

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

DANIELA TONIZZA DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO TRABALHO DE UMA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2012

DANIELA TONIZZA DE ALMEIDA

**ANÁLISE DO TRABALHO DE UMA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Engenharia de Produção da Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção.

Área de concentração: Produto e Trabalho.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliza Helena de Oliveira Echternacht

Belo Horizonte, MG

Escola de Engenharia - UFMG

2012

A447a Almeida, Daniela Tonizza de  
Análise do trabalho de uma equipe multiprofissional em um Centro de Atenção  
Psicossocial álcool e drogas [manuscrito] / Daniela Tonizza de Almeida. – 2012.  
207 f. , enc. : il.

Orientadora: Eliza Helena de Oliveira Echternacht.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de  
Engenharia de Produção.

Anexos: f. 204-207.

Bibliografia: f. 191-203.

1. Assistência social - Organização - Teses. 2. Grupos de trabalho - Teses. 3. Centros  
de reabilitação – Administração. I. Echternacht, Eliza Helena de Oliveira II.  
Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Engenharia de Produção.  
III. Título.

CDU: 331 (043)



UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Engenharia  
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

ATA DA 254ª DEFESA DE DISSERTAÇÃO, DE DANIELA TONIZZA DE ALMEIDA, nº de registro 2010720576. Às 14:00 horas do dia 30 de agosto de 2012, reuniu-se, na Escola de Engenharia da UFMG a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Curso em 26/06/2012, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado "*Análise do Trabalho de uma Equipe Multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas*", requisito final para obtenção do Grau de Mestre em ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, área de concentração: Produto e Trabalho. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Dra. Eliza Helena de Oliveira Echternacht, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Em sessão pública, após exposição, a candidata foi argüida oralmente pelos membros da banca tendo como resultado:

Aprovação;

Aprovação condicionada a satisfação das exigências constantes no verso desta folha, no prazo fixado pela banca não superior a 60 (sessenta) dias;

Reprovação.

Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata que é assinada pelos membros da banca na ordem abaixo determinada e pela candidata.

Belo Horizonte, 30 de agosto de 2012.

*A banca destaca a qualidade e a relevância da dissertação.*

Nomes

	Assinaturas	Indicação
Profª. Eliza Helena de Oliveira Echternacht (Presidente), Dra. (UFMG)		A
Profª. Daisy Moreira Cunha, Dra. (UFMG)		A
Profª. Vanessa de Andrade Barros, Dra. (UFMG)		A
Profª. Selma Lancman, Dra. (USP)		A
Candidata: Daniela Tonizza de Almeida		

*Dedico esta dissertação a todos os trabalhadores que se propõem a realizar a difícil tarefa de construir um novo tipo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pautada no respeito aos direitos humanos e na cidadania.*

## AGRADECIMENTOS

*Esse processo de escrever uma dissertação, como qualquer atividade de trabalho é, ao mesmo tempo, prazer e sofrimento. É algo que se faz não só para si mesmo, mas também para compartilhar e contribuir para o desenvolvimento social. No entanto, se para produzir um texto científico é necessário deixar a própria subjetividade um pouco de lado, eu questiono: como é possível se no trabalho há sempre criação, “uso de si, por si e pelos outros”? Como arbitrar esse uso? Essa foi uma luta que travei durante toda a pesquisa... Como ver além do que fui procurar? Como analisar os dados sem contaminá-los com os meus saberes instituídos e investidos? A quem devo agradecer? Devo agradecer? Tem beleza e utilidade nesta obra? É um trabalho bem feito?*

*Nessa dramática, aquilo que escrevi certamente não é o resultado de dois anos de pesquisa, mas aquilo assimilei na minha história e aquilo que renormalizei a partir de encontros e desencontros com pessoas que eu conheci e com as que eu apenas ouvi falar, com os livros que eu li, as músicas que ouvi, os filmes que assisti, os lugares onde eu vivi. Ao pensar a quem deveria agradecer então, percebo a existência de “entidades coletivas relativamente pertinentes”, com as quais compartilhei objetivos e valores no desenvolvimento do maior de todos os desafios: VIVER junto. Quero começar pela minha família, que foi meu primeiro eixo de sustentação e também de desestabilização.*

*Quero agradecer às minhas avós Dirce Junqueira e Hermínia Tonizza, grandes guerreiras. A despeito dos constrangimentos impostos pela vida, enfrentaram as adversidades – e não foram poucas! – com coragem e dignidade. Essas mulheres trabalhadeiras são um grande exemplo para mim.*

*Ao meu avô Mário Junqueira, que fez brotar em mim o desejo do querer saber. Foi ele quem, através de suas histórias, me introduziu no mundo da imaginação, dos pensamentos, dos “comos” e “por quês”. Mesmo sem enxergar, me ensinou a ver as coisas do mundo a partir de uma interrogação.*

*Ao meu avô Antônio Tonizza, que nunca conheci, mas cuja história certamente foi um dos pontos de partida das minhas escolhas e das minhas inquietações com essa clínica que tento interrogar.*

*Aos meus tios, cada um a seu modo me ensinou que a vida tem altos e baixos, que é preciso ousar pensar e fazer diferente, ter sensibilidade, saber que o mundo é maior do que o que eu conheço, que é necessário desprender-me do ninho para crescer, mas que é preciso também ter chão.*

*Ao meu pai Wander Tonizza, por me ensinar a ter caráter e dar valor ao trabalho. Por abdicar de tantos de seus sonhos para me ajudar a realizar os meus. Pelas noites que passou preocupado com as minhas andanças por esse mundo. Por não ter me impedido de sair.*

*À minha mãe Célia Maria Tonizza, por acreditar no meu potencial, pelo incentivo para trabalhar e estudar, pela confiança e apoio sempre que precisei e ainda preciso.*

*Aos meus irmãos e comparsas, Ana Cláudia Tonizza e Wander Tonizza Jr., pelo amor que nos une, ainda que estejamos tão longe uns dos outros nestes tempos de labuta. Obrigada Ana por me ajudar na revisão.*

*À Maria de Lourdes e José Antônio Almeida que me acolheram como filha em sua família, apesar de eu ter levado para longe seu filho tão querido.*

*Ao André Almeida, pelo apoio incondicional e companherismo. A única pessoa que eu poderia ter escolhido para compartilhar comigo a minha vida. As minhas filhas, Luiza e Cecilia, as quais me estimulam a querer ser um bom exemplo para que se tornem pessoas felizes.*

*Aos meus amigos, não seria possível citar todos. Cada qual, em um determinado momento da minha vida, contribuiu para que eu pudesse ser o que sou. Mas não posso deixar de agradecer especialmente à Érika Trevisan. Espero um dia poder retribuir tudo que fez por mim.*

*Às Professoras Maria Heloísa Medeiros, Glória Maroto, Cristina Toyoda, Beatriz Nascimento e Lilian Magalhães. A Terapeuta Ocupacional que sou, devo a vocês.*

*Às Professoras Regina Celi Ribeiro, com quem tenho uma eterna dívida e Ideli Domingues, por me apresentar os saberes Pichonianos.*

*À Heleyder Carnacini, à Marina Fraya e à Elci Patti, pela escuta cuidadosa e imprescindível para o meu desenvolvimento pessoal.*

*Aos pacientes do Hospital Allan Kardec, pelo quanto me ensinaram que a Reforma Psiquiátrica é possível e necessária. Aos colegas de trabalho, pelas boas experiências e saberes compartilhados (e confrontados).*

*Finalmente, quero agradecer àqueles que mais diretamente fizeram parte desta construção.*

*À Lúcia Helena Rodrigues, pela oportunidade do reencontro, por despertar em mim a consciência social antes mesmo que eu tivesse consciência disso, por me apresentar a Professora Vanessa Barros, com quem pude aprender que atividade anda junto com afeto. Obrigada Vanessa por oferecer contribuições tão valiosas para o aprimoramento do meu trabalho na ocasião da qualificação e agora, gentilmente, aceitar o desafio de me avaliar em minha defesa. Pelos mesmos motivos, agradeço também aos professores Mariana Veríssimo e Ênio Silva, que compuseram a banca da minha qualificação e Selma Lancman e Daisy Cunha, pela disponibilidade e generosidade em contribuir para o enriquecimento desse trabalho participando da banca de defesa.*

*Agradeço também aos professores Francisco Antunes Lima e Yves Schwartz com os quais pude aprender tanto sobre atividade humana.*

*À Professora Eliza Helena Echternacht, minha orientadora, pela competência para manejar minhas palavras e minha militância antimanicomial, não permitindo que essa militância me impedisse de ver o trabalho real. Agradeço ainda por me acompanhar tão de perto, por tolerar minhas imperfeições e limites e, ao mesmo tempo, por ter sido tão exigente, acreditando no meu potencial.*

*Aos companheiros do LIPES Taciana Luz, Davidson Mendes, Marcelle Lara e Ângela Petrus pelas trocas solidárias.*

*Aos meus companheiros da UNIPAC pela cumplicidade e incentivo durante as nossas idas e vindas ao trabalho, em especial à Estela Días e Tânia Valério.*

*Aos meus alunos, cujas indagações me incentivaram a buscar respostas para os problemas que enfrentavam na experiência da formação.*

*Aos profissionais e usuários do CAPS ad que, gentilmente, se dispuseram a expor suas dramáticas.*

*Sintam-se todos parte desse trabalho. Sem vocês, ele jamais se concretizaria.*



*“Nós não somos o que gostaríamos de ser.  
Nós não somos o que ainda iremos ser.  
Mas, graças a Deus,  
Não somos mais quem nós éramos”.*

*Martin Luther King*

## RESUMO

Nos últimos dez anos foram propostas novas diretrizes para a atenção à saúde de usuários de álcool e drogas, dentre as quais, destacam-se: um deslocamento do aparato psiquiátrico e manicomial para a criação de uma rede de atenção psicossocial, onde os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) exercem um papel central; mudanças na concepção do trabalho e dos produtos do trabalho, privilegiando uma atenção integral sob a ótica do Modelo de Redução de Danos e na organização do trabalho, de forma interdisciplinar e horizontalizada, envolvendo pessoal gestor, trabalhadores, usuários, familiares e comunidade. Nesse contexto, o objetivo geral do estudo foi compreender como se caracteriza o trabalho coletivo num CAPS ad, no que se refere à organização do processo de trabalho e à articulação dos profissionais entre si e com a rede assistencial, identificando os debates de normas e valores que permeiam a gestão do trabalho. A pesquisa empírica foi realizada em um CAPS II ad da região metropolitana de Belo Horizonte a partir de uma abordagem qualitativa e ergológica. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores e usuários, observação participante e pesquisa documental. Os resultados demonstraram que o compromisso com os pressupostos teórico-políticos do projeto institucional pela maior parte dos trabalhadores e da gestão e a manutenção de espaços instituídos onde ocorrem comunicação e cooperação entre os diversos saberes favorecem a criação de estratégias coletivas para o enfrentamento de adversidades. Entretanto, identificou-se alguns desafios a serem enfrentados para a consolidação do novo modelo: a reorganização do trabalho de modo a diminuir a sobrecarga de trabalho para algumas categorias profissionais e hierarquia entre os saberes; o equacionamento da demanda da população atendida pelo serviço com a quantidade de trabalhadores disponível e ampliação dos dispositivos de cuidado em situações de urgência no serviço. Apesar do avanço na construção da rede de atenção psicossocial, identificou-se que a deficiência de dispositivos de urgência/emergência, reabilitação psicossocial e processos de comunicação entre as equipes que compõe a rede potencializa o sofrimento na gestão cotidiana do trabalho.

