




## Unidade de Acolhimento Adulto: Experiências em Meio a uma Proposta de Governo (Relato de Experiência)

Adult Shelter Unit: Experiences within a Government Policy Proposal (Experience Report)

Unidad de Acogida al Adulto: Experiencias en Medio de una Propuesta de Gobierno (Reporte de Experiencia)

Nathália Lopes dos Santos <sup>a</sup> 

<sup>a</sup> Centro Universitário Celso Lisboa, Rio de Janeiro, Brasil

### Resumo

Em 2023, a prefeitura do Rio de Janeiro sugere a internação compulsória como forma de “lidar” com pessoas em situação de rua que não aceitem abordagem das equipes de saúde. Por meio de uma pesquisa bibliográfica a respeito da Reforma Psiquiátrica Brasileira e de mapeamento de políticas, que formularam a atenção ao álcool e outras drogas e, conseqüentemente, a Rede de Atenção Psicossocial, assim como de diário de campo de estágio, este trabalho tem como objetivo evidenciar as atuações de uma Unidade de Acolhimento Adulto da zona norte do Rio de Janeiro. Esse dispositivo opera na clínica de Álcool e outras Drogas e oferece Atenção Residencial Transitória a usuários da Rede que estejam em situação de rua. Os resultados permitiram discutir as contribuições a um cuidado antimanicomial em meio a tempos de internação compulsória na cidade e quais são os desafios enfrentados pelo serviço. Conclui-se que a participação em eventos públicos e as manifestações em oficinas mostraram que a Unidade estudada possui forte e relevante contribuição para o cuidado antimanicomial.

*Palavras-chave:* acolhimento, reforma psiquiátrica, saúde mental, políticas públicas.

### Abstract

In 2023, the city government of Rio de Janeiro proposed compulsory hospitalization to “deal with” people experiencing homelessness who refuse outreach from health teams. Based on a bibliographic review of the Brazilian Psychiatric Reform, a mapping of policies that have shaped care for alcohol and other drugs and, consequently, the Psychosocial Care Network as well as field notes from an internship, this study aims to highlight the practices of an Adult Reception Unit located in the northern zone of Rio de Janeiro. This service operates within the field of Alcohol and Other Drugs and provides Transitional Residential Care for users of the network who may be experiencing homelessness. The results made it possible to discuss the contributions to anti-asylum (deinstitutionalized) care in a context marked by compulsory hospitalization in the city, as well as the challenges faced by the service. It is concluded that participation in public events and activities developed in workshops demonstrated that the Unit studied makes a strong and meaningful contribution to anti-asylum care.

*Keywords:* shelter, psychiatric reform, mental health, public policies.

---

Endereço para correspondência: Nathália Lopes dos Santos - nathalia7.0@outlook.com

Recebido em: 23/04/2025 - Aceito em: 20/09/2025

Editora associada: Jimena de Garay Hernández



Este artigo da revista Estudos e Pesquisas em Psicologia é licenciado sob uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial 3.0 Não Adaptada.

---

## **Resumen**

En 2023, el gobierno municipal de Río de Janeiro propuso la internación compulsiva como forma de “abordar” a las personas en situación de calle que no aceptan la intervención de los equipos de salud. A partir de una revisión bibliográfica sobre la Reforma Psiquiátrica Brasileña, del mapeo de políticas que han configurado la atención al consumo de alcohol y otras drogas y, en consecuencia, la Red de Atención Psicosocial, así como de registros de diario de campo de una práctica de formación, este trabajo tiene como objetivo evidenciar las actuaciones de una Unidad de Acogimiento para Adultos ubicada en la zona norte de Río de Janeiro. Este dispositivo opera en el campo de Alcohol y Otras Drogas y ofrece Atención Residencial Transitoria a usuarios de la red que puedan encontrarse en situación de calle. Los resultados permitieron discutir las contribuciones a una atención antimanicomial en un contexto marcado por la internación compulsiva en la ciudad, así como los desafíos enfrentados por el servicio. Se concluye que la participación en eventos públicos y en actividades desarrolladas en talleres evidenció que la unidad estudiada realiza una contribución sólida y significativa a la atención antimanicomial.

*Palabras clave:* acogida, reforma psiquiátrica, salud mental, políticas públicas.

As Unidades de Acolhimento (UA) surgem pela primeira vez por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011 que institui e regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo inseridas na categoria “residencial de caráter transitório”, e ganham sua própria portaria regulamentadora um ano depois (Portaria n. 121, 2012). Ela surge como uma medida específica visando a oferecer cuidado e proteção contínuos em um determinado espaço de tempo ao público usuário de álcool e outras drogas (AD) que esteja referenciado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) AD, o que torna as UAs necessariamente vinculadas a este outro dispositivo que será responsável pelos encaminhamentos e que participará da elaboração do Projeto Terapêutico Singular junto à UA e ao usuário (Ministério da Saúde, 2012).

Em dezembro de 2023, a prefeitura do município do Rio de Janeiro lança um programa de saúde chamado Seguir em Frente, que objetiva a saída qualificada das ruas, mediante uma reinserção produtiva no mercado de trabalho formal, considerando as singularidades dos sujeitos em sua autonomia (Decreto Municipal, 2023). Para isso, são fundados novos dispositivos, como as Residências e Unidades de Acolhimento (RUA), que em um primeiro momento se assemelham ao que já se tinha na RAPS através das UAs, mas que em um olhar mais aprofundado revela singularidades que nos levam a refletir não apenas sobre as formas de abordar o fenômeno da situação de rua e do uso AD, mas também em como a gestão da cidade entende esse trabalho. Isto, principalmente, após a sugestão de internação compulsória para pessoas em situação de rua, medida proposta após tentativa de furto na capital, o que leva a gestão a decretar como “inadmissível” a permanência nas ruas de pessoas que se recusam a aceitar a abordagem de equipes de saúde e venham a cometer crimes (Boeckel, 2023).

