tema, a justificativa e importância do trabalho, bem como os objetivos. No segundo capítulo são tratados os temas de “saúde mental e reforma psiquiátrica”, contendo o histórico de como a “loucura” era vista desde os tempos antigos até os dias atuais, passando pela reforma psiquiátrica em nível mundial e brasileira, citando alguns dispositivos encontrados na atual política de saúde mental.

No terceiro capítulo com tema “internação como estratégia de tratamento para lidar com a drogadição”, visa especificamente as internações como forma de tratamento para dependentes químicos, quando no terceiro o tema “as unidades de acolhimento adulto em um contexto de tratamento de drogadição”, aborda sobre drogas, demanda atendida dentro das UAAs, em seguida passando a explicar especificamente sobre Unidade de Acolhimento tanto adulto quanto infantil, explicando o que é em detalhes e relacionando com a garantia de direitos humanos, além de mostrar que a proposta de UAA busca seguir a lógica dos *housing first*, projeto amplamente difundido nos Estados Unidos, após ser criado no Canadá.

O quarto capítulo apresenta a atuação das UAAs em um contexto de tratamento de drogadição, assim como os profissionais que atuam dentro dessas instituições e sua relação com a família e os usuários de drogas, mostrando também as áreas de atuação das UAAs.

Por fim, as considerações finais compilam com o que foi apresentado no desenvolver da pesquisa e sugere um novo trabalho que pode ser realizado a partir dos resultados obtidos.

## 2. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

### 2.1 HISTÓRICO

Historicamente, desde os gregos antigos, as concepções de loucura, saúde e doença têm sofrido transformação devido às mudanças das referências sociais influentes conforme a época em questão. Nos povos antigos, definido como período cosmológico, a doença era explicada com base numa visão mágica de mundo, sendo os demônios e espíritos malignos responsáveis pelo adoecimento no indivíduo, e os tratamentos eram religiosos, onde o feiticeiro ou xamã, detinha poder da cura. Essa concepção de doença se deve a um pensamento pré-lógico, pois todas as causas eram atribuídas a outros seres humanos ou fenômenos sobrenaturais, numa atitude animista (PEREIRA, 2014).

O adoecimento mental, popularmente conhecido como loucura, está presente na história da humanidade desde sua origem. Inicialmente a loucura esteve associada a possessão demoníaca. Durante boa parte da história da humanidade os loucos eram protegidos, pois se acreditava que eles possuíam um canal de comunicação direto com os espíritos e porque seu comportamento não podia ser previsto (COSTA, 2010).

Enquanto que no período Medieval e da Idade Média difundiu-se a crença de que todas as respostas estavam nas escrituras sagradas e as tentativas de explicar o adoecimento mental ficaram a cargo da demonologia. Então, o adoecimento mental passou a ser considerado como uma punição por abandonar a Deus, consequência de prática de bruxaria ou possessão por demônios (PEREIRA, 2014).

Com isso, os tratamentos passaram a basear-se em perguntas elaboradas pelos clérigos para descobrir o quanto a pessoa havia se afastado de Deus, expulsão de demônios e mortes. Posteriormente, abandonou-se a ideia de castigo divino para explicar os comportamentos anormais e um caráter moral foi atribuído à loucura. Desse modo, o adoecimento mental passou a ser considerado como um sinônimo para a preguiça e a avareza, características que desqualificavam seus portadores (FOUCAULT, 2010).

No período da Idade Média até o período do Renascimento, com a Igreja em ascensão, a influência religiosa era inquestionável, e o modelo predominante para explicar os comportamentos ditos anormais era baseado em uma concepção místico-religiosa, que usavam como justificativa a influência de demônios, feitiçaria e possessão como agentes desviantes de um bom comportamento (BORGES, 2012).

Ainda na Idade Média, segundo Foucault (2010), o “louco” era ignorado, pois as doenças, que hoje são consideradas como psicopatologias, ainda não eram reconhecidas pelos profissionais de saúde da época, e os doentes eram reféns de dogmas religiosos, acreditando que estavam sendo acometidos por algum castigo divino, sendo punido pelos males que fizeste, e a espera de uma cura mágica.

Pessoti (1996) destaca que no século XII o paciente era internado devido às possíveis influências do ambiente externo, por isso ele devia ser isolado da sociedade.

A intenção evidente é de proteger o alienado, além de “revigorá-lo”. A reclusão dos loucos, ou a chamada “institucionalização”, teve no curso da história, várias modalidades. A mais antiga era de recolher os loucos, juntos com outras minorias sociais, em edifícios mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Frequentemente tais edifícios eram os antigos leprosários, antes usados para segregar o leproso em proteção da saúde pública, agora usados para abrigar e dar alguma assistência aos marginalizados de todo o tipo. A essas instituições chama-se de Asilos, visto terem a mera função de abrigo ou recolhimento. Posteriormente aparecem, instituições hospitalares (muitas vezes filantrópicas) destinadas a dar tratamento médico a doentes sem recursos e que passam a acolher e tratar também os loucos (PESSOTI, 1996, p. 151).

Essas instituições eram dirigidas normalmente por religiosos sem qualquer tipo de acompanhamento de médicos ou outros profissionais capacitados, assim não tinham um objetivo psiquiátrico, esses locais apenas acomodavam e alimentavam os indivíduos alienados, mas os indivíduos viviam em péssimas condições de salubridade e higiene. Posteriormente, esses locais passaram a ser chamados de Hospícios (PESSOTI, 1996, BORGES, 2012).

No período do Brasil Império, o primeiro local conhecido como Hospício, no país, funcionava no Hospital Santa Casa de Misericórdia (SANTOS, 2010). No entanto, o Hospital não tinha estrutura para receber os alienados visto que não possuía condições suficientes de abrigo aos internados, já que a princípio não havia sido projetado para tal função, como observa Machado (1978):

A repartição dos homens, por exemplo, fica no andar térreo, embaixo de uma enfermaria-escola que, por ter o assoalho de tábuas sem forro, expõe os alienados continuamente ao barulho; as janelas dos quartos dão para o quintal onde se encontram bois, bestas e carros não permitindo o isolamento com relação ao exterior, expondo os loucos não só ao ruído como também aos ludíbrios e insultos dos transeuntes; como as paredes que separam os quartos têm um intervalo perto do teto, ocupado por uma balastrada de ferro, toda a população enclausurada, ‘principalmente os dementes, os velhos, os menos furiosos e os escravos’, ficam encerrados em uma sala que também dá para o quintal, ‘dormem em tarimbas ou ficam presos a um grande tronco fixo, aonde também vão parar por castigo os escravos da casa que cometem faltas (MACHADO, 1978, p. 378 apud SANTOS, 2010, p. 34).

Somente após o século XVII, os médicos puderam ter um olhar menos fatalista do ser enfermo, a contar da influência das psicologias filosóficas, o que diminuiu o poder de influência religioso, e conseqüentemente afastaram os doentes dos dogmas religiosos, que foram se transformando gradualmente em dogmas de razão. No entanto, as explicações religiosas só foram completamente desvinculadas no período do Renascimento e com a Reforma, sendo percebido a partir de um novo olhar médico e finalmente científico, que os possuídos na verdade eram doentes mentais (FOUCAULT, 2010).