**Palavras Chaves:** Processo de Trabalho. Trabalho interdisciplinar. Transtornos relacionados ao uso de substância/tratamento. Políticas Públicas. Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas.

## ABSTRACT

In the last ten years have been proposed new guidelines for healthcare of alcohol and drugs users, among which stand out: a shift from the apparatus psychiatric asylum for the creation of a psychosocial care network, where the Psychosocial Care Centers alcohol and drugs (CAPS ad) play a central role; changes in work design and the products of labor, favoring comprehensive care from the Harm Reduction Model perspective, organization of work in an interdisciplinary and horizontal involving personal manager, workers, users, their families and community. In this context, the general objective of the study was to understand how the collective work featuring a CAPS ad, with regard to the organization of the work process and the articulation of professionals with each other and with the network care, identifying the discussions of norms and values that permeate the work management. Empirical research was carried out in an ad CAPS II of the metropolitan region Belo Horizonte from a qualitative and ergological approach. Were conducted semi-structured interviews with workers and users, participant observation and documentary research. The results showed that the theoretical engagement with the political-institutional project by the workers and the management and maintenance of open space where there are established communication and cooperation between different knowledges favor the creation of collective strategies for coping with adversity. However, we identified some challenges to be faced for the consolidation of the new model: the reorganization of work in order to reduce the workload for some occupational categories and hierarchy of knowledge; addressing the demand of the population served by the department with amount of available workers and expansion of care devices in emergency service. Despite advances in network construction psychosocial care, we found that deficiency of devices urgent / emergency, psychosocial rehabilitation and processes of communication between the teams that make up the network leverages the suffering in daily management work.

Key Words: Work Process. Interdisciplinary work. Disorders related to substance use/treatment. Public Policy. Psychosocial Care Center alcohol and drugs.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O Espaço tripolar.....	48
Figura 2: Contextualização política do Modelo de Atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial.....	62
Figura 3: Estratégia CAPS.....	77
Figura 4: Módulo Territorial.....	79
Figura 5: Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002 e ao final de 2011(parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes).....	81
Figura 6: Organograma do CAPS ad.....	110
Figura 7: Fluxo previsto de acolhimento no CAPS ad.....	117
Figura 8: Fluxo previsto de Permanência Dia no CAPS ad.....	123
Figura 9: Fluxo de funcionamento da rede setorial e intersetorial de atenção ao usuário de álcool e drogas no Município em relação ao CAPS ad.....	150
Figura 10: Fatores que contribuem para o desenvolvimento de estratégias coletivas de enfrentamento das adversidades no CAPS ad.....	173

## LISTA DE SIGLAS

AET	Análise Ergonômica do Trabalho
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CID 10	Classificação Internacional de Diagnóstico 10 <sup>a</sup> . versão
DD3P	Dispositivo Dinâmico a Três Polos
ECRP	Entidade Coletiva Relativamente Pertinente
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESM	Equipe de Saúde Mental
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HG	Hospital Geral
LIPES	Laboratório Integrado de Produção e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
PD	Permanência Dia
PEAD	Programa Emergencial de Prevenção Álcool e Droga
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
TSS	Técnico Superior de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2 PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO</b>	22
<b>2.1 O ponto de vista do trabalho: A Ergonomia da Atividade</b>	23
<b>2.2 O ponto de vista da atividade Humana: A Ergologia</b>	26
<b>2.3 Metodologia: Pesquisa Qualitativa</b>	33
2.3.1 Pesquisa Exploratória	35
2.3.2 Pesquisa de Campo	38
2.3.2.1 Entrevistas	38
2.3.2.2 Observação Participante	40
2.3.2.3 Pesquisa documental	43
2.3.3 Análise dos Dados	43
2.3.4 Cuidados éticos	44
<b>3 AS NORMAS E OS VALORES QUE CONFIGURAM O NÍVEL MACRO: DISCUSSÕES A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA</b>	46
<b>3.1. A evolução do conceito de saúde</b>	46
<b>3.2 Os debates de normas no âmbito individual e coletivo</b>	47
3.2.1 A Reforma Psiquiátrica	50
3.2.2 Aspectos culturais e históricos relacionados ao uso de álcool e drogas	56
3.2.3 Discursos e práticas relacionados ao tratamento de usuários de álcool e drogas	62
3.2.3.1 O modelo de Redução de Danos	70
<b>3.3 A construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no Brasil</b>	76
3.3.1 Considerações sobre o processo de construção da rede de atenção psicossocial	85
<b>3.4 O Trabalho em Saúde: da Clínica Biomédica à Clínica Ampliada</b>	88
3.4.1 O Trabalho nos CAPS	94
3.4.2 O Trabalho nos CAPS ad	98

<b>4.1 O CAPS II ad: o projeto institucional</b>	103
4.1.1 O espaço físico	108
4.1.2 População trabalhadora	109
4.1.3 O perfil dos usuários	111
<b>4.2 As tarefas e os processos de trabalho: a Clínica de Redução de Danos</b>	112
4. 2.1 Plantão de Acolhimento	114
4. 2. 2 Permanência dia	121
4.2.2.1 Assembleias	125
4.2.2.2 Oficinas	127
4. 2. 3 A Clínica da Referência: principais desafios enfrentados na condução dos casos	130
4.2.3.1 Aspectos facilitadores de adesão e sucesso do tratamento	132
4.2.3.2 Aspectos limitantes ou dificultadores dos processos terapêuticos	136
4.2.3.2.1 A co-morbidade psiquiátrica	136
4.2.3.2.2 A vulnerabilidade social	140
4. 2. 4 As reuniões de equipe e supervisões de clínicas	143
<b>4.3 O processo de consolidação da rede atenção psicossocial no município</b>	148
<b>5 OS DESAFIOS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR: A DIVISÃO DO TRABALHO E O TRABALHO COLETIVO</b>	158
<b>5.1 Coletivos multiprofissionais e interdisciplinares</b>	160
<b>5.1.1 Os Técnicos Superiores de Saúde</b>	160
<b>5.1.2 Os médicos</b>	164
<b>5.2 Impacto da organização do trabalho para a atividade dos trabalhadores e a qualidade da produção</b>	168
<b>5.3 Estratégias coletivas de enfrentamento das adversidades</b>	170
<b>6 A PENOSIDADE NA CLÍNICA DE REDUÇÃO DE DANOS</b>	174
<b>7 REFLEXÕES FINAIS</b>	185
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	191





## 1. INTRODUÇÃO

Desde os primeiros contatos com o campo da saúde mental, realizados através do estágio de Terapia Ocupacional em Hospital Dia, em 1997, despertaram o interesse da pesquisadora a enorme distância entre a teoria e a prática e os imensos obstáculos para a plena implementação da reforma psiquiátrica. O sofrimento psíquico dos trabalhadores na vida cotidiana com os usuários dos serviços de saúde mental e com a organização dos serviços também se revelou uma questão igualmente intrigante.

Trabalhar por cinco anos em um hospital psiquiátrico fez com que percebesse que, apesar das dificuldades, a reforma psiquiátrica era cada vez mais urgente, possível e necessária. Entretanto, ainda era preciso desenvolver ou aperfeiçoar dispositivos que permitissem enfrentar os entraves que se colocavam como dificultadores do processo.

Mais tarde, na perspectiva da docência, o acolhimento ao sofrimento dos alunos com os primeiros contatos com a prática clínica em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, ao mesmo tempo, o encontro com a Ergologia possibilitaram transformar a inquietação num projeto de pesquisa cujo objetivo principal era estudar o trabalho coletivo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O processo de escolha do objeto de pesquisa corroborou, portanto, com o que salienta Minayo (1994, p. 80; 1992, p.90): essa escolha já é o que um pesquisador coloca de si no trabalho, uma vez que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Logo no primeiro contato da pesquisadora com a orientadora ficou claro que havia um interesse mútuo na pesquisa e que ela seria inserida no escopo de um projeto mais amplo desenvolvido pelo grupo de pesquisa do Laboratório Integrado de Produção e Saúde acerca do processo de trabalho em saúde mental. Nas primeiras reuniões do grupo, um dos pesquisadores identificou que havia uma mudança no perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um hospital psiquiátrico da região estudada, com prevalência de usuários de álcool e drogas. Segundo a sua hipótese, essa mudança de perfil acarretava alterações significativas no cotidiano de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, impondo a necessidade de desenvolver novas competências e configurações coletivas para gerir o risco

potencial de violência física e psíquica (MENDES; ECHTERNACHT, 2010). Surgiu então o interesse em compreender se os mesmos problemas eram enfrentados no cotidiano de trabalho da equipe multiprofissional de um CAPS ad da região, o qual, em tese, atendia a mesma clientela, mas com uma proposta de trabalho essencialmente diferenciada.

A fim de facilitar a compreensão do objeto da pesquisa é necessário considerar que, historicamente, a prática psiquiátrica asilar ocupou um espaço relevante no tratamento das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. O tema aparece ainda associado “à criminalidade, práticas anti-sociais e oferta de ‘tratamentos’ inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social” (BRASIL, 2003).