Pensando nisso, o presente trabalho apresenta um relato de experiência de estágio, ao se lançar sobre uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) localizada no município do Rio de Janeiro, e objetiva mapear suas contribuições para um cuidado orientado pela reforma

psiquiátrica em meio ao atual contexto político excludente da cidade. Para isso, buscou-se verificar experiências de cuidado da UAA amparadas pela lógica antimanicomial e identificar quais são os principais desafios enfrentados na condução deste trabalho. Para tanto, primeiro foi feita uma breve recapitulação histórica tanto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) quanto do contexto político da primeira década dos anos 2000, a fim de contextualizarmos quais construções políticas propiciaram o surgimento da RAPS em 2011 e, conseqüentemente, a criação das UAs que, por isso, norteiam sua proposta de trabalho dentro da atenção ao álcool e outras drogas.

### **Metodologia**

Para a elaboração deste trabalho foi realizado um levantamento de decretos e portarias que norteiam as políticas de álcool e outras drogas e a Rede de Atenção Psicossocial no país. Para a escolha da legislação a ser estudada, foram extraídas da portaria regulamentadora da RAPS (3.088/11) as medidas executivas levadas em consideração para sua elaboração que possuíssem relação direta com o tema AD e que fossem datadas do período 2002-2010, somadas à portaria regulamentadora da Política Nacional de Redução de Danos por julgarmos essa de extrema relevância para o tema. Em seguida, foram levantados artigos e publicações de autores da área e órgãos federais que fossem referentes à reforma psiquiátrica, à atenção ao álcool e outras drogas no país e às Unidades de Acolhimento, nesta última dando um enfoque maior ao modelo Adulto. Para levantar as contribuições da UAA deste trabalho, foi utilizado o diário de campo do estágio datado de abril/2024-dezembro/2024. O diário de campo trata-se de um registro do conjunto de experiências vividas no dado período como estagiária de psicologia atuando conjuntamente à equipe multiprofissional nos atendimentos coletivos e individuais, ações territoriais, oficinas terapêuticas e reuniões de equipe, além de oferecer repertório das supervisões que serviu de base para algumas reflexões da segunda parte deste trabalho. Por fim, foram consultados sites jornalísticos a respeito da internação compulsória no município do Rio de Janeiro em 2023 e seu contexto. Os canais oficiais da prefeitura foram excluídos da pesquisa por estarem fora do ar em consequência do período eleitoral.

## Resultados

Durante o mapeamento histórico, a partir do levantamento bibliográfico foram selecionadas dez medidas executivas, a saber: um decreto federal, uma lei federal, cinco portarias ministeriais, três publicações ministeriais e um decreto municipal; além de quatro artigos científicos, uma tese de mestrado e uma publicação do Conselho Federal de Psicologia (CFP). Um dos artigos coletados e a tese foram utilizados para a recapitulação do surgimento da RPB; já as medidas executivas, com exceção do decreto municipal, somados a dois artigos e à publicação do CFP foram utilizados para tratar do contexto histórico da primeira década dos anos 2000, por serem, em sua maioria, produções daquele contexto o que serviu como mapeamento dos acontecimentos. Apesar da produção acadêmica utilizada nessa etapa do trabalho não se enquadrar como produção daquele período, ela foi também ali utilizada por abordarem assuntos de relevância para o tema.

Já para o relato de experiência, foram utilizados um artigo a respeito das UAs e o diário de campo do período de estágio que serviu de levantamento das contribuições da UAA estudada através de participações em eventos diversos ao longo dos oito meses que evidenciam a atuação “extramuros” da Unidade (principalmente) junto aos acolhidos e que entendemos ser de grande relevância a sua promoção de um cuidado antimanicomial. Sendo assim, foram colhidos em média: 1 ação territorial e 1 evento governamental por semana (este último podendo chegar a mais de 4 por mês, uma vez que há a reunião semanal de geração de trabalho e renda da superintendência de saúde mental da zona norte que a UAA participa, mas também pode-se somar a esta outro tipo de evento governamental qualquer); e 1-2 eventos comunitários por mês, podendo ser de parceiros da RAPS. Também há a manifestação de 2 oficinas de geração de renda e 1 oficina terapêutica, todas semanais e desenvolvidas pela própria UAA. Como estagiária, pude dialogar diretamente com a coordenação da UAA e sua equipe sobre os desafios do trabalho, pauta geralmente evitada pelos trabalhadores devido ao “temor” da fragilização dos vínculos empregatícios. Assim, ao longo do ano pude identificar dificuldades na articulação em rede, na saúde do trabalhador e recursos humanos, e impactos do corte de gastos municipais.

O decreto municipal e os sites jornalísticos, por sua vez, foram utilizados como fator contextualizante a respeito do novo programa da prefeitura e da proposta de internação compulsória sugerida pela gestão da cidade. Dentre a busca, o único site governamental a tratar da temática que foi passível de utilização foi o da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, somando três sites visitados. Todos os sites de informação da prefeitura foram excluídos da

pesquisa por estarem suspensos na data do presente estudo em decorrência do período de eleições.

## **Levantamento do Contexto Histórico**

### **A Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A RPB, formalmente iniciada em 1987 na cidade de Bauru, SP, através do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, vem proporcionando ao longo dos anos diversas experiências inovadoras para a saúde pública e coletiva, principalmente através da substituição dos modelos de assistência e cuidado, medida respaldada no âmbito legislativo através de iniciativas como a Lei Nº 10.216/2001, que dispõe da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; e da Lei Nº 3088/2011, que institui a RAPS no Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, como dizem Amarante e Torre (2017), para pensar a RPB em toda a sua dimensão e impactos faz-se necessário pensá-la como um “processo social complexo” (p. 764) que vai além de simples desospitalização e fechamento de hospitais psiquiátricos, mas que foca sobretudo na mudança do paradigma e lugar social da loucura, impactando não apenas a área da saúde, mas principalmente o coletivo social e seu imaginário.