Mesmo com um novo olhar em relação à loucura, o espaço do doente não mudou, continuaram sendo excluídos da sociedade, pois são considerados como pessoas inaptas, imorais, indisciplinados, perigosas e improdutivas, assim como os criminosos, que devem ser afastados do convívio social, mas se diferem destes porque podem ser contidos com a mendicância (SANTOS, 2010).

Em meados do século XII que o mundo da loucura se transforma no mundo da exclusão, pois “antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão” (FOUCAULT, 2010).

E nesse período foram criados estabelecimentos para internação que não eram destinados apenas aos loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes entre si, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração" (FOUCAULT, 1975, p.78 apud ZIMMER, 2011, p. 34).

Diante dessas condições, é aberto em Paris o Hospital Geral, que serve sobremaneira como prisão, ao invés de seguir a proposta realmente de um hospital, que seria fornecer tratamento aos adoecidos, pois os que eram direcionados a estas casas não iam para serem tratados, mas por conta de não poderem fazer parte da sociedade. E como nesse novo momento, os valores da sociedade estavam voltados ao consumo, os loucos não eram mais vistos como “possuídos”, mas como “improdutivos”, sendo apresentados como um problema social (BORGES, 2012).

A partir do meio do século XVIII, os loucos começam a reaparecer na vida cotidiana e os reformadores propuseram mudar a concepção criada pela sociedade de pavor ao hospital, querendo definir novos métodos de auxílio financeiro e de cuidados médicos, para que os pobres pudessem se beneficiar de tratamento nas suas próprias casas. No mais, este tipo de benefício não se estenderia aos loucos, já que as casas de internamento foram destinadas



exclusivamente a estes, pois poderiam colocar a integridade de suas famílias e da coletividade em risco, e deveriam continuar sendo contidos, e aos que permitissem ou facilitassem a esses loucos, errar, seriam sancionados penalmente (MONTEIRO, 2011).

É nesse momento, a contar das descobertas significativas da ciência, que puderam perceber que a loucura tinha causas físicas, buscando explicações orgânicas, deixando agora, os pacientes receberem cuidados especializados de médicos, que no caso eram os psiquiatras (BARROSO; SILVA, 2011).

## 2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

Até o final do século XVIII não existia qualquer distinção de tratamento, pois todos aqueles que eram indesejáveis à sociedade eram aprisionados para não causar qualquer tipo de constrangimento societário. Se as pessoas acometidas de transtorno mental fossem tranquilas poderiam vagar, mas caso apresentassem algum risco à sociedade ou fossem inoportunas e violentas, eram recolhidas e excluídas de qualquer relação social. Alguns passavam a vida toda em asilos ou porões, sofrendo maus tratos que iam desde a privação das necessidades fisiológicas até tortura física e psicológica (ARAGÃO, 2008).

No Brasil, Monteiro (2011b) observou que a sociedade mais abastada procura se manter longe dos indivíduos que apresentavam alguma anormalidade, excluindo-os:

A opulência da sociedade belenense do século XIX procurava esconder suas agruras e a exclusão a qual o povo era submetido como a economia da borracha que beneficiava poucos e explorava muitos. Durante quase todo o referido século, a Santa Casa de Misericórdia foi à única instituição de saúde pública de Belém que era dirigida por religiosos e que atendia os casos de saúde mental, inclusive os que eram chamados de “loucos” (MONTEIRO, 2011b, p. 41).

A partir da segunda metade do século XIX foram criados, no Brasil, os primeiros estabelecimentos específicos para pessoas com transtornos mentais, porém mais pareciam prisões do que lugares para reabilitação. A grande maioria das instituições que atendiam doentes mentais trabalhava na perspectiva do surto, e não a reabilitação e reinserção social do usuário (COSTA, 2010).

No Brasil, a assistência psiquiátrica seguiu influências europeias, onde os nobres consideravam o indivíduo “louco” como alienado, que deveria ser excluído do meio social através da internação hospitalar. Em 1890, é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, de caráter asilar e com predominância excludente da sociedade (SILVA, 2017).

Na década de 1960, a Europa já incorpora novas propostas e no Brasil foram estudadas as possibilidades dessas mesmas mudanças para o país, tais como a psiquiatria preventiva e comunitária, e as comunidades terapêuticas, que buscam a humanização dos hospitais (KOGA, 1997).

A reforma dos institutos da psiquiatria foi um marco para o processo de humanização dos sujeitos acometidos por doenças mentais, a famosa loucura. O principal movimento liderado por Franco Basaglia no Hospital Psiquiátrico, na Itália, em 1961. Esse movimento que repercutiu em todo mundo foi um divisor de águas para a reforma Psiquiátrica e também serviu como precursor para a reforma brasileira. Tal movimento estabelecia uma forma mais humana de ver e tratar os doentes mentais, culminando em uma mudança na prática e na técnica com que vinha tratando a psiquiatria clássica da época (BARROSO; SILVA 2011).

A partir de 1978, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que realizou críticas às más condições de trabalho e de tratamento, iniciando a constituição da reforma psiquiátrica no Brasil e a entrada da saúde mental no setor público (ZGIET, 2013).

O MTSM une-se ao Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), conseguindo desenvolver uma postura política e fortalecer seu discurso técnico, obtendo alguns avanços, como a ruptura com o paradigma psiquiátrico existente e ineficaz, passando a lutar a favor da desconstrução de hospícios. Em 1987, adotam o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e apresentam propostas de cuidados na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), realizada com a proposta de ampliar o conceito de saúde mental, incluindo entre outros, a participação popular (BRASIL, 2012).

Em 1979, na cidade de São Paulo, foi realizado o primeiro Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, reunindo diversos profissionais que reivindicavam contra as péssimas condições das instituições psiquiátricas e os maus-tratos oferecidos aos internos. A reforma psiquiátrica iniciou-se no final da década de 1980 e tinha como bandeira de luta a reivindicação dos direitos do portador de transtorno psíquico, bem como a sua cidadania (AMARANTE, 2014).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a criação do SUS em 1990, a saúde mental ganhou maior visibilidade, e as remotas maneiras de tratamento envolvendo o isolamento social passaram a ser questionadas. Em 1992, alguns estados

brasileiros aprovaram as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos de ordem psiquiátrica por uma rede de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2014).

Em Santos (Estado de São Paulo) no ano de 1989, em decorrência desse novo paradigma de atenção à saúde mental, foi fechada a Casa de Saúde Anchieta, na época conveniada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Para o atendimento da demanda do município, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que serviram de modelo para todo o País e que provaram que era e é possível tratar o paciente com transtorno mental sem internação psiquiátrica. O município de Santos utilizou-se dos meios de comunicação e por intermédio de um programa de rádio divulgava à população informações sobre os transtornos mentais e buscava desestigmatizar a imagem que a sociedade tinha sobre a loucura e sobre os pacientes (SANTOS, 2005).

Seguindo esse contexto, o SUS implementa-se após as Leis nº 8.080/90 e nº 8142/90, que estabelecem normas, objetivos, princípios e diretrizes para o seu pleno funcionamento, e criam-se assim possibilidades para a instituição no Ministério da Saúde, em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental (Brasil, 1990; BRASIL, 2012).