No Brasil, essa realidade começou a ser transformada, nas últimas três décadas, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja base se constituiu em terreno fecundo para novas práticas e políticas inovadoras de saúde mental que culminaram na Reforma Psiquiátrica.

Os pressupostos de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial advindos da Psiquiatria Democrática Italiana influenciaram indiscutivelmente o movimento social de Luta Antimanicomial no Brasil. Esse movimento exerceu um papel relevante no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica, buscando romper com a lógica manicomial da exclusão social e da violência, substituindo-a por cooperativas de trabalho e assistência territorial (AMARANTE, 1995a).

Dentre as mudanças propostas, destaca-se a desospitalização dos usuários e a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção psicossocial que funcione segundo a lógica do território e que garanta não só o direito à saúde de forma integral, universal e equânime, mas à participação social e à cidadania.

A Rede de Atenção Psicossocial deve funcionar de forma articulada a Rede SUS, obedecendo aos seus princípios de regionalização e hierarquização e garantindo aos usuários acesso aos dispositivos de atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e às estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011c).

Nesse contexto, os CAPS foram designados como principal referência para o tratamento em saúde mental, definidos por ordem crescente de porte, complexidade,

abrangência populacional, horário de funcionamento, número de funcionários e de pessoas atendidas (BRASIL, 2002). Inicialmente os CAPS apresentavam-se na modalidade CAPS I, CAPS II ou CAPS III, destinados aos adultos com transtornos mentais severos e persistentes, maiores de 18 anos. A partir de 2002, esse modelo foi adotado para a estruturação de outros CAPS destinados a usuários com necessidades específicas: CAPS i, especializados em crianças e adolescentes com transtornos mentais e CAPS ad, destinado a pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool e outras drogas.

Nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), o trabalho das equipes multiprofissionais deve pautar-se por uma prática interdisciplinar, horizontalizada, humanizada e articulada com outros pontos da rede, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências e tendo como eixo central a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (BRASIL, 2011c). Tais projetos devem ser pautados no Modelo de Redução de Danos, o qual pressupõe “um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV” (BRASIL, 2003, p. 34), sem que haja a exigência de os indivíduos implicados interromperem imediatamente o uso.

Em síntese, foram propostas novas diretrizes políticas para uma organização do trabalho mais horizontalizada e um novo conceito de saúde mental, não mais atrelado à ausência de doença, mas às possibilidades concretas de exercer a cidadania e estabelecer trocas sociais (SARACENO, 1998).

Especialmente no que tange à atenção à saúde do usuário de álcool e drogas, considera-se que o tema vem ganhando maior visibilidade social nos últimos anos devido às supostas mudanças na forma e intensidade do consumo de drogas, principalmente ao aumento do consumo de crack.

Mover-se neste campo não é uma tarefa simples para o pesquisador. Embora o uso de drogas tenha uma universalidade na história humana, constitui-se em um assunto polêmico, que afeta as pessoas de formas diferentes e envolve campos distintos do conhecimento, entre os quais o Direito, a Sociologia, a Antropologia, a Farmacologia, a Medicina, a Psicologia, a Religião, a Saúde Coletiva e a Segurança Pública. Tais campos utilizam termos mutuamente distintos e expressam visões frequentemente contraditórias do tema entre si.

Este estudo parte do princípio de que não existe uso de droga sem usuário e sem contexto. Por mais que uma substância possa ter, por sua farmacologia, um maior ou menor potencial para induzir um quadro de dependência, é a combinação entre a substância, o sujeito e o contexto social e histórico em que se dá o consumo que o predispõem ou não à dependência.

A Dependência Química ou Toxicomania pode ser definida a partir de recortes teóricos distintos. A Organização Mundial de Saúde (1969) a definiu como:

Um estado físico e às vezes igualmente psíquico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância que se caracteriza por mudanças de comportamento e outras reações, compreendendo sempre um impulso para tomar a substância de modo contínuo ou periódico, com o objetivo de reencontrar seus efeitos psíquicos e às vezes evitar o sofrimento de sua falta. Este estado pode ou não ser acompanhado de tolerância. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de várias substâncias simultaneamente.

Esta definição, embora incompleta, deixa claro que o indivíduo dependente diferencia-se daquele que faz uso esporádico ou habitual na vida. O diagnóstico depende essencialmente da evidência de compulsão ao uso, entre outros fatores.

O último Relatório Brasileiro sobre Drogas (BRASIL, 2009b) apontou que, no período compreendido entre 2001 e 2005, verificou-se um consumo discreto e estável de drogas na população brasileira, com exceção do uso de estimulantes, cuja prevalência de *uso na vida* dobrou nesses anos, especialmente devido ao aumento do consumo de anorexígenos. O álcool caracterizava-se como a droga que causava maior prejuízo social e de saúde pública, sendo que o uso na vida foi verificado em 74,6 % da população, enquanto que 12,3 % foi apontada como dependente do uso dessa substância.. As drogas que seguiam no *ranking* das que causavam maior dependência eram o tabaco, 10,1% e a maconha, os benzodiazepínicos, os solventes e os estimulantes que juntos somavam 2,1 % da população. Descreveu-se que 0,7 % da população fizeram uso de crack na vida e 0,2 foram apontados como dependentes de estimulantes de um modo geral, incluindo o crack.

Ainda de acordo com esse relatório, o gênero masculino apresentou maior *uso na vida* e maior *dependência* de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária que apresentou o maior índice de *dependência* foi a de 18 a 24 anos, seguida da de 25 a 34 anos. Destaca-se ainda que, no período compreendido entre 2001 e 2007, o consumo de álcool foi responsável por 68,7 do número de internações associadas a transtornos mentais, seguidas pelo uso de múltiplas drogas, 22,8 %. O crack foi responsável por menos de 0,2 %

das internações. Os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool foram os responsáveis pelo maior número de mortes associadas ao uso de drogas, correspondendo a, aproximadamente, 90% dos casos. Em seguida, apareceram os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco, com cerca de 6%, de múltiplas drogas, com 0,7% e de cocaína, com 0,4%. Desse contingente, 87% das mortes associadas ao uso de drogas foram de homens. O estudo apontou ainda um crescimento do número de afastamentos, aposentadorias e acidentes no período, especialmente relacionados ao consumo de álcool (BRASIL, 2009b).

Esses dados contrariam afirmações recorrentes na mídia de que o Brasil esteja enfrentando uma epidemia de crack, entretanto, é preciso considerar que os dados se referem ao período compreendido entre 2001 e 2007, ou seja, não se dispõe de números atualizados para mapear a dimensão real da expansão do consumo de crack no país. O que se lê, assiste ou se escuta na imprensa refere-se, quase que invariavelmente, a visitas dramáticas às “cracolândias” e referências a um único tipo de tratamento – internações compulsórias nas comunidades terapêuticas – cuja efetividade é questionável, além de estarem atreladas a violações aos direitos humanos, conforme demonstrou o Conselho Federal de Psicologia (2011).

De fato, assim como chamam atenção Melo (2010) e Machado e Miranda (2007), considera-se que, embora a construção da rede pública de atenção em Saúde Mental tenha avançado significativamente nos anos de 1990, o mesmo não se verificou no que se refere aos serviços específicos para tratamento de usuários de álcool e drogas. A quase inexistência de políticas públicas destinadas ao usuário de álcool e drogas favoreceu o crescimento de comunidades terapêuticas de caráter fechado, religioso e filantrópico em quase todo o Brasil, as quais contribuem para o processo de exclusão social do usuário, fundamentando-se num modelo de tratamento baseado na religião, na disciplina e no trabalho.

No entanto, deve-se ponderar que, nos últimos dez anos, houve um avanço significativo na ampliação das políticas de atenção ao usuário de álcool e drogas, com o incremento de programas e dispositivos assistenciais. Apesar disso, usuários de álcool e drogas continuam ocupando grande parte dos leitos em hospitais psiquiátricos. Melo (2010) aponta grande resistência dos serviços e dos profissionais que se queixam de que os toxicômanos perturbam a ordem dos CAPS, dos postos de saúde, dos centros de convivência,

dos hospitais psiquiátricos e demais serviços de saúde mental, precipitando encaminhamentos para serviços especializados.

Nesse cenário de intensas transformações sociais, assim como identificaram Lancman e Pereira (2008), a construção de um novo modelo de atenção convive com a desconstrução do antigo modelo, o que pressupõe a desorganização do sistema como um todo. Entre os problemas apontados nesse processo, os autores destacam um potencial desequilíbrio entre demanda e oferta; um desenvolvimento parcial, incompleto e provisório das ações assistenciais e uma necessidade de desenvolvimento de processos inovadores de trabalho e capacitação. Além do impacto na qualidade do trabalho, a sobrecarga de trabalho no cotidiano laboral, a fragmentação dos coletivos e o sofrimento psíquico dos profissionais também podem ser apontados como consequência dessa transição.

Estima-se que na medida em que as normas se modificam, o processo de trabalho também sofre transformações. Nesse sentido, refletir sobre o trabalho, as exigências e possibilidades concretas de executá-lo, possibilita desenvolver estratégias operatórias que considerem dimensões que ultrapassam o modelo prescrito pelas políticas, uma vez que “o processo de cuidar envolve um encontro sempre singular entre sujeitos” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 723).

Partindo desse pressuposto, a pesquisa teve como objetivo geral compreender como se caracteriza o trabalho coletivo num Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), no que se refere à organização do processo de trabalho e à articulação dos profissionais entre si e com a rede assistencial, identificando os debates de normas e valores que permeiam a gestão do trabalho. Buscou-se identificar os fatores limitantes ou facilitadores para o desenvolvimento das atividades de trabalho bem como a forma como as tarefas são reconfiguradas pela equipe multiprofissional de modo a alcançar os objetivos impostos pelas políticas públicas. Analisou-se ainda como se configuram os aspectos de complementaridade e interdependência de saberes disciplinares, de articulação desses saberes, da autonomia técnica e da interação dos profissionais. Embora não se caracterizasse como objetivo inicial do estudo, identificou-se o sofrimento relacionado ao trabalho como questão relevante a ser analisada.