O final do século 20, principalmente a década de 1980, é de grande importância para a área da saúde mental e consequente Reforma. A partir do cenário de manifestações contra o Estado autoritário, ainda na década de 70 surgem as críticas à assistência pública em saúde no país com denúncias ao estilo privatista do governo, ao financiamento dos serviços privados de saúde e à violência dirigida aos pacientes dos hospícios pelo país, ainda que sem estender a crítica às bases da psiquiatria ou do asilo neste primeiro momento (Tenório, 2002), mas servindo para lançar luz sobre os excessos de desumanização na abordagem a esses pacientes, culminando na criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978.

O MTSM não apenas passa a ser integrado por pessoas com histórico de internações e seus familiares, para além de sanitaristas e profissionais, como passa a liderar as críticas ao modelo hospitalocêntrico e ao “saber psiquiátrico” ao longo dos anos (Ministério da Saúde, 2005). Este contexto de intensa movimentação social e política, problematizando serviços e pensando novas formas de se operar dentro da saúde pública nacional, é o que nos leva a pensar na Reforma brasileira como movimento essencialmente social, pois que surge de “lutas sociais e populares pelos direitos humanos e pela democracia” (Amarante & Torre, 2017, p. 765).

Quando, em 1987, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental passa a incluir os usuários e seus familiares nos debates em saúde, o encontro toma uma nova proporção na luta contra o modelo hegemônico de assistência, redigindo a carta-manifesto de Bauru e assumindo o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”. Começa-se, então, a lutar contra a *lógica* manicomial dominante na sociedade, e não mais apenas à estrutura física e às formas de “tratamento” dos “doentes”:

Não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo. A crítica passa a enfatizar que a própria natureza do saber, das práticas e das instituições psiquiátricas deve ser questionada na perspectiva da cidadania do louco (...) A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial: trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados “usuários” dos serviços de saúde mental (em lugar de “pacientes”) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo. (Tenório, 2002, p. 35. Grifo nosso)

### **O Início dos Anos 2000: As Políticas Públicas de Atenção AD**

O início do século 21 torna-se cenário de expressivas mudanças na área da saúde, sobretudo na atenção ao usuário AD, que será construída ao longo da primeira década (Portaria n. 816, 2002; Ministério da Saúde, 2003; Portaria n. 2.197, 2004; Decreto n. 7.179, 2010) e orientada através de rede extra-hospitalar contando também com serviços especializados, sendo então composta por: a atenção básica, os CAPS e demais serviços especializados, e hospitais gerais para os casos graves. Somado a isso, há a experiência da Justiça Terapêutica (JT), um programa que busca oferecer um novo tratamento à questão dos crimes e delitos cometidos por usuários AD através da substituição de um modelo originalmente punitivista por um “construtivista” ao viabilizar que o infrator tenha acesso a tratamento médico, instrução a respeito do uso e das substâncias e possa trabalhar em serviços comunitários ao invés de ser privado de liberdade (Santos et al., 2024).

A emergência do SUS, da então recém-criada lei da RPB (lei nº 10.216/2001) e da ocorrência da III Conferência Nacional de Saúde Mental, são acontecimentos que influenciam

na construção do debate acerca da prioridade do cuidado em caráter comunitário e territorial, no âmbito do SUS, em evitar internações hospitalares mantendo-se em curta permanência quando não puderem ser evitadas, além do investimento na integralidade da assistência e na transversalidade dos saberes (Ministério da Saúde, 2003). O Ministério da Saúde, através da elaboração da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, incorpora ao debate o caráter *complexo* do uso de substâncias psicoativas, desincentivando que as análises de saúde sejam superficiais como o binômio “uso AD-criminalidade” que por sua vez não leva em consideração fatores sociais, econômicos, psicológicos e políticos.

Ainda pensando na Política de Atenção Integral ao Usuário AD, importante movimento também é o de inclusão da prática da redução de danos (RD), possibilitando que seu conceito e prática ganhe maior proporção. A RD entra na Política em questão entendendo que a abstinência não pode ser o único objetivo possível em um tratamento, posto que os sujeitos possuem singularidades que precisam ser consideradas pelos dispositivos de saúde. Logo,

as práticas de saúde devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Ministério da Saúde, 2003, p. 10)

Dessa forma, torna-se explícito e definido legalmente que a opção pela abstinência deve ser uma decisão do próprio usuário, uma vez que ele ainda é um cidadão de direitos e não pode ter o acesso ao sistema de saúde condicionado pela abstinência, e nem que ela lhe seja imposta desconsiderando outras possibilidades de vida (Lopes & Gonçalves, 2018).

Apesar disso, Lopes e Gonçalves (2018) salientam que mesmo nos dias atuais em que se há maior estruturação legislativa e técnica das práticas, a RD ainda é negligenciada por muitos profissionais da saúde que, equivocadamente, entendem que se trata de *oferta* de substâncias. Pensar esse cenário, traz à tona a “contradição” política que historicamente há a respeito das drogas, em que leis e programas são fomentados visando o desenvolvimento dos princípios do SUS e dos direitos humanos, contudo sem haver um “desincentivo” das políticas proibicionistas que reforçam os estereótipos relacionados ao uso AD, e como tal contradição fortalece o preconceito e dificulta a adesão dos profissionais a práticas de cuidado verdadeiramente libertadoras. Nesse sentido, as autoras argumentam como o proibicionismo é baseado numa *idealização* de sociedade que, contudo, é impossível de se concretizar posto que substâncias psicoativas sempre foram usadas ao longo da história, e como a falta de

regulamentação do uso e a criminalização contribuem para a comercialização ilegal que, por sua vez, divide as substâncias nas passíveis de aceitabilidade social e as não passíveis.