Em 2001, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que ressaltava a importância da atenção psicossocial em saúde mental. Por meio da Lei n. 10.216/2001, foram garantidos os direitos de que pessoas com transtornos mentais pudessem circular livremente pelos serviços sociais e assistenciais, bem como pela comunidade e sociedade em geral, e o cuidado integral, por equipe multiprofissional, de preferência em serviços de base comunitária. Além disso, entram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços diários, como os CAPS e o Hospital-Dia (SUPERA, 2006).

Mesmo com os dispositivos legais criados e as reformas impostas o tratamento do doente mental não teve mudanças significativas como aponta Salles e Barros (2007):

Apesar da legislação em saúde mental indicar a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos e priorizar o tratamento extra-hospitalar, na comunidade, considerando o doente mental como um cidadão, não é isso que se observa na prática. O grande número de reinternações em hospitais psiquiátricos vai de encontro com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Por isso, emerge a questão sobre o que acontece com o doente mental após uma internação (SALLES; BARROS, 2007, p. 74).

Após muitas lutas e legislações aprovadas, em 2004 é realizado o Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, com objetivo de discutir o processo

de qualificação dos serviços. Com o objetivo de conseguir com o atendimento ambulatorial a progressiva diminuição das internações em leitos psiquiátricos, como também incluir as ações de saúde mental na atenção básica, implementando uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (SUPERA, 2006).

Com a mudança do modelo assistencial propiciado com o advento dos marcos legais da Saúde como responsabilidade do Estado, foram criados mecanismos de efetivação desse direito. A partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde, com o Decreto nº 7.508 de 2011 a atenção psicossocial passa a ser obrigatória como uma das ações e serviços regionalizados obrigatórios.

Art. 5º para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: (...) III - atenção psicossocial. Mais adiante, conforme artigo 9º, inciso III do mencionado decreto, a atenção psicossocial também é considerada porta de entrada das ações e serviços de saúde, por meio da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

A história humana foi sendo transformada ao longo de séculos e modos de produção societária, pois nem sempre o sofrimento psíquico e as patologias foram objeto de atenção e tratamento e nesse processo, a atenção médica para a “loucura” teve um percurso sinuoso e bem diferenciado no tempo e no espaço (FOUCAULT, 2010).

Ao longo do século XX se efetivou uma transformação radical nos cuidados à saúde, somando esforços para a busca de tratamentos que evidenciavam uma individualização dos sujeitos da atenção, com um conseqüente alongamento da vida humana, concomitantemente em que se multiplicaram as tecnologias da assistência; se tornaram então cada vez mais complexas as relações humanas e a sociedade que vivia de modo mais acelerado no espaço urbano (ZGIET, 2013).

Do modelo higienista, excludente das primeiras décadas do século XX, que promovia o isolamento, centrado na hospitalização e buscava o tratamento, controle com pouca tecnologia passou a vigorar em meados da metade desse século a aplicação maciça da medicalização e o poder médico sobre o diagnóstico e o tratamento que mantinham sob o paradigma biomédico a exclusão e o isolamento (COSTA, 2010).

Com as conseqüências das transformações sociais depois da Segunda Guerra Mundial e outras condições de vida, a psiquiatria e os conhecimentos psicológicos foram sendo cada vez mais articulados com os saberes da sociologia, antropologia e ciências políticas, propiciou-se

uma mudança paradigmática nas formas de cuidados e tratamentos à saúde (AMARANTE, 2014).

A mudança em curso promoveu nas últimas décadas desse século a disseminação dos serviços e meios que buscavam mais do que a mera somatória de desenvolvimento tecnológico para os cuidados, mas resgataram a necessidade do olhar para o ser humano dentro do seu contexto. Assim, passou-se a examinar os condicionantes e determinantes da saúde e da doença, promovendo um novo modelo assistencial, o da atenção psicossocial, que vai sendo construído na multiplicidade e diversidade dos desafios para a qualificação da vida humana dentro do modo de produção que na sua base gera e perpetua formas de exclusão social (CAMPOS, 2015).

Então, dentro do contexto da Política Nacional de Saúde Mental, apresenta-se como objetivo do Governo brasileiro diminuir os leitos psiquiátricos, fortalecendo a rede extra-hospitalar através de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - que segundo definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) consistem em: “[...] serviços de saúde aberto e comunitário do SUS, sendo um lugar de referência e de tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros”.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido, mas é pertinente afirmar que é incontestável o marco e avanço obtido no campo da reforma psiquiátrica com o surgimento dos CAPS, como um dispositivo de atenção à saúde mental, em áreas historicamente desprovidas de bens e serviços, de Residências Terapêuticas, além de várias ações que visam resgatar a contratualidade dessa clientela (BISNETO, 2011).

Os CAPS passaram a ser remunerados conforme a frequência de seus usuários e foram classificados em CAPS I, II ou III, de acordo com a abrangência populacional. Além disso, surgiram os CAPS (voltados para crianças e adolescentes) e CAPS AD (voltados para pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e substâncias psicoativas) (BISNETO, 2011).

Os CAPS também poderão funcionar como uma central de regulação e distribuição de medicamento em saúde mental, ou seja, podem ser unidades de referência para dispensa de medicamentos básicos e excepcionais, conforme decisão da equipe gestora. Ainda:

Os CAPS poderão dar cobertura às receitas prescritas por médicos das equipes de saúde da família e da rede ambulatorial e, em casos específicos, aos pacientes internados em hospitais da região que necessitam do uso de medicamentos de alto custo. Os CAPS devem contar com um espaço próprio e adequado, preparado para atender à sua demanda específica, num ambiente estruturado. O funcionamento é de no mínimo cinco dias na semana (segunda à sexta), a depender do tipo de CAPS (o CAPS III possui acolhimento noturno e funcionamento nos finais de semana). Os pacientes possuem direito a refeições, cuja quantidade diária é definida de acordo com tempo que os mesmos permanecem na unidade (BRASIL, 2004).

Os usuários dos CAPS recebem primeiramente um acolhimento na unidade e acompanhamento psicológico para compreenderem suas necessidades. Posteriormente, inicia-se um tratamento terapêutico e se necessário o uso de medicamento e o acompanhamento regular dos profissionais da instituição (BRASIL, 2004).

### **3 INTERNAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO PARA LIDAR COM A DROGADIÇÃO**

#### **3.1 DROGADIÇÃO**

Na antiguidade, as drogas eram utilizadas em rituais místicos, na busca de prazer. “Os egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor e como abortivo”. Assim, o uso de algumas substâncias psicoativas não representava perigo ou problema social, uma vez que eram utilizadas, de certa forma, como meio de inserção social (SENAD, 2011).

Na América do Sul o uso de substâncias alucinógenas começou com o consumo de plantas há 11 mil anos, havendo registros na Grécia Antiga, entre os egípcios há registros de farmacologia, uso de ópio e outras plantas que alteram a consciência. Ainda, para os gregos antigos, não havia o estigma moral do uso das drogas, pois a sensação de prazer era uma parte central de como viver uma boa vida. Usar droga não era uma questão de certo ou errado. Os gregos antigos e outras sociedades pagãs tinham as drogas como uma forma de conexão com deuses. Dessa forma, raras foram as sociedades antigas que pregaram a abstinência. Esparta, que era de uma tradição militarista, condenava o uso do vinho (CARNEIRO, 2002 apud PINTO, 2017, p. 32).