Na perspectiva de buscar compreender o trabalho em suas múltiplas dimensões, a pesquisa conduziu-se essencialmente pelo Referencial Ergológico, o que pressupõe a

construção de um diálogo pluridisciplinar que privilegia o ponto de vista da atividade humana na análise do trabalho. Desse modo, “a questão que se coloca desde o início é o lugar da atividade humana na sua interação com o meio técnico, social e historicamente construído, cultural” (ALVES; CUNHA, 2011, p.7). Cabe destacar que a atividade humana é aqui compreendida essencialmente como um debate de normas (SCHWARTZ, 2008) e que “as análises do trabalho que aí se baseiam evocam necessariamente as relações entre os valores, os saberes e o agir em competência, configuradas na especificidade das situações concretas de trabalho” (ECHTERNACHT, 2008, p. 50).

A partir de uma abordagem qualitativa (MINAYO, 1992; 1994) procurou-se, primeiramente, descrever como esse trabalho foi sendo construído, consolidado e transformado ao longo da história através de uma análise dos pressupostos teóricos e políticos que sustentam as práticas, bem como descrever os avanços e limites da implementação de novas políticas e serviços de saúde mental, álcool e drogas no Brasil e as demandas de adequação técnica nesse contexto. Em seguida, procurou-se articular esses dados com uma pesquisa de campo em um CAPS II ad. Buscou-se realizar uma descrição e explicitação da atividade humana em situação de trabalho através da valorização do saber dos trabalhadores sobre o próprio trabalho, o que se constitui em um aspecto central no diálogo entre as abordagens ergonômica e ergológica.

Dessa forma, os capítulos foram organizados da seguinte forma:

A Introdução apresentou o objeto, o problema, o contexto em que este problema se insere, os objetivos do estudo, bem como a justificativa.

O Capítulo 2 apresentou-se o referencial teórico e metodológico proposto para responder as questões do estudo. Partindo-se da suposição de que não existe neutralidade na ciência e de que toda pesquisa se constitui num recorte da realidade, apresenta-se os principais pressupostos teóricos da Ergonomia da Atividade, da Ergologia e sua interface com outras ciências que abordam a atividade humana de trabalho, bem como a pesquisa qualitativa em saúde que nortearam tanto o levantamento, quanto a análise dos dados.

No Capítulo 3, buscou-se, através de uma revisão de literatura e análise documental, descrever o contexto sócio-histórico em que as normas antecedentes do trabalho foram sendo constituídas e apresentar um panorama dos discursos e práticas, das políticas públicas e do processo de estruturação dos serviços assistenciais que se propõem a abordar pessoas com

necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Ainda através de revisão de literatura, procurou-se descrever e discutir o trabalho em saúde e a forma como as comunidades de pesquisa brasileiras têm abordado os problemas referentes ao trabalho nos CAPS e CAPS ad.

No Capítulo 4 procurou-se modelar o processo de trabalho e, ao mesmo tempo, analisar as renormalizações presentes. Para tanto, foram descritas as características do campo empírico, apresentando-se o serviço estudado no que se refere ao projeto institucional, ao contexto produtivo, à estrutura organizacional, bem como sua articulação com uma rede de serviços assistenciais; a descrição das tarefas e condições gerais para seu desenvolvimento; as características da população trabalhadora e o perfil dos usuários atendidos. Em seguida, os resultados acerca da análise das situações reais de trabalho também foram discutidos no que concerne aos desafios da clínica de redução de danos e à construtividade de uma rede de atenção psicossocial no município.

No Capítulo 5, discutiram-se os desafios enfrentados e estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para consolidação de um coletivo de trabalho interdisciplinar.

Aspectos referentes à penosidade presente na Clínica de Redução de Danos foram discutidos no Capítulo 6.

Finalmente, nas Reflexões Finais procurou-se ampliar as discussões e apresentar as possíveis contribuições para o desenvolvimento do trabalho, bem como apontar as limitações da pesquisa e direcionamentos para futuros estudos.



## 2 PERCURSO TEÓRICO E METODOLÓGICO

Este item descreve os pressupostos metodológicos da pesquisa entendendo que a pesquisa científica possui duas dimensões:

1) uma dimensão teórica em cujo interior se formula o problema a ser investigado, se postula algo a respeito da realidade, se elege uma parte ou segmento do real como elemento ou princípio explicativo – uma força, um ente, um objeto; 2) uma dimensão metódica, instalada pela teoria e guiada por ela, a qual se encarregará, entre outras coisas, de contrastar a teoria em relação à realidade, servindo-se de técnicas e de procedimentos apropriados” (DOMINGUES, 2004, p. 52 apud BRITO, 2006).

Especificamente no que se refere às Metodologias de Pesquisa Qualitativa, conforme Minayo (1992, p.10), pode-se defini-las como:

aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Nesse sentido, Minayo (1992) complementa que além das concepções teóricas da abordagem e do conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade, é igualmente necessário um potencial criativo do pesquisador no sentido de “relativizar o instrumental técnico e superá-lo pela arte”. A partir dessa assertiva, pode-se afirmar que a atividade de pesquisa:

jamais se reduz à prescrição, requerendo, assim, ajustes e estratégias, por parte do pesquisador, estratégias essas a serem reelaboradas, em função das dificuldades de compreensão de um problema e do material empírico obtido. [...] Exige do pesquisador reconhecer-se em falta, do princípio ao fim, justamente por saber que as respostas não serão definidas por sua subjetividade, embora suas experiências, competências e conhecimentos sejam fundamentais na consecução da investigação. Esse posicionamento oferece, juntamente com o estudo e a prática de pesquisa, as condições possíveis para a apreensão do objeto (VIEIRA; BARROS; LIMA, 2007, p.164).

Lhuillier (2012, p.23) salienta que o pesquisador, no processo de analisar o trabalho, enfrenta uma série de desafios uma vez que “a observação do realizado torna-se insuficiente, pois uma parte essencial do trabalho fica invisível” sendo necessário considerar a contribuição dos trabalhadores e a verbalização tanto do que eles fazem quanto do que são impedidos de fazer.

Entretanto, o pesquisador também enfrenta dificuldades de acesso às práticas através do discurso, dada a complexidade da passagem entre dois registros distintos, o do fazer e o do dizer.

Essa passagem supõe que o sujeito se engaje num esforço de análise e de elaboração de sua experiência vivida. O que exige dele pensar no quanto ela é o exercício de autonomia, de desprendimento e abandono dos modos operatórios segundo prescrições e normas, usos e costumes das práticas cotidianas, regras de ofício sedimentadas ao longo da história profissional. É necessário ainda que ele vença seu próprio desconhecimento do real de seu trabalho (LHULLIER, 2012, p. 25).

De modo a enfrentar esses desafios e alcançar uma compreensão da atividade de trabalho em suas múltiplas dimensões, empregou-se um conjunto de referenciais teóricos e técnicos que privilegiam o ponto de vista da atividade e do trabalho, dentre os quais destaca-se a Ergologia e a Ergonomia da Atividade, articulados a Metodologia Qualitativa Dialética.

## 2.1 O ponto de vista do trabalho: A Ergonomia da Atividade

A Ergonomia, palavra proveniente do grego *Ergon* (trabalho) e *Nomos* (estudo das regras e normas), pode ser considerada como “uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA, 2012).

Atualmente, orienta-se por duas principais correntes filosóficas. Uma delas, *Human Factor*, teve sua origem em 1947, na Inglaterra, a partir das ciências aplicadas (Fisiologia do Trabalho, Antropometria, Biomecânica e Psicologia Experimental), estaria mais centrada nas características psicofisiológicas do homem e orientada para a concepção de dispositivos técnicos. A outra, Ergonomia da Atividade, surgiu na França, em meados dos anos 50, com uma preocupação mais analítica, prioriza a análise da atividade, entendendo o trabalhador como o principal ator do processo de trabalho (WISNER, 2004).

A Ergonomia da Atividade foi definida por Wisner (1987, p. 12) como “o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficiência”. A disciplina pode ser descrita tanto como arte quanto como um método que se apoia em conhecimentos no campo das Ciências Humanas, da Saúde, Sociais e da Engenharia para esse fim.

Para a Ergonomia da Atividade, “o trabalho nunca é simples execução das instruções” (DANIELLOU, 2004). O trabalho é compreendido como uma das atividades humanas em que o objetivo é determinado socialmente assim como as normas e condições para sua execução, mas o resultado do trabalho é sempre singular. Os objetos produzidos trazem em si traços da atividade de quem o produziu. “Esse traço pode ter a ver com o conjunto de conhecimentos específicos, modos particulares de utilização das máquinas ou ferramentas, etc.” (GUÉRIN et al, 2001, p. 18)

Tersac e Maggi (2004, p.90) definiram três proposições básicas para a Ergonomia da Atividade: a *variabilidade* dos contextos e dos indivíduos; a diferenciação entre *tarefa* e *atividade* e as estratégias de *regulação*.

Enquanto o trabalho prescrito envolve a tarefa, as condições de execução determinadas e os resultados antecipáveis, o trabalho real pode ser definido como a unidade da atividade de trabalho, as condições reais e os resultados efetivos do trabalho. Se por um lado, a prescrição determina e constringe a atividade do operador, por outro, ela é indispensável para que ele possa operar (GUÉRIN *et al*, 2001).

Como o trabalho real sempre difere do prescrito, para gerir as variabilidades advindas do contexto, da tarefa ou de si próprio, o trabalhador desenvolve estratégias de regulação, tentando ao mesmo tempo realizar a tarefa e evitar efeitos negativos em si mesmo, ajustando suas condições internas às exigências da tarefa, o que pode impactar diretamente sobre sua saúde, competência ou desempenho (FALZON, 2005).

Nesse processo, o trabalhador é levado a gerir um conjunto de condicionantes e de situações imprevistas que não podem ser reduzidos à tarefa (DANIELLOU, 2004). Tersac e Maggi (2004) citam Leplat (1992) ao afirmar que as representações mentais contribuem para efetuar a regulação da atividade na medida em que permitem o planejamento da ação para regular o sistema, a elaboração da solução de certos problemas antes de ter que responder a eles.

Leplat (2004) destaca que a atividade é considerada um fenômeno complexo e dinâmico que se efetiva na relação entre o agente e a tarefa. Se a tarefa pode ser resumida no resultado a ser alcançado, o agente será considerado na sua capacidade de efetuar o processamento, essencialmente em função de sua competência.