Um exemplo da “contradição” política observada é a Lei n. 11.343 (2006) que institui e regulamenta o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, outra medida importante para o contexto estudado. Tal medida reforça aspectos importantes da assistência aos usuários AD sendo um marco característico daquela década, são eles: o foco na integralidade da assistência, na diversidade dos sujeitos e existências, na redução de riscos e danos e considerando a complexidade que envolve o uso abusivo de substâncias psicoativas; contudo, paralelamente a isso, há o capítulo II, que trata “dos crimes”, estabelecendo punições penais não apenas para a produção e comercialização de drogas ilícitas, mas também para o *uso*. Tal característica nos faz questionar qual a intenção do governo federal acerca do usuário: seria a de facilitar o acesso aos serviços de saúde, oferecer formas de reinseri-lo na sociedade respeitando sua história de vida individual através de um cuidado humanizado e pautado na RD, ou a de continuar a puni-lo?

Apesar de mais essa contradição, é digno de nota que tal lei ainda representa um progresso na causa antiproibicionista uma vez que, mesmo a punição pelo uso ser passível de problematizações, pela primeira vez na história do país não se trata de *encarceramento*. Além de na lei não existir:

nenhuma sanção que estabeleça o tratamento como pena. Na legislação anterior havia a possibilidade de o juiz encaminhar o acusado para tratamento, com base em avaliação que atestasse a necessidade, em função de risco à integridade física e/ou emocional da própria pessoa ou da sua família e da comunidade. Na nova lei, essa possibilidade foi excluída. (Ribeiro, 2010, p. 68. Grifos nosso)

Já em 2009, o Ministério da Saúde lança o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS através da Portaria n. 1.190 (2009), pensando numa resposta à alta expansão do consumo de substâncias psicoativas no país e em dar conta do que o governo reconhece como uma lacuna na prevenção e tratamento dos casos impactados pelo uso abusivo. O plano é estruturado em 4 eixos de atuação, sendo eles: I) Ampliação do acesso ao tratamento, através de medidas como aumento do número de CAPS, de leitos de atenção integral em saúde mental e de maior articulação entre saúde mental e atenção básica; II) Qualificação da atenção, com produção de conhecimento e formação permanente dos profissionais; III) Articulação intra e intersetorial, com ações conjuntas da

saúde com a educação, cultura, justiça, desenvolvimento social, trabalho, lazer e esportes, etc.; e IV) Promoção da saúde e dos direitos, inclusão social e enfrentamento do estigma (Portaria n. 1.190, 2009).

Há alguns pontos controversos, como justificar o aumento do número de CAPS com a necessidade de suporte *ambulatorial*, o que reforça uma ideia equivocada a respeito deste dispositivo que não existe apenas para atender situações de crise, mas principalmente atuar como principal articulador e norteador de uma rede substitutiva aos manicômios contando com o uso de diversos saberes e práticas, não apenas o saber médico e a prática da “contenção”, mesmo que seja química. Entretanto, tal proposta ministerial ainda reforça o desenho de uma rede integrada, intersetorial e focada em construir condições para lidar com a realidade brasileira da época ao estabelecer como diretrizes medidas que nos remetem ao atual modelo da RAPS, como, por exemplo, o cuidado em rede e no território, contando com uma pluralidade de ações na saúde mental através da transversalidade dos saberes, ou seja, com a participação de outros setores para a promoção da saúde. Além disso, em seu eixo I de atuação, alínea “e”, temos como parte das medidas de ampliação da rede “implantação/piloto de casas de passagem/moradias assistidas e outras experiências de *acolhimento transitório*” (Portaria n. 1.190, 2009), o que nos remete às UAs a serem implantadas na portaria da RAPS.

Todo o exposto nos permite considerar a Portaria n. 1.190 (2009) como importante acontecimento a agregar para a construção de um projeto de uma rede de serviços comunitários a funcionar em muitas frentes no cuidado à população com sofrimento psíquico vivido em meio a privação de um ou mais direitos básicos, à pobreza, a experiência da situação de rua, e a do uso abusivo AD. No ano seguinte, a adição do Decreto n. 7.179 (2010) também contribui neste mesmo viés ao introduzir um plano integrado que vise a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social do usuário de forma descentralizada e atuação intersetorial.

### **Contexto Político do Rio de Janeiro e sua Ligação com a Lógica Manicomial**

Em 20 de dezembro de 2023, a prefeitura do município do Rio de Janeiro lançou o Decreto Municipal n. 53.816 (2023) no diário oficial do município, instituindo um plano de ação e monitoramento para as ações de proteção à população em situação de rua e o programa Seguir em Frente. Ainda que a medida traga propostas taxativas de certo caráter progressista, como a total eliminação das barreiras de acesso da população em situação de rua em serviços de saúde e o acolhimento por parte dos agentes públicos independente da ausência de documento civil, orientação sexual, raça, cor, religião e afins, também há elementos que

suscitam certo estranhamento. Por exemplo, o parágrafo 1º do artigo 6º institui que após alta médica, em casos de risco e agravos à saúde, “a pessoa em situação de rua deve ter seu redirecionamento garantido a uma unidade de acolhimento” (Decreto Municipal Nº 53.826/2023, p. 3), suscitando a dúvida acerca da possibilidade de recusa da pessoa em ser encaminhada para um outro serviço de saúde. Neste caso, seria permitido ao agente público respeitar o livre arbítrio do sujeito?

O decreto não responde à questão, mas é válida a indagação ao considerarmos que em período anterior ao programa, o prefeito em vigência veio à público em suas mídias sociais comunicar que a prefeitura estava organizando um plano de internação compulsória para “usuários de drogas” na cidade (Boeckel, 2023). Mais tarde, ele explica que a medida foi motivada por um jovem ter sido vítima de latrocínio por uma pessoa em situação de rua.

Ainda que a medida tenha sido criticada por internautas, profissionais e pesquisadores, ela foi adicionada ao Decreto Municipal n. 53.816/2023 sob a justificativa posterior da secretaria municipal de saúde, de que elas acontecerão “por um tempo curto, de forma a iniciar o tratamento de pacientes em situação grave e que não possuem condições de responder pelos próprios atos” (Dias, 2023).