O uso crescente de drogas, com potencial de abuso, torna-se uma grande preocupação, visto que os prejuízos sociais, psíquicos e fisiológicos se caracterizam como um problema de saúde pública. “Estimativas da OMS (Organização Mundial de Saúde) indicam que 10% da população mundial apresentam dependência. No Brasil, esse índice chegaria a 18% dos homens adultos.” (CAVALIERI; EGÍPTO, 2002).

Cite-se o exemplo de um sujeito/indivíduo que pode consumir bebidas alcoólicas nos finais de semana e não seja considerado dependente, assim como podem existir indivíduos que passam anos sem consumir bebidas do gênero e em apenas um gole retornam ao consumo inicial de anos atrás (SOTTILI, 2009).

A drogadição caracteriza-se como doença e não tem cura (CID 10), mas possui tratamento com acompanhamento profissional em diversos serviços, como internação por meio de hospitais, clínicas e comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), bem como a participação da família, que é de grande relevância neste processo. Geralmente, o uso de alguma substância inicia-se por meio de alguma intervenção social e/ou contato social, raramente alguém inicia ou permanece usando sozinha e isoladamente, ou seja, o consumo está ligado, em geral, a um grupo que também faz uso (AMARANTE, 2014).

O conceito atual de drogadição é descritivo, baseado em sinais e sintomas. A dependência é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação de diversos fatores de risco, aparecendo de maneiras distintas em cada indivíduo (CRM/SP, 2003).

Casos de reincidentes químicos acontecem frequentemente, e cabe lembrar que o dependente não está sozinho neste universo de consumo e problema. Este possui laços e vínculos de relações que se caracterizam como parte importante do processo de tratamento. A família constitui-se como importante ator no processo de prevenção, tratamento e recuperação (SOTTILI, 2009).

Assim, o convívio social, bem como os sujeitos que compõem o contexto, são importantes para o tratamento dos usuários de drogas. O tratamento permitirá diminuir as consequências negativas do consumo, ou seja, incluir a prevenção de HIV, tratamento de hepatites e doenças psiquiátricas (como depressão e psicose), bem como a prevenção de recaídas (SENAD, 2011).

### 3.2 O ANTIGO MODELO DE INTERNAÇÃO DO USUÁRIO DE DROGAS

Ao longo da história, em especial no século XX, as pessoas em situação de drogadição poderiam ficar internadas em manicômios, na mesma situação de “doentes mentais”. Tal situação é bem retratada no filme *Bicho de Sete Cabeças*, (em 2000 dirigido por Laís Bodanzky), o qual é baseado em um livro autobiográfico de Austregésilo. A história retrata que um jovem de 17 anos foi internado em um manicômio em virtude de fumar maconha. Tal internação foi determinada pelo pai do usuário, que teria encontrado o cigarro de maconha em suas roupas. Internado em tal instituição, o jovem fora submetido a seções de eletrochoques. Frisa-se que a internação foi involuntária, sendo que o internado fora levado ao manicômio sem nenhuma explicação (MEIRA, 2012)

O tratamento de pessoas em situação de drogadição antes da Reforma Psiquiátrica era muito degradante. Os pacientes, submetidos a inúmeras seções de eletrochoque, além de diversos fármacos, diziam estar curados do vício em virtude do medo de serem submetidos novamente a tais intervenções psiquiátricas. Havia, ainda, a mercantilização do tratamento de drogadição (entendido como loucura) isso porque havia incentivos financeiros para as instituições em virtude do número de pacientes lá internados, não havendo normas de fiscalização coerentes e, muito menos, a possibilidade de avaliações que denotassem em descredenciamento. Logo, havia superlotação dos manicômios em razão de tal auxílio. Na saída



do internado do manicômio, não havia amparo para com este, podendo ocorrer a retorno às drogas (MEIRA, 2012).

Tal situação ilustra bem como era o tratamento de drogadição antes da já exaurida Reforma Psiquiátrica, a qual vem a se consolidar nas críticas ao modelo hospitalocêntrico de assistência, inclusive, em casos de tratamentos de drogadição. Enfatiza-se o direito ao exercício da cidadania como importante fator nesse processo e a participação de diferentes setores sociais: além do portador de transtorno psíquico, do usuário de drogas, encontra-se também sua família. O crucial era a construção do processo de cidadania (SCHNEIDER, 2008).

A luta antimanicomial, ressaltada no capítulo anterior, iniciou com os profissionais e, aos poucos, incorporou os pacientes em situação de drogadição e suas famílias, ganhando força e se constituindo como a Reforma Sanitária, que buscava a desinstitucionalização, as transformações culturais da sociedade na relação com a loucura e a ampliação do contexto de saúde do indivíduo com transtornos psíquicos (AMARANTE, 2014).

A reforma psiquiátrica veio com o objetivo de modicar a assistência prestada não somente aos sujeitos acometidos pelas doenças mentais, mas também aos pacientes em estado de drogadição, gradualmente trazendo a eles uma assistência mais humanizada, vendo o sujeito como um todo, não podendo ser separado em partes; “levando a garantia de uma inclusão social”, buscando livrá-los da situação fragilizada do vício em substâncias psicoativas (BORGES, 2012).

No caso de drogadição, tal mudança de paradigma ocorre em virtude de uma série de fatores, entre os quais, a própria evolução da psicologia clínica. Isso porque nas décadas posteriores à Segunda Guerra Mundial, os psicólogos clínicos se especializaram na abordagem frente a diversos distúrbios, não se esquivando da intervenção junto a pacientes em situação de drogadição (GOODWIN, 2005).

A psicologia clínica, ao menos como é conhecida hoje, não existe antes da Segunda Guerra Mundial. No momento em que há uma preocupação em atender as pessoas diretamente, por intermédio dos instrumentos próprios à psicologia, pacientes de drogadição passam a precisar de tais serviços. Com isso, amadurece a visão da pessoa do dependente (GOODWIN, 2005).

Atualmente o modelo de tratamento em drogadição é bem distinto do que era oportunizado anteriormente, como a criação das Comunidades Terapêuticas e dos CAPS.

### 3.3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A RECUPERAÇÃO PSICOSSOCIAL DO USUÁRIO DE DROGAS

As Comunidades Terapêuticas (CT) caracterizam-se como um modelo de serviço de atenção à pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Essas “[...] comunidades trabalham na perspectiva de autoajuda, da responsabilidade pessoal, do interesse responsável pelo outro, da responsabilidade social e dos valores da família.” (SOTTILI, 2009).

Além disso, as CT em geral caracterizam-se por um ambiente para a recuperação psicossocial por meio do convívio do dependente químico com outras pessoas que compartilham a mesma problemática (AMARANTE, 2014).

As Comunidades Terapêuticas e as fazendas para tratamento de dependentes químicos disponíveis no nosso meio possuem as mais variadas orientações teóricas e, em geral, utilizam uma filosofia terapêutica baseada em disciplina, trabalho e religião. Esse recurso deve ser reservado para indivíduos que necessitam de um ambiente altamente estruturado e para aqueles com necessidade de controle externo (nenhuma capacidade de manter abstinência sem auxílio). Algumas disponibilizam atendimento médico e devem ser preferidas quando houver possibilidade de uso de medicação por comorbidade ou dependência grave (PEREIRA, 2008, p. 182).