O termo competência aparece na literatura a partir de diferentes enfoques elaborados no campo da economia, da educação, economia política, sociologia do trabalho, psicologia e avaliação educacional. Conforme aponta Manfredi (1998), em cada abordagem teórico-epistemológica ou momento histórico em que o termo foi utilizado, ele trazia em si sentidos e intenções diferenciadas.

Do ponto de vista ergonômico, Leplat (1991, p. 263, *tradução nossa*), apoia-se em Aronson e Briggs (1983) para afirmar que “a competência faz parte do que os especialistas em formação chamam de condições internas de aprendizagem ou características do sujeito que influenciam a aquisição”. Citando Montimollin (1986) complementa:

é o conjunto de conhecimentos estabilizados e *savoir-faire*, condutas, procedimentos, normas, tipos de raciocínio que podem ser implementados sem um novo aprendizado. As competências sedimentam e estruturam as conquistas da história profissional; ela permite a antecipação dos fenômenos, do implícito das instruções, da variabilidade das tarefas (LEPLAT, 1991, p.264, *tradução nossa*).

O autor define algumas características da competência: competências são finalizadas, aprendidas e organizadas em unidades coordenadas para a realização de um objetivo e são uma noção abstrata, hipotética e, por natureza, inobservável. O que se pode observar são as manifestações da competência. Finalmente, destaca que entre competência, tarefa e atividade existe uma estreita relação e uma co-determinação (LEPLAT, 1991, *tradução nossa*).

Ainda segundo Leplat (2004, p.73), complexidade e competência devem ser consideradas na análise do trabalho. A gestão da complexidade da atividade não se limita a tarefa, uma vez que “tarefa e agente estão mergulhados num contexto sócio-técnico e humano”.

Daniellou (2004) cita Weber (1978); Habermas (1987) e Dejours (1995) para afirmar que a ação é enredada por quatro racionalidades: a instrumental, ligada a eficácia da ação sobre o mundo físico; a axiológica, ligada aos valores do mundo social; a prática, ligada à autenticidade e construção da identidade e a comunicacional, ligada a procura da verdade na interação com os outros. Para o autor, devido à complexidade desses processos, a Ergonomia da Atividade avançou em diversas direções.

O diálogo com outras disciplinas também influenciou diferentes abordagens ergonômicas. Do ponto de vista antropotecnológico é necessário considerar também

determinantes geográficas e culturais a fim de compreender as estratégias desenvolvidas pelos operadores (DANIELLOU, 2004).

Do diálogo com a Psicologia Cognitiva deu-se a origem da Ergonomia Cognitiva para a qual, na análise do trabalho, deve se buscar verificar os processos cognitivos implicados numa ação. O diálogo com a Psicanálise, por sua vez, contribuiu para surgimento de uma outra disciplina, a Psicodinâmica do Trabalho, a qual considera especialmente as defesas psíquicas e a mobilização subjetiva que condicionam as estratégias defensivas (WISNER, 2004).

Para Daniellou (2004), esses diferentes enfoques sobre a atividade têm, como pano de fundo, diferentes modelos de homem, o qual pode ser considerado em uma ou em várias de suas dimensões: biológica, cognitiva, psíquica, social.

De qualquer forma, o objeto da disciplina é o homem engajado numa situação precisa de trabalho com suas restrições cognitivas, situacionais e organizacionais (AMALBERT, 1991, *tradução nossa*).

Considerando a complexidade da atividade de trabalho, Wisner (2004) sugere a necessidade de avançar ainda mais na multiplicidade de abordagens e diálogos com disciplinas correlatas.

Nesse sentido, Telles e Alvares (2004) revelam limites que o referencial teórico da Ergonomia apresenta na análise de situações de trabalho, tais como, identificar os fatores que influenciam as escolhas organizacionais e que nem sempre se revelam na situação de trabalho. De modo a preencher essa lacuna, as autoras sugerem que o conceito de normas antecedentes, proveniente da Ergologia contribui para acessar a dimensão dos valores presentes nas atividades estudadas.

## **2.2 O ponto de vista da atividade humana: A Ergologia**

A Ergologia tem como objetivo estudar a atividade humana em geral, e a atividade de trabalho em particular. Segundo Schwartz (2010b, p. 21), a tarefa de compreender as mudanças em curso nas atividades econômicas só seria possível a partir de um trabalho cooperativo entre os diversos saberes acadêmicos relacionados ao trabalho e à experiência, saberes e valores investidos por aqueles que trabalham. Foi a partir desse esforço de

compreensão que se promoveu um diálogo pluridisciplinar que precedeu a origem da Ergologia nos anos de 1980, na Universidade de Provence – França.

Essa pluridisciplinaridade se constitui de saberes provenientes do campo da Sociologia, da Filosofia, da Medicina, da Psicologia, da Psiquiatria, da Economia, da Engenharia e das Ciências da Educação (TRINQUET, 2010), mas é preciso identificar pelo menos três pilares principais que se caracterizam como base conceitual da Ergologia: a Filosofia da Vida de Canguilhem (2010, 2005); o conceito de Comunidade Científica Ampliada (ODONNI, 1981) e a Ergonomia da Atividade (WISNER, 1987). “O elo entre estas referências centra-se sobre o ponto de vista da atividade humana como posicionamento epistemológico” (ECHTERNACHT, 2008, p. 48).

Para Schwartz:

A Ergologia não é uma disciplina no sentido de um novo domínio do saber mas, sobretudo, uma disciplina de pensamento. Essa disciplina ergológica é própria às atividades humanas e distinta da disciplina epistêmica que, para produzir saber e conceito no campo das ciências experimentais deve, ao contrário, neutralizar os aspectos históricos. A *démarche* ergológica, mesmo tendo como objetivo construir conceitos rigorosos, deve indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais, inerentes às atividades de trabalho (SCHWARTZ, 2000, p. 45-46).

Para Alves e Cunha (2011, p.7), “a Ergologia assume as contribuições da Ergonomia da Atividade francesa como propedêutica pertinente a uma epistemologia interessada no trabalho humano e propõe um triângulo de análise que mescla valores, saberes e atividade”.

Nesse sentido, a Ergologia reafirma o pressuposto ergonômico de há uma distância entre o trabalho real e o prescrito, mas acrescenta mais três proposições: a) essa distância é sempre parcialmente singular porque não é possível antecipá-la totalmente, está sempre introduzida na história daquele que trabalha; b) aquele que faz a gestão dessa distância obedece a uma racionalidade que atravessa tanto o intelectual, o biológico quanto o cultural, *o corpo-si* e c) há sempre valores em jogo na atividade. (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010c, p.43-45).

A fim de aprofundar o esclarecimento acerca dessas proposições gerais é necessário inicialmente explicar que a Ergologia amplia o conceito de trabalho prescrito ao substituí-lo pelo de *normas antecedentes* (BRITO, 2009; TELLES; ALVARES, 2004).

O conceito de *normas antecedentes* refere-se às diversas formas de antecipação às quais os protagonistas se reportam para realizar as atividades. Este conceito engloba de um lado, os saberes relativamente estabilizados provenientes dos protocolos científicos, objetivos e tarefas prescritas e os saberes que são procedentes da experiência, como culturas de ofício, saber-fazer e valores (NOUROUDINE, 2009). Dessa forma, as normas antecedentes se constituem em patrimônio coletivo à medida que se referem “aos saberes técnicos, científicos e culturais historicamente incorporados ao fazer” (BRITO, 2009). Telles e Alvarez (2004) destacam ainda que as normas antecedentes indicam valores que referenciam não só a dimensão econômica, mas os elementos do bem comum, presentes na dimensão jurídico-política. Estes, por sua vez, são redimensionados na atividade. Essas normas remetem ainda aos valores que, ao mesmo tempo em que são criados na própria atividade, são também objeto de debates, de conflitos, de arbitragens políticas.

Nas sociedades mercantis e de direito, os debates de normas acontecem num espaço integrado, o *Espaço Tripolar*. Nesse espaço, situam-se relações dialéticas extrema e permanentemente tensas entre três polos - o polo do Mercado, da Politéia e da Gestão no trabalho - que se influenciam e se determinam mutuamente (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010a; SCHWARTZ; ECHTERNACHT, 2009). Desse pressuposto subentende-se que não é possível compreender uma situação de trabalho sem considerar o contexto social e histórico em que ela está inserida.

O polo mercantil funciona à base de valores quantitativos e mediante comparações de interesses, de benefícios e rentabilidade, relaciona-se “a produção e circulação de coisas consideradas necessidades dos seres humanos” (SCHWARTZ; ECHTERNACHT, 2009, p.34, *tradução nossa*) Já o polo da Politéia, também denominado polo do Direito ou do Político, encarrega-se dos valores considerados sem dimensão. Através dele, o Estado, “em nome dos cidadãos, tenta fazer valer os valores do Bem Comum” (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010a, p. 254). Ambos estão situados a nível macro, são geradores de normas antecedentes que, ligadas às relações de hierarquia e poder, se opõem diretamente ao polo das gestões, onde se situa a atividade humana, o debate de normas e de valores, onde a história se faz e se transforma.

Destaca-se que o conceito ergonômico de atividade de trabalho é também ampliado pela Ergologia que o substitui pelo de *atividade humana* (ALVES; CUNHA, 2011; BRITO, 2006). Do ponto de vista Ergológico, a atividade humana é compreendida como um debate

com resultados sempre incertos entre as normas que são antecedentes e as normas internas. (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010d).

No decurso da actividade, e para ter em conta os parâmetros imprevistos da situação de trabalho (variabilidade, imponderáveis, disfuncionamentos...), os protagonistas do trabalho fazem reajustamentos das normas antecedentes. O processo de construção no qual as normas antecedentes são postas em correlação com a situação de trabalho para produzir normas em adequação com as condições reais da actividade é designado “renormalização” (NOUROUDINE, 2009, p.126).

A actividade consiste, portanto, em um retrabalho ou re-hierarquização constante de um universo de valores (SCHWARTZ; ECHTERNACHT, 2009). Actividade “é o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os *outros*” (TRINQUET, 2010, p. 96).

Para Schwartz (2005), a actividade tem três características fundamentais: a transgressão, a mediação e a contradição. Ela atravessa o consciente e o inconsciente, o verbal e o não-verbal, o biológico e o cultural, o mecânico e os valores, impondo dialéticas entre todos estes campos, assim como entre o “micro” e o “macro”, o local e o global. As normas, tendo um carácter sempre parcial das situações, atuam como forças de convocação e reconvocação de saberes gerados na actividade.