O programa Seguir em Frente traz consigo um projeto de reinserção produtiva no mercado de trabalho formal. Para isso, conta com novos dispositivos de saúde como a Residência e Unidade de Acolhimento (RUA), vinculada a um CAPS AD III, na zona norte da cidade. Enquanto as UAs funcionam como uma casa com no máximo 15 vagas para acolhimento, a RUA é composta por 10 complexos intitulados cada um de “unidades de acolhimento”, o que gerou repercussão em relação aos critérios de encaminhamento e a quantidade de acolhidos, pois:

O encaminhamento aos equipamentos não tem ligação direta com o perfil mental das pessoas, que por estarem em situação de rua, são enviadas para eles. Ficou constatado que apenas um pequeno grupo do total tem o perfil relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas, de maneira que direcionar todo esse público para o âmbito da saúde mental não é justificado (Joffily, 2024)

A questão dos 10 complexos já é conturbada, uma vez que nos faz refletir se haverá trabalhadores suficientes para tantos usuários e se cada um será abordado com a mesma atenção respeitando sua individualidade. Porém, ao pensar ainda em possíveis lacunas para o encaminhamento surge uma apreensão maior, afinal se não há certeza sobre os critérios para o

encaminhamento, qualquer um dentro do contexto de situação de rua pode ser encaminhado. Isso nos coloca de frente ao panorama atual de tensões políticas na cidade, uma vez que o ano de 2024 é marcado por período eleitoral para a prefeitura e importante evento internacional sediado na capital do Rio de Janeiro, o que facilita a adoção de práticas repressivas que visem “adaptar” o território para a recepção de autoridades e figuras renomadas, empurrando as pessoas em situação de rua para dentro dos serviços de saúde que podem acabar por servirem de “novos” modelos de manicômio através do caráter de depósito de pessoas servindo a uma lógica higienista.

Tendo em vista este cenário, serão levantadas contribuições a um cuidado antimanicomial que puderam ser percebidas em uma UAA localizada na zona norte do município do Rio de Janeiro. Para isso será utilizado diário de campo de estágio que foi realizado no período de abril/2024-dezembro/2024 na presente unidade. Para fins de orientação, identificaremos a UAA estudada pela letra X.

### **Relato de Experiência**

#### **Contribuições ao Cuidado Antimanicomial: Atuação de uma UAA no Contexto Político Atual**

Sendo orientada pela Portaria n. 121 (2012), a UAA X foi fundada em 2015. Ela é ambientada em uma casa de dois andares, construída em importante rua residencial do bairro. Possui 15 vagas de acolhimento, o que ao nosso ver é um fator benéfico à *clínica dos detalhes*, ideia colhida por Oliveira (2023) em entrevista a trabalhadores de uma UAA que relatam a possibilidade de trabalhar os *detalhes* de cada caso neste tipo de dispositivo, permitindo uma melhor construção do vínculo e de um cuidado mais singularizado.

A UAA X atua em duas oficinas de geração de renda, uma de serigrafia (ou silkscreen); e uma de confecção de bijuterias, esta última em parceria com seu CAPS AD de referência.

A oficina de silkscreen foi inaugurada em 2015 junto da fundação da própria UAA e teve seu desenvolvimento progressivo ao longo dos anos, principalmente em 2019 através de uma parceria com o SESC, que pôde contribuir com a prática a partir de um curso de capacitação em silkscreen junto à equipe e aos acolhidos.

Ambas as oficinas são pautadas não apenas pela RD, mas também pelos princípios da economia solidária, entendida como uma alternativa ao mercado de trabalho formal e capitalista

e baseada na cooperatividade, na adesão voluntária e na participação democrática, ou seja, todos os participantes possuem poder de decisão na gestão e organização dos trabalhos.

Através do estágio na unidade pude participar de ambas as oficinas e dentre algumas das contribuições que puderam ser percebidas há, em primeiro lugar, a oportunidade de oferecer contorno à crise. Em mais de uma vez, algum acolhido usou da participação na oficina como estratégia alternativa ao uso, explicando a necessidade de “espairecer” ou de “fazer algo” para distrai-lo. Esses momentos ajudam a visualizar o potencial das oficinas terapêuticas como estratégias de RD, uma vez que oferecem novas possibilidades de vida para além do uso como será melhor abordado adiante, e ainda conseguem propiciar espaços de diálogo entre os participantes e equipe inclusive a respeito das formas de uso, o que pode reduzir os comportamentos de risco à saúde.

Em meio a isso, ao pensar nas oficinas, agora não apenas como espaços terapêuticos, mas também de trabalho, há a descoberta de potencialidades tanto nesses momentos alternativos ao uso de substâncias, quanto diante da integração de um novo participante, momento em que se é pensado sobre as possibilidades de cada um, levando em consideração que existem muitas outras frentes de trabalho além da confecção em si das bijuterias ou das estampas nas camisas. Como exemplo temos as vendas em eventos, as entregas de encomendas e a compra do material, partes importantes do trabalho e que os integrantes atuam também, pensando o que cada um prefere fazer e/ou tem mais facilidade.

Ainda no prisma da descoberta de potencialidades, há a expansão do autoconceito do usuário. Os recém-chegados à oficina acabam sendo mentorados no trabalho pelos integrantes mais antigos que se tornam *facilitadores*. Neste momento, o usuário não é apenas usuário da rede de saúde ou usuário AD, ele também pode se reconhecer como oficinheiro e facilitador de uma prática.