Para atuarem, as CTs precisam de autorização das vigilâncias sanitárias estaduais ou municipais, além de seguirem a legislação vigente, a Resolução - RDC nº. 101, de 30 de maio de 2001, que dentre as exigências orienta que cada CT poderá tratar de, no máximo, sessenta pessoas divididas em dois alojamentos (SOTTILI, 2009).

Os grupos de autoajuda como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) também se caracterizam como meios de tratamento aos dependentes químicos ou adictos. No caso do AA, os integrantes reúnem-se com objetivo de alcançar a sobriedade e o desejo de parar de consumir bebidas alcoólicas. Utilizam a metodologia dos dozes passos, que consiste em evitar o primeiro gole, um dia de cada vez, para isso, compartilham suas experiências e forças nas reuniões, onde não há internações (SOTTILI, 2009).

Estes programas são gratuitos e servem de apoio no processo de tratamento, pois os participantes podem se orientar e aderir às experiências dos demais membros do grupo que são socializadas, e contribuem com indicações de como lidar com a vida cotidiana e enfrentar as pressões vivenciadas, em alguns casos estimulando os dependentes a manterem um estilo de vida sóbria (SOTTILI, 2009).

Como não existem receitas prontas e os comportamentos dos indivíduos, bem como sua organização orgânica são diferentes, no que se refere ao tratamento, o que pode ser eficiente

para um usuário, no sentido de contribuir na abstinência, pode não ter o mesmo sucesso com outros indivíduos (AMARANTE, 2014).

Neste sentido, a rede de serviços socioassistenciais torna-se imprescindível no enfrentamento desta problemática, com diversas metodologias de tratamento, acompanhamento e reinserção social dos usuários (SENAD, 2011).

### 3.4 O MODELO ATUAL DE TRATAMENTO DA DROGADIÇÃO: FORMAS DE TRATAMENTO QUE NÃO IMPLICAM EM INTERNAÇÃO

Conforme citado anteriormente, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, amparada pela Lei 10.216/2001, oportunizou aos cidadãos portadores de algum tipo de transtorno mental o acesso ao atendimento em saúde visando principalmente a reinserção social (SUPERA, 2006).

A responsabilidade do Estado na implementação desta política de assistência e a promoção de ações em saúde mental tem se efetivado por meio da ampliação desta rede extra-hospitalar no desenvolvimento de ações na atenção básica e nos serviços substitutivos, denominados Centros de Atenção Psicossocial. “As principais características deste modelo são: unidades de saúde localizadas na comunidade, serviços abertos, territorializados [...]”. (SUPERA, 2006).

Para alcançar esse objetivo o Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é um componente do Sistema Único de Saúde (SUS) e atuam em diversos locais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2011).

Essa rede é composta por uma série de ações, sendo estas: a) Atenção Básica em Saúde; b) Atenção Psicossocial Estratégica; c) Atenção de Urgência e Emergência; d) Atenção Hospitalar; e) Estratégia de Desinstitucionalização; f) Estratégia de Reabilitação Psicossocial e; g) Atenção Residencial de Caráter Transitório. Na última modalidade citada, se encontra a Unidade de Acolhimento (BRASIL, 2011). Os detalhes relativos a cada um dos serviços são explicitados na Figura 1:

**Figura 1:** Componentes e pontos de atenção - RAPS

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade básica de saúde
	Núcleo de Apoio a saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com Sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: BRASIL (2011).

A rede é fundamentada em quatro eixos, a saber: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Ações de prevenção e de redução de danos. Várias portarias normatizam o funcionamento dessa complexa Rede. Entre tais, se destacam as seguintes: Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, a qual dispõe sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS e a Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012, que Institui Unidade de Acolhimento - UA (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012).

Dentro da RAPS foi instituída as Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) que proporciona um acolhimento transitório às pessoas para pessoas do sexo feminino e masculino que são usuários de drogas e álcool. A UAA atua como suporte aos indivíduos que estejam em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de caráter voluntário e ambiente aberto, pode acolher até 15 adultos por até 6 meses, possibilitando uma moradia digna, onde o

indivíduo pode também trabalhar ou estudar concomitante ao tratamento, se possível (BRASIL, 2017).

Por intermédio da Portaria n.º. 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial são implantados e regulamentados (SCHNEIDER, 2008).

Os CAPS são serviços de saúde municipais, comunitários e que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e a reinserção social destes, tentando adequar-se à realidade sociocultural de cada região (SUPERA, 2006).

A política de saúde mental prioriza o atendimento de pessoas com algum transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, estes dispositivos devem possuir um ambiente acolhedor e terapêutico, com uma equipe de trabalho multidisciplinar na busca do melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial estabelecido para cada usuário (SUPERA, 2006).

O Terapeuta de Referência (TR) é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica do CAPS. Entre as atividades oferecidas pelos CAPS AD, encontram-se as oficinas terapêuticas, formação de grupos terapêuticos, jogos, entre outras que favoreçam o desenvolvimento psicomotor e a integração entre os participantes, sempre supervisionados por um profissional (BRASIL, 2004).

Há, ainda as novas condições também instituídas com regulamentação que foi feita com a Portaria n.º. 3.088/2011 (23.12.2011) - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesse enfoque se destaca também os serviços das Unidades de Acolhimento Adulto (UAA), as quais serão ressaltadas em capítulo próprio.

Os CAPS estão organizados em três modalidades definidas a partir de sua abrangência populacional. Os CAPS I possuem capacidade operacional para atender municípios com população entre vinte mil e setenta mil habitantes e devem funcionar no período das 8h às 18h durante cinco dias úteis da semana. Os CAPS II possuem capacidade operacional para atender municípios com população entre setenta mil e duzentos mil habitantes e devem funcionar das 8h às 18h durante cinco dias úteis da semana, mas pode comportar um terceiro turno até as 21h. Já os CAPS III possuem capacidade operacional para atender municípios com população acima de duzentos habitantes e devem funcionar durante 24 horas diariamente, ou seja, também durante feriados e finais de semana (BRASIL, 2012).

Além disso, a portaria supracitada orienta que o atendimento a crianças e adolescentes seja realizado pelos CAPS II nos municípios com população aproximada de duzentos mil habitantes. E os usuários maiores de 18 anos com transtornos decorrentes do uso e dependência

de substâncias psicoativas sejam atendidos nos CAPS AD, nos municípios com população superior a setenta mil habitantes (COSTA, 2010).

Quanto à assistência prestada aos pacientes do CAPS AD, as atividades realizadas são: - Atendimento individual: em que se contempla o acolhimento, a triagem e a montagem de um plano terapêutico individualizado (medicamentoso, psicoterápico, de assistência social, orientações de enfermagem, entre outros); - Atendimento em grupos: psicoterapia, grupo operativo, grupos de prevenção à recaída, grupos de apoio/conscientização à adesão do tratamento, grupo de família, grupo de educação em saúde, grupo de medicação e grupo de pacientes e familiares; - Atendimento em oficinas terapêuticas: artesanato, música, paisagismo, jogos, entre outras; - Visitas, acompanhamento e atendimentos domiciliares; Desintoxicação ambulatorial: acompanhamento diário da equipe de enfermagem sob supervisão médica (AMARANTE, 2014).