Na actividade, não só é impossível, como é “invivível” reproduzir inteiramente as normas (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010d, p.189). De modo a gerir as variabilidades, é preciso fazer escolhas, nem sempre conscientes que são sustentadas pelos valores. Por meio dessas escolhas se faz uma arbitragem entre o uso de si por si e pelos outros, o que se configura numa “dramática de uso de si” (p. 191).

Estima-se que, no trabalho, sempre há reservas de alternativas, ou seja, “sempre há possibilidade de fazer de outro modo”, entretanto, essas alternativas não são precisas, pré-definidas e nem tampouco se pode prever seu resultado (TRINQUET, 2010, p.109).

Schwartz e Echernacht (2009, p.32-33, *tradução nossa*) afirmam que “a matriz da actividade humana é o corpo si”. Para os autores, o conceito de corpo si pode ser considerado como sinónimo de “sujeito, mas sujeito encarnado, onde a psique e o soma se integram através de um fio de coerência que se estabelece entre o indivíduo e seu meio, entre a vida individual e social”.



Para Revuz, Noël e Durrive (2010, p. 229), o trabalho se caracteriza como um objeto duplo que opera uma transmutação entre “todos os investimentos psíquicos inconscientes” e “algo que vai ser socialmente valorizado, reinscrito nas normas socialmente construídas, permitindo projetar na cena social o que se tem de mais íntimo e também, eventualmente, de mais conflituoso dentro de si”. Essa transmutação se faz a partir de quatro eixos: dimensão do *ter* um lugar, uma remuneração, da necessidade de trabalhar para uma sobrevivência autônoma; dimensão do *ser*, da constituição de uma identidade, “de uma roupagem que se coloca para poder circular no mundo social” (p. 230); dimensão *coletiva*, de ser com os outros, lugar de negociações, de dramáticas do uso de si e, finalmente, a dimensão do *fazer*, da atividade propriamente dita. A dimensão do fazer, por sua vez, possui outras duas dimensões: a que é visível, observável e a que remete a subjetividade daquele que trabalha, ou seja, a tudo aquilo que define e singulariza o sujeito, sua dimensão social e histórica, seus desejos e seus valores, conscientes ou não.

Essa subjetividade influencia as escolhas que se faz através da atividade e que determinam “a relação com os outros ou o mundo no qual você quer viver” (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010d, p. 192). Se por um lado, trabalhar é sempre um processo de singularização e resingularização, por outro, as escolhas são sempre atravessadas pela dimensão coletiva, entidade cujos contornos variáveis se constituem espontaneamente “com relação a ou em relação com a organização prescrita” (p.193), constituindo o que os autores convencionaram chamar de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP).

Se o *corpo-si* é a matriz da atividade, as ECRP são a matriz da história. Nesse sentido, Schwartz, Durrive e Duc (2010d) ressaltam que cada vez que há novos princípios técnicos a empregar, criam-se novas ECRP para operá-los de forma a sempre reconfigurá-los. Para os autores, enquanto o trabalho aparecia circunscrito apenas por gestos visíveis e diferenciados entre os profissionais de diferentes disciplinas, podiam-se definir as qualificações no coletivo de trabalho. Frequentemente, as qualificações eram restritivas tanto em relação às prescrições quanto à realidade do trabalho. A partir do momento que aparece a necessidade de gerir as interfaces técnicas e humanas do trabalho, como no caso do trabalho interdisciplinar, desenvolve-se um deslizamento da qualificação para a competência.

Schwartz (2010a, p. 149), ao ressaltar que “quando se trabalha, se vive”, aponta que compreender o que é viver no trabalho implica em compreender como se fazem e se refazem as ECRP, que são um lugar de transição dinâmica em duplo sentido: de um lado, o debate de

valores no plano político e de outro, o processamento e reprocessamento dos valores globais no campo e nas atividades de trabalho num nível local. Ao mesmo tempo que as ECRP apresentam uma estabilidade de conteúdo, só podem ser compreendidas no histórico da situação.

“Uma ECRP não se assenta num coletivo predefinido. Suas fronteiras são as da atividade, num dado momento” (SCHWARTZ, 2010a, p.151). O autor define que essas fronteiras por onde circulam informações diversas são invisíveis e variáveis, ou seja, podem mudar em função das pessoas e relações que elas estabelecem num dado momento. De forma a delimitar uma ECRP é necessário aproximar-se do funcionamento geral da situação de trabalho, recolocar a situação na sua história e ampliar a noção de coletivo no tempo e no espaço, onde se aloja a eficácia coletiva do trabalho e os valores socialmente compartilhados.

Nessa dialética, a Ergologia questiona os limites da formação e sua funcionalidade como produtora de eficácia num meio de trabalho que sofre mudanças constantemente. Nesse sentido, considera-se que:

A formação pode antecipar, tendencialmente, as situações de trabalho, mas é atuando que o indivíduo mobiliza seu conhecimento, sua experiência e o conjunto das práticas necessárias à realização do trabalho. É em situação de trabalho que podemos compreender as requisições de *savoir-faire* e a formação para o funcionamento do processo produtivo contemporâneo em constante mutação (CUNHA, 2005, p.2).

O agir competente refere-se ao que a pessoa põe em ação no trabalho, mas que não se restringe ao posto de trabalho nem ao que lhe é demandado fazer naquele posto, conforme propunha o Taylorismo.

Na Ergologia, o estudo da competência, da qualificação, do saber e da aprendizagem se refere ao exercício do trabalhar sem perder de vista o contexto mercantil no qual o termo ganha expressão, contexto marcado por nova racionalização do trabalho, mudanças no ambiente técnico e nova política econômica do emprego (CUNHA, 2005, p.8).

Nessa perspectiva, competência refere-se a investigar amplamente o que é requerido nas situações de trabalho, o que, por sua vez, é considerado impreciso e jamais pode ser totalmente descrito. A fim de compreender como se desenvolvem as competências, Schwartz (1998) sugere considerar como se articulam seis ingredientes: o domínio dos protocolos, a experiência, a dialética entre protocolo e experiência, os valores, o coletivo e a capacidade de colocar todos esses componentes em sinergia.

Em outras palavras, o agir competente requer, ao mesmo tempo, a apropriação de certo número de normas antecedentes; o domínio relativo daquilo que uma situação pode ter de histórico e de inédito, ou seja, a renormalização e a gestão desse inédito em função dos próprios valores. Além disso, Schwartz (2010c) ressalta que quando um meio tem valor para a pessoa, todos os outros elementos são potencializados e desenvolvidos, se colocados em sinergia. Finalmente, pode-se falar em ECRP quando se reconhece o próprio saber-fazer e também o do outro como complementar no trabalho em equipe.

Para Schwartz, Durrive e Duc (2010b, p.94), competência refere-se, portanto, “à gestão de todas as interfaces do trabalho, que são ao mesmo tempo técnicas e humanas (econômicas, jurídicas, políticas, intersubjetivas)”. Em síntese, para ser competente no trabalho é preciso dominar os protocolos, compreender o uso das técnicas, mas também depende da capacidade de reinvenção local, porque é preciso lidar com a variabilidade.

Dessa forma, as análises do trabalho que se baseiam na Abordagem Ergológica “evocam necessariamente as relações entre os valores, os saberes e o agir em competência, configuradas na especificidade das situações concretas de trabalho, o que exige fazer emergir a experiência de quem trabalha” (ECHTERNACHT; SCHWARTZ, 2007, p.11).

Para tanto, deve-se priorizar um método capaz de apreender a atividade enquanto um debate de normas e que possibilite essencialmente colocar os saberes em diálogo, não somente os saberes formais *constituídos ou acadêmicos*, mas também os saberes *investidos ou da experiência* através de um *dispositivo dinâmico de três pólos* (TRINQUET, 2010).

O Dispositivo Dinâmico a Três Pólos (DD3P) se configura como uma postura ética através da qual o pesquisador se aproxima e dialoga com o saber da experiência dos trabalhadores (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010). Essa postura é necessária porque:

o diálogo destes dois polos não se pode fazer frontalmente. Ele supõe uma disponibilidade – que não é natural – dos parceiros que operam provisoriamente e tendencialmente nos dois polos. É necessário que emergja então um terceiro polo a fim de fazer trabalhar os dois primeiros de modo cooperativo (humildade e rigor na referência ao saber), de maneira a produzir um saber inédito a propósito da atividade humana (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008, p.25).

Nesse sentido, para Schwartz, Durrive e Duc (2010, p. 30), a “aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade”

exige tanto do pesquisador quanto dos trabalhadores uma “postura ética e epistemológica”, um “*desconforto intelectual*”, ou seja,

admitir e aceitar que não sabemos tudo e que nunca poderemos sabê-lo, quando se trata de agir sobre e com os humanos; que não há verdade imutável e definitiva; que nunca há somente uma maneira certa para fazer as coisas. Mas isso quer dizer também que jamais estamos seguros para tentar compreender, analisar e, sobretudo, normalizar ou enquadrar as atividades humanas. Que devemos sempre estar em dúvida e em situação de busca, pois, sempre há o imprevisto, o imprevisível, a energia livre e dinâmica (TRINQUET, 2010, p.100).

Segundo Souza e Veríssimo (2009, p.76), esse tipo de disposição é algo que não se ensina nem se aprende, mas que “emerge quando nos impregnamos do contato com aqueles que estão no outro polo”.

Considera-se ainda que “não existe nenhum *one best way*” (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010a, p.268) para compor esse dispositivo de três polos e que “o mais importante é o terceiro polo”. Nesse sentido, o fundamental é que haja por parte do pesquisador uma postura coerente com a *démarche* ergológica.

Souza e Veríssimo (2009, p. 82-83) apontam que o pesquisador deve se valer do “patrimônio gerado pela comunidade científica, utilizando diferentes métodos tais como, pesquisa bibliográfica, documental, teórico-metodológico-técnica e pesquisa de campo”. O essencial é “focalizar o *como*, e não só o *porquê* da atividade de trabalho, *seu desenvolvimento* e não apenas seu funcionamento”.