Tais experiências propiciam a produção de novos sujeitos e novos sentidos a partir da desconstrução do lugar de usuário de drogas e da rede de saúde mental, como preconizam Amarante e Torre (2017) em trabalho que aborda a importância do campo artístico-cultural para o desenvolvimento da RPB e a crescente independência das manifestações artísticas do seu lugar puramente terapêutico, uma vez que são trabalhos que geram renda aos participantes e possibilitam a construção de projetos de vida. No estágio, observei três acolhidos que conseguiram locais de moradia alugada através do complemento financeiro propiciado pela renda arrecadada com as produções da oficina que cada um participava, evidenciando que as oficinas de geração de renda na UAA X podem servir de “portas de saída” da instituição de saúde para a vida. Além disso, flexibilizavam o acesso ao mercado de trabalho a partir do ensino

de um *ofício* que pode agregar ao repertório dos sujeitos. Através das experiências na oficina de bijuterias, um destes três acolhidos conseguiu um emprego formal, para além de sua moradia alugada.

Outra experiência das oficinas que foi possível observar vem do caráter gerador de renda, o que quer dizer que cada integrante recebe um valor mensal pelo trabalho caso cumpra a presença mínima de 75%. A capacidade de gestão do próprio dinheiro é uma habilidade amplamente explorada na clínica AD, o que compreendo que pode suscitar um debate: o destino do dinheiro recém adquirido pelo usuário.

Entendo como pertinente contribuir a esse trabalho com a explicação que, como equipe de saúde, não cabe a nós dizermos o que cada usuário fará ou não com seu dinheiro. Sendo assim, a aquisição de renda através das oficinas na UAA X não viabiliza uma oportunidade de *tutela* ao usuário. Isso torna-se importante de esclarecer por ser comumente reproduzido no meio social que o usuário pode usar o dinheiro para a “compra de drogas”. Contudo, diante desse pensamento, é válido ressaltar que, de acordo com a Política Nacional de Redução de Danos, não cabe ao serviço ofertar ou restringir o uso e/ou o acesso à substância, mas sim apenas ao próprio usuário (Portaria n. 1.028, 2005).

Portanto, na UAA X o que em muitos casos é efetuado pela equipe de saúde é o manejo do dinheiro juntamente ao usuário, quando este possui alguma dificuldade no gerenciamento da renda, levando também em consideração seu Projeto Terapêutico Singular.

Durante o estágio pude criar minha própria oficina de desenhos junto aos acolhidos e foi possível observar a prática expressiva como importante ferramenta de aproximação e reabilitação psicossocial, além de estratégia de atenção à crise. Como uma ferramenta de aproximação, o desenho serviu muitas vezes como caminho de acesso ao mundo interno dos sujeitos, tornando mais nítido seus gostos, dilemas e fantasias, o que também contribuiu com a construção do vínculo a partir do interesse da equipe por esse mundo subjetivo, assim como da descoberta de fatores por vezes desconhecidos pelos próprios participantes, sendo assim importante meio de autoconhecimento também.

Muitas vezes os participantes também tendem a interagir entre si a respeito dos desenhos uns dos outros, criando mais um espaço de convivência. Esta experiência é fator marcante para a *clínica dos detalhes* citada anteriormente, pois que leva os profissionais da equipe a terem um olhar sobre o sujeito a partir de outros ângulos, como exemplo real: um desenho que se repete a cada dia de oficina e que pode estar intimamente atrelado à pessoa e sua história.

As técnicas expressivas da oficina, como ferramentas que proporcionam uma forma a mais de aproximação ao sujeito e de reabilitação psicossocial, possibilitaram pensar em

aspectos adjacentes (às vezes esquecidos) da história do sujeito junto a ele; pensar seu presente e futuro, aliado aos seus desejos e a pôr em prática iniciativa e subjetividade, contribuições que tiveram grande impacto em acolhidos em processo de desinstitucionalização com pragmatismo rebaixado e/ou pensamento empobrecido.

Essa delicadeza do cuidado proporcionado em uma UA é o que também em muitas das vezes viabiliza a formação de um outro tempo para os acolhidos. Apesar de ser um dispositivo de caráter transitório, paradoxalmente pôde ser percebido em muitos casos uma espécie de “desacelerar” para o usuário que chega, convidando-o a (re)pensar o atual panorama de sua vida e na possibilidade de outros ou novos caminhos.

Sua estrutura residencial também possui grande influência a partir da construção do “habitar”, não apenas um *estar* em um espaço delimitado, mas de fato *habitar*. Saraceno (2001) explica que, ao contrário do mero estar, que não envolve nenhum tipo de posse do espaço nem poder decisional, no habitar há uma grande contratualidade com a organização material e simbólica do espaço em que se vive, envolvendo os afetos. A construção do habitar, então, fala diretamente à *apropriação afetiva* do espaço, envolvendo sua *personalização*, o zelo e a manutenção, fatores que se aproveitam do tempo “desacelerado” em uma UA para serem postos em prática pelos indivíduos servindo também ao projeto de reabilitação psicossocial, inclusive a partir de atividades que em um primeiro momento podem parecer pequenas, como colar os próprios desenhos na parede da cama em que dorme ou ajudar a lavar a louça das refeições. Esta última serve também de estímulo ao trabalho em equipe e à iniciativa, uma vez que a formação das duplas diárias para lavagem era organizada pelos próprios acolhidos com pouca influência da equipe.

Ao longo de 2024, também foi possível presenciar a participação da UAA X em eventos comunitários, governamentais e ações territoriais. É digno de nota adicioná-los ao trabalho por denotarem uma posição de visibilidade e relevância desta unidade ao ocupar locais de fala e compartilhar experiências perante os parceiros da RAPS, quase sempre sendo a única UA presente. Entendo que isso se faz em virtude da sua forma de operar alinhada com os preceitos da RPB, principalmente a partir de suas oficinas e da presença dos acolhidos pelo território.