Os pacientes são divididos em categorias, dependendo da necessidade: - Intensivo: regime de tratamento em que o paciente vai para o serviço diariamente ou quase todos os dias. Neste caso, o transtorno do paciente é considerado de importância grave, com dificuldades intensas no convívio familiar e social; - Semi-intensivo: neste regime o paciente permanece no serviço até 12 dias do mês, sendo seu transtorno considerado de menor comprometimento. - Não intensivo: o paciente está mais estruturado física e emocionalmente, não necessitando de acompanhamento diário no serviço. Sua frequência é de até três dias no mês (SENAD, 2011).

## **4 AS UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO EM UM CONTEXTO DE TRATAMENTO DE DROGADIÇÃO**

### **4.1 UNIDADES DE ACOLHIMENTO ADULTO NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO DOS CAPS E OS SERVIÇOS OFERTADOS**

Como apresentado anteriormente, as Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) oferecem atenção psicossocial e transitório a homens e mulheres com necessidades oriundas do uso do crack e outras drogas. São casas que atendem aos usuários do CAPS AD que acolhem até 15 adultos por um período de seis meses, orientando-os e auxiliando-os na busca de estudos, emprego além de outras formas de moradia. A indicação de uma vaga na UAA é feita obrigatoriamente pela equipe técnica do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD (BRASIL, 2012).

Contextualizando, conforme esboçado anteriormente, os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários, que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Eles são serviços substitutivos e não complementares aos hospitais psiquiátricos, são o núcleo de uma nova clínica produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Os CAPS têm como objetivo oferecer atendimento diário à população, acolher os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, realizar a reinserção e estimular a integração social e familiar dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, ou seja, “integrá-los a um ambiente social e cultural concreto designado como seu ‘território’” (BRASIL, 2012).

A título de informação, há ainda a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil - UAI, a qual consiste em um serviço psicossocial que também proporciona acolhimento provisório às crianças e adolescentes entre dez e dezoito anos de idade, com demandas oriundas do uso de drogas. Tal entidade busca possibilitar cuidados para até 10 crianças e adolescentes, em respeito às diretrizes e normas referentes a esse grupo social (BRASIL, 2012).

As UAAs buscam seguir a lógica dos *Housing First*, projeto amplamente difundido nos Estados Unidos, após ser criado no Canadá. Tal paradigma consiste em uma nova abordagem quanto à reinserção social e reabilitação de pessoas em situação de rua e/ou drogadição. Além desse suporte, também são proporcionados tratamentos psicossociais. Nesse processo, as etapas

são diferentes do habitual na medida em que primeiramente é oferecida de uma residência aos cidadãos de forma imediata. Primeiro cuida das necessidades mais básicas para depois serem efetivadas as ações de tratamento e ressocialização (EL PAÍS, 2016).

O reconhecimento da dependência química como doença propõe a superação do conceito moral, que considera o uso abusivo ou a própria dependência culpa do sujeito com falha de caráter (AMARANTE, 2014).

Neste sentido, a Política Nacional sobre Drogas, em seus pressupostos, contribui para essa superação, estabelecendo como ações de garantia:

- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados (BRASIL, 2011).

Conceber a dependência química como doença é contribuir para a garantia de um atendimento ético e sem discriminação, é reconhecer que, assim como uma doença orgânica e/ou patológica (como o câncer), precisa de atenção, cuidados e procedimentos. O usuário das UAAs também precisa ser encaminhado, atendido e tratado por diferentes serviços e profissionais (AMARANTE, 2014).

Neste sentido, incentivar a qualificação e formação continuada dos profissionais contribui para a garantia da qualidade e efetividade no atendimento. O dependente não vive sozinho e isolado, está inserido em um contexto de relações que podem incentivar o consumo ou a abstinência da droga. A falta da garantia dos direitos básicos, como lazer, educação e saúde de qualidade, que se acumulam ao longo da vida é um fator que pode influenciar no processo de adoecimento (SILVA, 2012).

Tal paradigma busca efetivar a garantia dos direitos humanos do usuário de drogas, o livrando do encarceramento tão combatido pela reforma psiquiátrica e o respeitando em sua intimidade.

A Convenção de Direitos Humanos (1969), em seu art. 11, §1º, estabelece que “toda pessoa tem direito ao respeito da sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade”.

A honra e a dignidade humana são fundamentais ao ser humano. A honra é um caráter extremamente pessoal, determinado pelo sentimento intrínseco de cada indivíduo e pode ser influenciado pelas suas experiências com as demais pessoas. O respeito à dignidade ocasiona a



observação da existência de uma esfera de individualidade a ser preservada (BONAVIDES, 2013).

O princípio fundamental da dignidade da pessoa humana abrange tanto a proteção do próprio indivíduo com também da sociedade, onde ambos tenham um tratamento semelhante sem disparidades (GUERRA, 2006).

As UAAs também promovem a liberdade do indivíduo, respeitando esse princípio fundamental da existência humana. Isso porque não implica em internação. A liberdade, direito sagrado do ser humano, como qualquer outro direito não é absoluto ou inviolável, podendo vir a sofrer restrições legítimas, conforme consta na Convenção Americana de Direitos Humanos (1969), cujo art. 32.2 enuncia: “Os direitos de cada pessoa são limitados pelos direitos dos demais, pela segurança de todos e pelas justas exigências do bem comum, em uma sociedade democrática”. A própria Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) em seu art. 29 afirma que os seres humanos são livres, sendo pleno o desenvolvimento de sua personalidade.

As UAAs, em respeito à dignidade de seus usuários, deverão funcionar de forma sincronizada com a rede de Atenção Básica, visto que carecerá dos profissionais desta para que possam atuar junto aos usuários. De igual forma, deverá atuar juntamente com os CAPS, os quais são responsáveis pela inserção do usuário no acolhimento, bem como pelo seu acompanhamento psicossocial e seu planejamento da saída (BRASIL, 2011).

No Brasil estão distribuídas 34 UAAs (BRASIL, 2017) e os serviços ofertados por elas estão descritos a seguir:

- Acolhimento feito de forma humanizada, de forma que sejam estimuladas a socialização dos usuários;
- Acompanhamento psicossocial do usuário e família;
- Atendimento em grupos, tais como psicoterapia, redução de danos, entre outros;
- Oficinas terapêuticas;
- Promoção de atividades que visem a reinserção social;
- Saída programada do usuário conforme suas necessidades (BRASIL, 2012).

Para o desempenho dessas e outras atividades, as UAAs precisam de uma equipe técnica multidisciplinar, composta por assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e médico (BRASIL, 2012).

As UAAs deverão servir como um espaço devidamente organizado para acolher, garantir hospitalidade e a convivência dos usuários com os seus pares. Isso porque consiste em

uma abordagem de reinserção social entre os seus inquilinos na medida em que trocarão experiências e se ajudarão mutuamente (SARACENO, 1999).

É por meio dessa cooperação e relacionamento com outras pessoas com a mesma problemática, no âmbito das UAAs, que se dá entre as dinâmicas de dificuldades e de soluções de problemas. Além da ajuda mútua, potencializa-se a identificação de aspectos até então desconhecidos, oportunizando revisão de conceitos e busca de alternativas. Desse modo, a concepção de residência almeja enfocaras mais variadas experiências concretas de seus habitantes, devendo os espaços internos e externos traduzir essa dimensão (SARACENO, 1999).