### **2.3 Metodologia Qualitativa Dialética**

As metodologias qualitativas se mostram pertinentes às abordagens ergológica e ergonômica à medida que, conforme Minayo (1994, p. 22), preocupam-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalham com significados, crenças, valores e atitudes, “um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos e que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Mais especificamente numa perspectiva dialética, a pesquisa qualitativa permite entender a atividade humana de trabalho em saúde como fenômeno ou processo social e histórico, incluindo tanto as situações concretas de vida e trabalho quanto às representações sociais que traduzem o significado das vivências para os sujeitos. Além disso, considera a complexidade e a especificidade com as diferenciações que os problemas ou objetos apresentam.

Minayo (1992) apresenta alguns elementos que balizam a produção do conhecimento nesta perspectiva. O primeiro é o caráter aproximado, uma vez que o conhecimento sempre se constrói a partir da apreensão, da crítica sobre outros conhecimentos. Além disso, em função desse caráter aproximado, o conhecimento sempre oferece uma visão grosseira acerca do real de modo que o objeto se torna, em certa medida, sempre inacessível. A produção de conhecimento nessa perspectiva implica ainda em reconhecer que o olhar sobre o objeto é histórica e socialmente condicionado tanto pelos valores do pesquisador e sua implicação com esse objeto como pelas correntes de pensamento em conflito na sociedade. Finalmente, os fenômenos devem ser apreendidos em relação às bases sociais dos valores e crenças, ao caráter de totalidade historicamente construído e das relações de dominação econômico-política e ideológica do sistema capitalista. Essa abordagem, enquanto dialética, propõe-se a estabelecer correlações entre o indivíduo e sociedade, as ideias e a base material, o sujeito histórico e a luta de classes.

Tais pressupostos originam-se essencialmente dos conceitos marxianos de que “nada é eterno, fixo, absoluto”. Se toda vida humana é social e está sujeita a transformação, portanto, os princípios de conflito e contradição devem estar presentes nos processos de compreensão da realidade. Além disso, “nada se constrói fora da história”. Dessa forma, a análise sócio-histórica não se limita a compreensão ou descrição de um objeto, mas se propõe a “dar conta da coerência e da força criadora dos indivíduos e da relação entre as consciências individuais e a realidade objetiva” (MINAYO, 1992, p.69). A totalidade é um elemento de interpretação que, no processo de pesquisa, busca reter o geral no particular e vice-versa, compreendendo as diferenças numa unidade e estabelecendo conexões entre as várias instâncias da realidade e entendendo, na totalidade parcial da análise, “as determinações essenciais e as condições e efeitos de sua manifestação” (p.70). O âmbito da totalidade, tanto conceitual como empiricamente, deve abranger as condições de produção das unidades produtivas, priorizando os processos de trabalho, as condições gerais de produção, o papel da ação humana e a função da cultura na estruturação dos grupos sociais e lutas de classe. Nessa abordagem, parte-se das “representações sociais em relação dialética com a base material que as informa” (p. 85).

É importante salientar que se o objeto da Ergonomia da Atividade é o homem em uma situação precisa de trabalho (AMALBERT, 1991), a abordagem marxista, conforme aponta Minayo (1992), tem como categoria básica de análise o modo de produção historicamente determinado, onde o trabalho media as relações sociais. Dessa forma, considera-se que a

atividade praxica, ao mesmo tempo em que faz história, é determinada por ela, ou seja, é na atividade humana que se dá a emancipação objetiva e subjetiva do homem, a destruição da opressão e a transformação da consciência. A Ergologia, contemplando aspectos relevantes para ambas abordagens, permite avançar através de uma análise que, partindo da atividade humana numa situação precisa, revela sua articulação com valores e normas social e historicamente constituídos, desvelando os debates e as escolhas vivenciados na atividade.

O método qualitativo dialético de pesquisa social que Minayo (1992, 1994) propõe envolve três fases. A primeira, exploratória, onde se define o objeto, teorias e metodologia pertinente à pesquisa. A segunda, *de campo*, que envolve o recorte empírico da construção teórica elaborada. E por fim, o tratamento do material recolhido no campo. Nesse estudo, essas fases não se mostraram estanques, mas essa divisão facilitará a descrição do desenvolvimento da pesquisa.

### **2.3.1. Pesquisa exploratória**

Na fase exploratória da pesquisa procurou-se delimitar o problema, os objetivos, objeto e referencial teórico, já expostos na introdução e nos item 2.1 e 2.2 e os instrumentos de coleta de dados que serão descritos juntamente com a descrição da pesquisa de campo.

A primeira tarefa que se propôs a fim de delimitar o objeto e de compreender as normas antecedentes, foi a realização de uma pesquisa exploratória que se iniciou a partir da revisão de literatura e análise de documentos. Essa pesquisa procurou incluir diferentes pontos de vista e ângulos do problema. Tais informações foram organizadas em dois grandes subgrupos:

- A. Evolução normativa: análise dos documentos (leis, portarias, políticas públicas e sites oficiais do Ministério da Saúde e Ministério da Justiça) e produções científicas (livros e artigos científicos, dissertações e teses) que abordam o tema reforma psiquiátrica, saúde mental, rede de atenção psicossocial/CAPS ad, álcool e drogas/ tratamento, redução de danos, trabalho em saúde. Priorizaram-se documentos e estudos dos últimos 30 anos. Foram incluídos estudos que descreviam os aspectos históricos do tratamento de usuários de álcool e drogas; discursos e práticas de tratamento reconhecidos social e cientificamente, os quais encerram saberes e valores que perpassam a atividade das equipes; a descrição do projeto político; os avanços e

desafios na construção de uma rede de atenção psicossocial e os conceitos de clínica ampliada e interdisciplinaridade que compõem as normas antecedentes do trabalho em saúde mental.

- B. Demandas do ponto de vista do trabalho: foi realizado um levantamento de publicações de artigos, dissertações e teses, no período de 2005 a 2011, a partir dos descritores: Trabalho, Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e drogas. Foram consultadas as bases de dados Scielo, Bireme, BVS, EBSCO e os portais CAPES, USP, UFMG, UFBA e UFPR. Foram encontrados poucos estudos que tratassem diretamente do trabalho das equipes multiprofissionais no CAPS ad. Optou-se por incluir os que abordassem o trabalho das equipes multiprofissionais nos CAPS uma vez que, em muitas localidades onde o CAPS ad ainda não foi implementado, o CAPS responsabiliza-se não só pela atenção às pessoas com transtornos mentais como também por aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. Verificou-se que alguns dos estudos recortaram como objeto a delimitação do “papel” de determinadas categorias profissionais no CAPS, especialmente de psiquiatras, psicólogos e enfermeiros, enquanto que outros estudos discutiam o trabalho de forma coletiva. Priorizou-se publicações que apresentavam resultados de estudos empíricos acerca do trabalho coletivo nos CAPS e CAPS ad, tais como, a avaliação do funcionamento e efetividade dos serviços, os desafios enfrentados pelos profissionais frente as novas diretrizes políticas, as representações e sentidos do trabalho para os profissionais. Foram excluídas as publicações de revisão de literatura, as que tratavam exclusivamente das políticas públicas ou da atenção em outros serviços de saúde mental e as que abordassem o trabalho de apenas uma categoria profissional ou de usuários. Alguns desses estudos incluíam os CAPS ad de maneira indiferenciada, enquanto que outros se referiam somente aos CAPS II e III. De qualquer forma, embora estudos específicos sobre o trabalho nos CAPS ad ainda sejam poucos e insipientes, a importância em se investigar o que essas pesquisas têm apontado consiste no fato de que o modelo de atenção psicossocial e o processo de trabalho implementados nos CAPS, em tese, não difere muito daquele proposto para o CAPS ad, embora a população alvo tenha características muito particulares e, por vezes, demandas diferenciadas que exigem outras competências por parte da equipe que não foram consideradas como foco de análise em tais estudos.

Delimitou-se como local da pesquisa um CAPS ad da região metropolitana de Belo Horizonte. A escolha justifica-se devido ao CAPS ad constituir-se em um serviço assistencial público central, inovador e que exerce papel central na Rede de Atenção Psicossocial. Além disso, destaca-se o fato de ter como diretriz prestar assistência médica e atenção psicossocial a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em consonância com as políticas do Sistema Único de Saúde - SUS. As características institucionais, bem como a população trabalhadora, usuária e as tarefas serão descritas com maiores detalhes no Capítulo 4.

O “esquema geral de abordagem” de Análise Ergonômica do Trabalho proposto por Guérin *et al* (2001) foi eleito no projeto inicial como um dos eixos orientadores para o levantamento e análise dos dados deste estudo, entretanto, o resultado do encontro entre pesquisador e sujeitos da pesquisa e as características do campo, especialmente no que concerne à possibilidade de acesso, fizeram com que as entrevistas e observações participantes (MINAYO, 2004, 1992) se mostrassem instrumentos mais viáveis para responder aos objetivos do estudo. Contudo, procurou-se não abandonar o ponto de vista do trabalho e da atividade propostos pelos referenciais teóricos da Ergonomia da Atividade e da Ergologia ao longo da pesquisa.

Ainda na fase exploratória da pesquisa, o projeto foi apresentado para os gestores, solicitando o consentimento para realizar a pesquisa. Foi realizada uma reunião com a Coordenação de Saúde Mental e, em seguida, uma visita ao campo e apresentação do projeto para a gerente do serviço. Foi possível perceber sua surpresa ao se informar que a pesquisa seria realizada no âmbito da Engenharia de Produção. Já nesses primeiros contatos com os gestores foi possível destacar algumas verbalizações indicando que a construção de uma rede para usuários álcool e drogas era insipiente, mas que estavam sendo dispendidos esforços para o aperfeiçoamento tanto dessa rede quanto dos processos de trabalho. Não houve direcionamento de nenhuma demanda específica ao pesquisador neste primeiro momento, mas foi acatada sua demanda em contribuir com sua pesquisa para a consolidação desse processo.

Em seguida, submeteu-se o projeto aos Comitês de Ética e Pesquisa da UFMG e da Prefeitura da cidade e, uma vez aprovado, foi apresentado para os trabalhadores em uma reunião de equipe onde todos os presentes foram convidados a contribuir espontaneamente com a pesquisa. Já na primeira reunião, foi possível mapear alguns problemas que posteriormente foram aprofundadas a partir de entrevistas semi-estruturadas com



trabalhadores, gerente e usuários e de observações participantes no cotidiano de trabalho na fase de pesquisa de campo.