Em eventos comunitários e ações territoriais são marcantes: 1- convite para participação na Semana da Luta Antimanicomial de uma universidade da zona sul do Rio de Janeiro. Ocorrida em maio/2024 por iniciativa dos estudantes de psicologia, a UAA X falou sobre sua história e rotina contando com a fala dos usuários; 2- presença em aula de encerramento do curso de RD de importante instituição de pesquisa em saúde do país; e 3- evento de encerramento do curso de capacitação em economia solidária de instituição de ensino

profissional e tecnológico na zona oeste da cidade. Nestes dois últimos eventos listados foi possível a venda de camisetas e bijuterias pelos acolhidos. Há também a participação frequente em importante projeto da organização não-governamental Redes da Maré, que visa oferecer atendimento integral, a partir da atuação articulada de diversos serviços, aos usuários AD e às pessoas em situação de rua do território da Maré na zona norte do Rio de Janeiro.

Como eventos governamentais tivemos: 1- participação na mesa do fórum AD interinstitucional de outubro/2024 cujo tema foi sobre iniciativas de geração de renda AD e onde os acolhidos puderam vender as produções das oficinas no final; 2- participação na reunião mensal de geração de trabalho e renda da superintendência de saúde mental da zona norte; e 3- em roda de conversa virtual de âmbito nacional desenvolvida pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD) em setembro/2024 cujo tema foi “Unidade de Acolhimento”, contando com a presença das coordenações de saúde mental estaduais e as das capitais, evento no qual a UAA X representou o modelo adulto compartilhando sua história e experiências exitosas.

Tais contribuições nos ajudam a vislumbrar um pouco da atuação da UAA X dentro da lógica de cuidado antimanicomial. Seja a partir de um cuidado mais singularizado, atento aos detalhes dos casos e com maior viabilização dos vínculos entre acolhido e profissional da equipe; seja reforçando o protagonismo dos seus acolhidos e estimulando a ocupação do território em oficinas ou eventos.

### **Desafios Enfrentados na Condução do Trabalho**

Apesar de todo o exposto, também puderam ser percebidos alguns desafios ao trabalho da equipe no dia a dia, colhidos principalmente em reunião de equipe. O principal deles caracterizado pela dificuldade na *articulação* em rede, através de: a) certo desconhecimento a respeito do dispositivo UA, o que gera alguns equívocos sobre seu projeto metodológico e confunde a ideia de um espaço de desacelerar e construção do habitar com a de um espaço de “depósito”, mirando uma lógica manicomial; e b) a dificuldade de cuidado em conjunto em certos casos, colocando a UAA X em um local de manejo isolado do caso quando em realidade esse manejo necessita ser realizado com a ajuda de parceiros dentro e fora da área da saúde, sendo, porém, observada maior necessidade de convocação dos parceiros da saúde.

Os dois pontos conseguem dialogar entre si. Ambos, de certa forma, fazem alusão à importância da formação continuada dos profissionais da RAPS, seja sobre quais são os dispositivos que a integram, seja sobre quais as atribuições de cada um. Porém, também

evidencia uma manicomialidade que ainda permeia esses espaços e se infiltra nas práticas de cuidado, percebida principalmente através do afastamento dos dispositivos especializados em alguns casos logo após a entrada do usuário na UAA, relegando a unidade a este lugar de “manejo isolado”.

Este desafio enfrentado certamente nos leva a pensar nas práticas de cuidado que têm sido operadas pelos dispositivos da rede, mas sobretudo nas problemáticas de nível macropolítico que acompanham a área da saúde, como o histórico baixo investimento público nos serviços perante a elevada demanda diária recebida por eles e que impacta prejudicialmente na condução do trabalho.

Outro desafio percebido foi a sobrecarga dos trabalhadores. Por se tratar de serviço em funcionamento 24h por dia e sete dias por semana, a UAA X sempre demanda a presença de pelo menos os agentes territoriais de saúde, que durante os finais de semana ficam exclusivamente responsáveis pelos acolhidos. Diante disso, em reuniões de equipe pude colher críticas referentes à fragilidade de recursos humanos e da saúde do trabalhador, tanto na necessidade de maior transparência das informações a respeito da carga horária e descontos na remuneração, quanto na criação de espaços dedicados à alimentação da equipe de forma que este momento não seja atravessado pelas demandas do trabalho.

Sendo esta minha primeira experiência na RAPS, pude entender que essas demandas eram digeridas à OSS que gerencia a unidade e que atualmente tem sido comum ver serviços públicos de saúde submetidos a essas organizações. Contudo, tal entidade pouco visita o trabalho e não pode colher diretamente tais dificuldades vividas pelos trabalhadores, criando uma distância com eles e que mostrou ter um retorno pouco efetivo, principalmente com atrasos de resposta. É cabível o questionamento se é o melhor arranjo submeter os serviços públicos de saúde a tais organizações, e a que elas servem se atuam muito pouco no serviço que gerenciam.

Pensando nos serviços de saúde que funcionam em modelo 24h, Oliveira (2023), em suas entrevistas a trabalhadores de uma UAA e de um Serviço Residencial Terapêutico, também coletou o cansaço e a necessidade de maior investimento na saúde dos trabalhadores do serviço, entendendo que sem estes não há serviço e que para se operar na lógica do cuidado é preciso que se vivencie este cuidado também.

Mais um ponto que se mostrou como um desafio a ser enfrentado foi a redução do transporte institucional em detrimento do corte municipal de gastos. A UAA X, assim como outros serviços da RAPS, conta com um carro que serve não apenas para a realização de visitas domiciliares e deslocamento da equipe, mas também para transporte dos acolhidos nas ações territoriais que a unidade participa ou preconiza.

A partir do segundo semestre do ano, foi percebida a redução da carga horária do carro e o revezamento do veículo entre dois ou mais serviços de saúde durante a semana, impactando negativamente para a manutenção do cuidado “extramuros” a partir das excursões culturais e de lazer que eram viabilizadas pela equipe. É evidente que tais práticas não devem se tornar dependentes deste recurso, uma vez que a intervenção no território também perpassa pela utilização dos transportes públicos pelos usuários, ocupando a cidade em todos os detalhes. Porém, torna-se importante a maior valorização desse instrumento pela gestão municipal, pois é valioso ao cuidado dentro da lógica antimanicomial e da atenção psicossocial, apoiando a equipe nos deslocamentos diários e podendo auxiliar na ocupação de outros territórios mais longínquos, movimentando as práticas de reabilitação possíveis através do contato com a sociedade, com o outro, com a arte, com a cultura local, o conhecimento, o esporte e o lazer.