A casa deverá contar com os seguintes cômodos, apresentados na Figura 2:

**Figura 2:** Espaços das UAAs

Nome resumido ambiente
Sala de estar
Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas (03 Quartos de Acolhimento Noturno - 03 camas cada um)
Quarto coletivo com acomodações Individuais e espaço para guarda de roupas, adaptado para PNE (02 Quartos de acolhimento Noturno – com 03 camas cada um)
Banheiros contíguos aos quartos coletivos
Banheiros PNE contíguos aos quartos coletivos
Espaço Lúdico/Sala multiuso
Escritório
Sala de convivência
Despensa
Sala de jantar
Cozinha
Quarto de plantão/repouso dos funcionários
Banheiro Contíguo ao quarto de plantão para funcionários
Área de serviço
Armários
Lavabo
Área externa de convivência
Abrigo GLP

Fonte: Brasil (2012).

Observa-se no quadro acima que o habitar não consiste apenas no aspecto material ou de estruturação das unidades. Isso porque, os espaços deverão proporcionar aos usuários a

sensação de autocontrole e de dignidade no ato de habitar. Tal perspectiva resta como fundamental para a retomada de seus projetos de futuro (SARACENO, 1999).

Em tais ambientes é realizado um trabalho abrangente, desde o atendimento individual ao atendimento do núcleo familiar, através de profissionais comprometidos com valores ético-políticos sociais, onde resgata-se a dignidade da pessoa humana através de orientação quanto aos direitos do cidadão e dos projetos sociais, levando o usuário a reintegração social, numa perspectiva de transformação (BRAVO; MATOS, 2015).

#### 4.2 O ACOMPANHAMENTO DA EQUIPE TÉCNICA E DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO DO USUÁRIO DAS UAAs

As equipes técnicas das UAAs são fundamentais na reconstrução da identidade dos usuários de tais unidades. O trabalho da equipe é uma forma de acolhimento que opera na produção da (re) colocação do sujeito na realidade urbana, encontrando espaços onde a cidade incorpora a conexão da pessoa à sua organização psíquica e à dinâmica social. As saídas pela cidade, preferencialmente fora dos lugares conhecidos do paciente e já cristalizados pelo hábito aumentam suas possibilidades de concretizar articulações no social, como sujeitos que exercitam sua potencialidade vital (AZEVEDO; DIMENSTEIN, 2008).

Além dos grupos com usuários, a equipe técnica do UAA desenvolve atividades com grupos de famílias em que estas são acolhidas, ouvidas e informadas sobre a dependência química, bem como é realizado o trabalho de resgate e fortalecimento de vínculos. É feita muita reconciliação das famílias, sendo que junto com o dependente químico, a família acaba por adoecer-se também, pois a atenção volta-se para este sujeito (o dependente químico), e muitas vezes a falta de diálogo e o desequilíbrio acabam gerando conflitos, e conseqüentemente o rompimento de vínculos (FRAGA; SILVA, 2010).

A interação da família com o dependente químico nas UAAs é um processo de grande importância nas relações de convívio familiar, assim como a relação com outras pessoas. Por isso, a família é a parte fundamental para que ocorra este processo de tratamento, sendo a família, portanto, o maior incentivador ao tratamento e que muitas vezes é desta que parte a procura pelo atendimento, pois também se encontra em sofrimento, sente-se paralisada e carente de informações (CHAUÍ-BERLINCK, 2011).

Os grupos terapêuticos de famílias promovem a troca de experiências e a busca de alternativas para enfrentar a problemática, assim como contribuem para que a família não se sinta a única que sofre com a dependência química (CHAUÍ-BERLINCK, 2011).

É de grande importância mencionar que a dependência química não encontra sua culpa apenas nas relações familiares com rompimento de vínculos, mas um conjunto de fatores contribui para a formação de famílias, ou seja, a família torna-se um produto gerado pelo contexto social em que se pauta o individualismo e o consumismo, frutos do capitalismo que separa em “caixinhas” cada segmento da sociedade, como família, indivíduo, cultura e outros (GUARESCHI; PELLICCIOLI, 1999).

Embora possa compreender que o abuso de drogas encontra na família um momento fundamental de explicação, ele remete a muitos outros contextos e processos que vão muito além dos limites familiares. A partir do pensamento complexo, podemos ampliar a compreensão desse processo que envolve diversos fatores como vida social, vida familiar, bem como aspectos culturais e econômicos (CHAUÍ-BERLINCK, 2011).

Neste sentido, torna-se pertinente o reconhecimento da atenção à família no processo de tratamento de dependentes químicos, uma vez que, a doença interfere nas relações sociais nos diferentes contextos em que se encontram os sujeitos. Uma das alternativas para o enfrentamento desta problemática são as terapias, conforme já mencionado, em que muitas vezes são os familiares os primeiros indivíduos a procurarem tratamento (AZEVEDO; DIMENSTEIN, 2008).

Pelo exposto, a construção e consolidação de uma política de Saúde Mental coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, que valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental no ato de cuidar e na organização dos serviços de saúde mental. Nesse sentido, é necessário qualificar profissionais, no caso em tela das UAAs, de maneira que estes se tornem capazes de superar o modelo tradicional de cuidados, historicamente centrado nas instituições hospitalares e em modelos de cuidados que em suas abordagens não priorizem a integralidade (BRASIL, 2011).

Novamente destaca-se a importância da constante qualificação profissional da equipe técnica das UAAs para o reconhecimento da drogadição enquanto um caso de saúde pública, bem como contribuir para a criação de estratégias de enfrentamento a dependência química. Além disso, a qualificação profissional contribui para que o atendimento seja realizado de forma integral, compreendendo o contexto em que está inserido, para que este não seja tratado como apenas mais uma pessoa que busca o tratamento, e sim tenha garantido seu direito de ser bem acolhido e tratado nos diferentes serviços (FRAGA; SILVA, 2010; CHAUÍ-BERLINCK, 2011; BRASIL, 2011).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em sede de conclusão verifica-se que o surgimento das UAAs é um marco importante no processo da Reforma Psiquiátrica e mostram uma transformação no paradigma da saúde mental que pode ser percebida através da mudança da percepção e do entendimento da loucura contidas nas políticas públicas de saúde mental que atualmente visam a desinstitucionalização do sujeito com sofrimento psíquico e sua “desobjetificação”.

O fato de as autoridades em saúde da atualidade não resumirem a drogadição ou o transtorno mental a um simples desvio patológico e de comportamento mensurados e diagnosticados pela semiologia médica, mas, pelo contrário, compreenderem que há um sujeito ali e este sujeito tem uma história, de um saber, de desejos, de direitos, enfim, é um cidadão que precisa ser escutado e não um simples produtor de sintomas indesejáveis (para si ou, principalmente, para a sociedade) que precisam ser medicados e silenciados já é um grande avanço obtido com a reforma psiquiátrica.

E este avanço é valoroso para a contribuição do aumento da qualidade de vida e da autoestima dos usuários de serviços de saúde mental em meio a drogadição. Conforme notou-se no decorrer deste estudo, há uma relação muito forte entre o UAAS e o acompanhamento da equipe técnica. Eles são atividades afins na medida em que são dispositivos que surgiram a partir da Reforma Psiquiátrica, bebendo nas fontes da antipsiquiatria, das comunidades terapêuticas, da psiquiatria social e da psiquiatria democrática, só para citar alguns exemplos.

Em observância ao objetivo proposto no presente estudo, observou-se, ainda, que, por meio de seu atendimento, as UAAs objetivam a desinstitucionalização e a emancipação do usuário de drogas; a promoção e estimulação de sua autonomia; a (re) inserção em seu território fazendo com que se aproprie do espaço onde vive e convive; e a (re)integração ou a manutenção da vida em sociedade, na comunidade, na família, entre outros.

Sugere-se, ainda, como trabalhos futuros, realizar pesquisas de campo para verificar como as UAAs existentes no Brasil estão atuando, no sentido de verificar se a proposta indicada nos documentos oficiais é colocada em prática e, especialmente, se os resultados pretendidos são alcançados.

Somado a isso observou-se que as diretrizes do Ministério da Saúde relacionadas ao tratamento de drogadição, por intermédio da rede de atenção, vão ao encontro de um dos fundamentos do acompanhamento da equipe técnica, extrapolar as barreiras institucionais, tratar o paciente na vida dele, em seu cotidiano.

Então, pode-se concluir que UAAS mesmo sendo instituições complementares, ocupam um espaço importante dentro da cena do tratamento de drogadição no cenário atual e que representam uma ajuda extremamente significativa para a desinstitucionalização de usuários de drogas.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. São Paulo: Scielo - Ed. FIOCRUZ, 2014.
- ARAGÃO, T. N. **Reforma psiquiátrica: a construção de um novo paradigma em saúde mental**. 2008. 92f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário de Brasília, UniCEUB, Brasília, 2008.
- AZEVEDO, T; DIMENSTEIN, M. O Acompanhamento Terapêutico no cuidado em Saúde Mental. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 3, p. 658-671, 2008.
- BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP [online]**, vol.12, n.1, p. 66-78. 2011.
- BISNETO, J. A. **Assistência Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2011.
- BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 28ª ed., São Paulo: Malheiros, 2013.
- BORGES, R. F. **Reforma Psiquiátrica Brasileira e Atenção Básica à Saúde: Desafios e Possibilidades**. 2012. 213f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista, UNESP. Assis, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 29 set. 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 3.089, de 23 de dezembro de 2011. **Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília: 2011b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº. 121, de 25 de janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF, 2012b.56p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA Brasília**: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Unidade de Acolhimento Adulto**. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/unidade-acolhimento-adulto.html>>. Acesso em: 17 out. 2017.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político da Assistência Social em sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: Assistência Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar**. São Paulo: EPU, 2015.

CARNEIRO, H. S. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, v. 6, IES, São Paulo, 2002.

CAVALCANTI, F. M. **O usuário do (SUS) Sistema Único de Saúde e seus direitos: uma revisão de literatura**. 2014. 32f. Monografia (Graduação em Administração Pública) - Universidade Estadual da Paraíba. Pombal, 2014.

CAVALIERI, A. L.; EGYPTO, A. C. **Drogas e prevenção: Cena e a reflexão**. São Paulo: Saraiva, 2002.

CHAUÍ-BERLINCK, L. **Andarilhos do Bem: Os Caminhos Do Acompanhamento Terapêutico**. 2011. 171 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19072011-085235/.../berlinck\\_do.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19072011-085235/.../berlinck_do.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CRM/SP. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2003.

CONVENÇÃO DE DIREITOS HUMANOS. **Pacto de San José da Costa Rica**. 1969. Disponível em: <[http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/san\\_jose.htm](http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/san_jose.htm)>. Acesso em: 23 out. 2017.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Documentário, 2010.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948**. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

EL PAÍS. **O método para tirar milhares de ‘sem-teto’ da rua**. Disponível em <[https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/11/economia/1478889909\\_914418.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/11/11/economia/1478889909_914418.html)>. Acesso em: 23 out. 2017.



FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde debate** [online]. 2013, v.37, n.97, p.305-312.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FRAGA, D.; SILVA, J. Os grupos de apoio e reflexão com as famílias e os dependentes químicos (álcool e outras drogas). **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão UNIPAMA**. v. 2, n.1, 2010. Disponível em: <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/4959>>. Acesso em: 20 out. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOODWIN, C. J. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Cultrix, 2005.

GUARESCHI, N.; PELLICCIOLI, E. C. **Problematizando o acompanhamento terapêutico e formas de trabalhar na rede pública de saúde**. In: HOENISCH et al. (organizadores). **Psicologia e políticas públicas: Experiências em Saúde Pública**. Porto Alegre, 1999. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

GUERRA, I. F. **Os Princípios Constitucionais da Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2006.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. Ribeirão Preto, 1997. 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

MACHADO, R. et. al (org.) **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEIRA, I. **"Bicho de Sete Cabeças" e a Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <[www.psicosmica.com/2012/06/bicho-de-sete-cabecas-e-reforma.html](http://www.psicosmica.com/2012/06/bicho-de-sete-cabecas-e-reforma.html)>. Acesso em: 18 out. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2.<sup>a</sup> edição, 2015.

MONTEIRO, A. R. M. Enfermagem e promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 585-592, 2011.

MONTEIRO, J. B. **Nos rastros da história da assistência da psicologia no Pará: a inserção do psicólogo no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (1978-1984)**. 2011. 119f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2011b.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **29 milhões de adultos dependem de drogas, aponta relatório do UNODC.** 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/29-milhoes-de-adultos-dependem-de-drogas-aponta-relatorio-do-unodc/>>. Acesso em: 10 out. 2017.

PEREIRA, I. B. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Ed. 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, J. F. **O que é loucura?** São Paulo: Editora Brasiliense, 2014.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** São Paulo: Editora 34, 1996. 300p.

PINTO, L. A. F. **Um estudo sobre a política de combate às drogas sob o enfoque da criminologia crítica.** 2017.89f. Dissertação (Mestrado profissional e interdisciplinar em Prestação Jurisdicional e Direitos Humanos) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Prestação Jurisdicional em Direitos Humanos, Palmas, 2017.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Rev Esc Enferm USP.** v.41, n. 1, p. 73-81. 2007.

SANTOS, J. **A importância da família para o tratamento de álcool e outras drogas.** UFRJ: Rio de Janeiro, 2005.

SANTOS, F. C. **Hospício Nacional de Alienados (1890-1930):** relações de poder e memória coletiva no espaço asilar. A experiência de Lima Barreto. 2010. 99f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível.** Trad. Lúcia H. Zanetta, M. do Carmo Zanetta, Willians Valentini. Belo Horizonte; Rio de Janeiro; Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 1999.

SCHNEIDER, A. R. A Construção da Rede de Atenção em Saúde Mental de um Município do Sul do Brasil. **Barbarói,** Santa Cruz do Sul, n. 28, p. 124135, 2008.

SENAD - SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

SILVA, R. C. **Um estudo sobre a política pública no centro de atenção - CAPS.** 2012. 43f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2012.

SILVA, C. M. C. **O vivido ao escrito: o testemunho de Lima Barreto em diário de hospício e o Cemitério dos Vivos.** 2017. 255f. Tese (Doutorado em Letras) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017.

SOTTILI, D. A Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem,** Porto Alegre, v. 26, n. 2, 2009.

SUPERA. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**. Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

ZIMMER, F. **Internação compulsória uma nova porta de entrada legal para o asilo**. 2011. 98f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

ZGIET, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental - a quem interessa mudar? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-323, 2013.