### **Considerações Finais**

As políticas criadas ao longo dos anos 2000 evidenciam os esforços em prol de uma assistência pautada pelos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira com a intersetorialidade, o cuidado em território, em liberdade e orientado pela Redução de Danos com a participação dos usuários, como preconizado desde a Conferência de Bauru em 1987.

Nesse sentido, em meio a tempos de internação compulsória, torna-se necessário que nós, como profissionais da saúde, estejamos conscientes da manicomialidade que ainda permeia a sociedade e a rede de saúde, atuando inclusive na precarização dos serviços que operam dentro de uma lógica antimanicomial. Para tanto, é preciso sobretudo que escutemos os sujeitos usuários dos serviços para a construção da clínica, que os convoquemos para espaços de fala e real protagonismo no trabalho. E as UAs, ao trabalharem com um número reduzido de vagas em comparação a outros serviços, possibilitam um cuidado mais singularizado, potencializando o estreitamento dos vínculos da equipe com o sujeito, viabilizando o olhar sobre estes a partir de outros ângulos e atuando em conjunto com eles para a construção subjetiva do seu *habitar*. Nesse sentido, o presente trabalho de conclusão de estágio ofereceu as contribuições de uma UAA que atua de acordo com o paradigma da RPB através de práticas que favorecem o protagonismo dos usuários e sua atuação no território, ponto de grande relevância para o movimento que se propõe atuando em conjunto com eles nomeu construção subjetiva do seu *habitar* principalmente a mudar o ideário social, pensando também o papel da luta antimanicomial no cotidiano do trabalho ao se apropriar do seu caráter residencial para

produção de um outro tempo, um que permita desacelerar e criar em conjunto outras possibilidades de vida.

### Referências

- Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2017). Loucura e diversidade cultural: Inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da reforma psiquiátrica e do campo da saúde mental no Brasil. *Interface*, 21(63), 763-774. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>
- Boeckel, C. (2023, nov. 21). Prefeitura do Rio prepara proposta para internação compulsória de usuários de drogas. *GI*. <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/11/21/prefeitura-do-rio-internacao-compulsoria>
- Brasil (2002). Portaria n.º 816, de 30 de abril 2002. Institui o programa nacional de atenção comunitária integrada a usuários de álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816\\_30\\_04\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html)
- Brasil (2004). Portaria n.º 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)
- Brasil (2005). Portaria n.º 1.028, de 1 de julho de 2005. 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. *Diário Oficial da União*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html)
- Brasil (2006). Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas – Sisnad; prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm)
- Brasil (2009). Portaria n.º 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde - sus (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)

- Brasil (2010). Decreto n.º 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor. *Diário Oficial da União*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm)
- Brasil (2012). Portaria n.º 121, de 25 de janeiro, 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. *Diário Oficial da União*. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)
- Brasil (2023). Decreto municipal n.º 53.816, de 20 de dezembro de 2023. Estabelece as diretrizes do plano de ação e monitoramento para efetivação das ações de proteção à população em situação de rua e institui o programa “seguir em frente”, dando outras providências. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*. <https://doweb.rio.rj.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/6117/#/p:1/e:6117>
- Dias, D. (2023, dez. 21). Projeto de acolhimento da prefeitura do Rio pretende atender 92% da população em situação de rua até o fim de janeiro. *GI*. <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/12/21/projeto-de-acolhimento-da-prefeitura-do-rio-pretende-atender-populacao-em-situacao-de-rua.ghtml>
- Joffily, T. (2024, mar. 14). Comissão debate programa Seguir em Frente, de apoio a pessoas em situação de rua. *Câmara Municipal do Rio de Janeiro*. <https://www.camara.rio/comunicacao/noticias/2019-comissao-debate-programa-seguir-em-frente-de-apoio-a-pessoas-em-situacao-de-rua>
- Lopes, H. P., & Gonçalves, A. M. (2018). A política nacional de redução de danos: Do paradigma da abstinência às ações de liberdade. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1), 1-15.
- Ministério da Saúde. (2003). Política do Ministério da saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. MS. <http://surl.li/xquiye>
- Ministério da Saúde. (2005, nov. 7-10). *Reforma psiquiátrica e política de saúde no Brasil* [Documento]. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF. <http://surl.li/wpdrem>
- Oliveira, A. C. C. D. (2023). O pouso dos pássaros: O morar como possibilidade para novos voos. *Semana Acadêmica Revista Científica*, 229(11), 1-24. <https://doi.org/10.35265/2236-6717-229-12380>

- Ribeiro, M. (2010). Reflexão crítica sobre as políticas públicas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Subjetividades do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras* (pp. 65-71). CFP.
- Santos, A. H. G., Sobrinho M. S., Silva, R. C.B.E., Prado, F. X. P. A., Naricawa, P. T. M., Leite Neto P. F. (2024). Dez anos de experiência com a justiça terapêutica no Brasil. *Debates em Psiquiatria, 14*, 1-22. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1192>
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível* (2ª ed.). Te Corá.
- Tenório, F. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceito. *História, Ciências, Saúde, 9*(1), 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

#### **Conflito de interesse**

A autora declara que não há conflitos de interesse.

#### **Disponibilidade dos Dados**

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

#### **Nota de agradecimento**

A autora agradece a Marcos Vinícius Marques Ignácio, seu supervisor, pelo apoio durante o período do estágio e na leitura de uma versão inicial do texto. Também agradece à Unidade de Acolhimento Adulto estudada nesse trabalho pela acolhida no ano de estágio, por proporcionar experiências transformadoras.