Uma das questões identificadas na primeira reunião com os trabalhadores referia-se a revisão do projeto terapêutico institucional, uma vez que, o aumento da procura pelo serviço e as condições reais de trabalho impunham frequentemente, formas de trabalhar diferentes daquelas que estavam instituídas, especialmente para os profissionais de nível superior.

### **2.3.2 Pesquisa de Campo**

Segundo Minayo (1992), campo de pesquisa refere-se ao recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando a realidade empírica que será estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o projeto.

Três categorias fundamentais constituíram o trabalho de campo: a) *entrevistas* semi-estruturadas realizadas no local de trabalho e b) *observação participante* no cotidiano do serviço e c) pesquisa nos documentos da empresa.

A pesquisa de campo teve duração de dois meses, com início dia 09 de agosto de 2011 e término dia 25 de outubro do mesmo ano, com a devolutiva da equipe acerca do relatório apresentado e entregue por escrito na semana anterior pela pesquisadora. Nesse período, foram contabilizadas em média 80 horas de observações, realizadas de segunda a sexta, em dias e períodos aleatórios. Dentro dessas 80 horas, 36 foram referentes a nove reuniões de quatro horas de duração, das quais quatro foram, em parte, de supervisão técnica.

#### **2.3.2.1 Entrevistas**

As entrevistas são consideradas instrumentos de pesquisa que permitem colher tanto dados objetivos sobre o serviço, as tarefas e a produtividade, quanto dados subjetivos como valores, atitudes e opiniões acerca da atividade. A utilização de entrevistas reforça a importância da linguagem para a compreensão de um tema científico (CRUZ NETO, 2004).

A fala pode revelar, através de um porta-voz, as condições estruturais, os sistemas de valores, as normas, os símbolos e as representações de determinados grupos sociais, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Minayo (1992) cita Bakhtin

(1986) ao afirmar que, através da comunicação verbal, as pessoas “refletem e refratam” conflitos e contradições próprias do sistema de dominação, onde resistência e submissão estão dialeticamente relacionadas porque “ao mesmo tempo que modelos culturais internalizados são revelados numa entrevista, eles refletem o caráter histórico e específico das relações sociais”. Cada ator experimenta o fato social de forma peculiar, mas o conjunto das informações do que é vivenciado por um grupo permite compor um quadro das estruturas e relações dos modelos culturais e determinações.

Priorizou-se a utilização da entrevista semi-estruturada, uma vez que ao partir de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, oferece “amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado” (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.50).

Foram elaborados dois roteiros que serviram de orientação, mas as entrevistas não se limitaram às questões elencadas (Anexo I e Anexo II). A ordem dos assuntos abordados não obedeceu à sequência de forma rígida, mas guiou-se pelas preocupações e ênfases que os entrevistados deram as questões colocadas, aproximando-se, na prática, ao que Minayo (1992) nomeia como entrevistas não-estruturadas. Questões relativas à auto-confrontação de observações também foram incluídas nas entrevistas, dependendo da atividade de cada profissional.

De modo a compreender os saberes, valores e mecanismos mentais presentes nas atividades observadas, a entrevista de auto-confrontação pode ser realizada durante ou após a finalização da atividade de forma a confrontar o trabalhador com suas ações ou traços de sua atividade, ou seja, o que fez, como fez e porque efetuou determinadas ações que foram observadas (THEUREAU, 2010). Sendo assim, a auto-confrontação é construída na relação entre a observação do pesquisador e a atividade do pesquisado.

Foram entrevistados individualmente a gerente, dois psicólogos, um enfermeiro, dois médicos, um terapeuta ocupacional, um técnico de enfermagem e cinco usuários. Além disso, foi realizado um grupo focal com três técnicos de enfermagem. O grupo focal foi organizado pelos próprios sujeitos que preferiram responder as questões a partir de uma construção coletiva. Nesse grupo, as falas foram complementares permitindo perceber semelhanças e diferenças entre os diferentes pontos de vista, os quais foram registrados em diário de campo.

Os critérios de escolha dos sujeitos foram o interesse e a disponibilidade em contribuir voluntariamente com a pesquisa. Alguns foram convidados mais diretamente, dada sua proximidade e envolvimento com os problemas identificados ao longo das observações. Outros procuraram espontaneamente a pesquisadora.

Embora não se constituísse em critério de exclusão, nenhum assistente social ou familiar foi entrevistado, embora interações informais com os assistentes sociais e a observação de seu intercâmbio com os demais profissionais tenham sido considerados na análise dos dados.

Ainda que o objetivo inicial das entrevistas fosse reconhecer a demanda, sua utilização tornou-se um dos recursos fundamentais da pesquisa, uma vez que permitiu um espaço mais reservado para os relatos de natureza mais delicada e pessoal. A partir das entrevistas, os trabalhadores expuseram não só suas representações sobre o próprio trabalho e como este se articula com o coletivo, como também situações de sofrimento e desgaste relacionadas a esse trabalho.

Estima-se que os saberes e a experiência adquiridos na experiência da pesquisadora no campo da saúde mental foram fundamentais para favorecer o desenvolvimento das entrevistas e mesmo acolher situações de emoção, choro e angústia de alguns trabalhadores.

Com relação aos usuários, alguns foram diretamente abordados e convidados a serem entrevistados de forma aleatória e outros procuraram espontaneamente a pesquisadora.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas para serem posteriormente analisadas.

### **2.3.2.2 Observação participante**

A observação participante pode ser definida como “um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica” de modo que o observador interage com os observados e “ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados”. Enquanto parte do contexto da observação, o observador modifica e é modificado por ele (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955, P.355 apud MINAYO, 1992, p. 135).

Somente através da observação participante é possível acessar um nível de realidade que as entrevistas não podem contemplar: as regras formuladas ou implícitas nas atividades de

um grupo social, a forma como são obedecidas e transgredidas e os sentimentos recíprocos que permeiam as relações entre os membros do grupo (MALINOWSKI, 1975 apud MINAYO, 1992). Além das entrevistas, as observações participantes contribuíram, do ponto de vista do trabalho, para efetuar uma caracterização do contexto histórico, social e cultural em que se inseriam as práticas, da estrutura organizacional, das tarefas prescritas, tanto relativas a modelos teóricos quanto diretrizes políticas e organização do trabalho local, o perfil da população trabalhadora e da população alvo da assistência, bem como, das interações entre os profissionais, dos problemas para a realização das tarefas e do sofrimento relacionado ao trabalho.

Desse modo, através da observação, buscou-se identificar as exigências da tarefa, confrontando-as à forma como os indivíduos respondiam a essas exigências de duas perspectivas: o que faz e como faz. Quanto ao trabalho coletivo, acrescentou-se uma terceira perspectiva: quem faz o quê (QUÉINNEC, MARQUUIÉ; THON, 1991, *tradução nossa*).

Com relação à análise do trabalho coletivo, considerou-se ainda o que Benchekroun (2000, p.35, *tradução nossa*) sugere descrever:

os processos de reconhecimento da intenção e construção dos contextos cognitivos compartilhados, das atividades de observação mútuas, de escuta ativa ou difusa, das possibilidades de comunicações multimodais, do intercâmbio e circulação das informações e compartilhamento de recursos disponíveis.

Durante as observações, a pesquisadora circulou pelo serviço nos diferentes espaços abertos de trabalho procurando interagir com trabalhadores e usuários, o que permitiu estabelecer um vínculo de confiança indispensável à realização da pesquisa. Observou-se a realização de oficinas, assembleias, espaço de convivência, sala de espera e a sala de plantão. Privilegiou-se, como foco das observações, os dispositivos onde se verificou que ocorria mais frequentemente interação e trocas de recursos e informações entre os profissionais: a sala de plantão e as reuniões de equipe. Considerou-se tanto as interações, formas de cooperação e comunicação, presenças de lideranças e subgrupos e identificação das ECRP, quanto o conteúdo das falas e principais assuntos discutidos.

Procurou-se identificar e descrever, portanto, os comportamentos observáveis no que se refere à interação no trabalho coletivo pluridisciplinar, tais como os elementos de comunicação e cooperação e as variações de comportamento em função da variabilidade das situações. Comportamentos observáveis podem ser considerados a expressão de uma

atividade mental subjacente e baseada na situação, nas competências dos sujeitos engajados na ação para realizar uma determinada tarefa num momento preciso (AMALBERT, 1991).

A pesquisadora desempenhou um papel de participante como observador, deixando claro para o grupo sua relação como meramente de campo. Foi possível vivenciar junto com o grupo acontecimentos relevantes e rotinas cotidianas.

Os dados colhidos foram anotados em um diário de campo em forma de registro cursivo. O diário de campo é considerado por Cruz Neto (2004) como um instrumento pessoal e intransferível, em que o pesquisador aponta não só o que vê e ouve, mas também suas percepções e questionamentos no momento da rotina de trabalho, o que não é possível por meio de técnicas como gravação ou filmagem. Depois de lidas, as informações foram organizadas destacando-se algumas situações que foram confrontadas e analisadas juntamente com o conteúdo das entrevistas.

Das entrevistas e observações realizadas, colheu-se algumas verbalizações e exemplos de situações que auxiliaram na elaboração de um relatório que apresentava algumas hipóteses e uma proposta de análise de atividade como continuidade da pesquisa. Esse relatório foi entregue por escrito e apresentado oralmente para os profissionais em uma reunião de equipe e rediscutido na reunião da semana seguinte.

Essa primeira restituição dos resultados não foi tranquila, não houve consenso entre os diversos atores e suscitou alguns conflitos e dificuldades em lidar com alguns elementos expostos, especialmente no que se referia à condição dos profissionais médicos no serviço, o que, em particular, alguns trabalhadores verbalizaram que “tocava na ferida”.

Houve preocupação dos sujeitos também com sua exposição e com a repercussão que a divulgação daqueles resultados poderia trazer para o serviço. Alguns trabalhadores destacaram a importância de enfatizar tanto outros elementos que dificultavam a realização do trabalho, como por exemplo, a estrutura e articulação da rede municipal de saúde, quanto demonstrar aspectos positivos, como o que se realizava apesar das fragilidades. Procurou-se contemplar tais aspectos na elaboração final do estudo.

Optou-se por interromper a pesquisa de campo e prosseguir com a análise dos dados recolhidos, até mesmo em função de seu volume e qualidade, assegurando o sigilo sobre a identidade dos sujeitos e da instituição e oferecendo nova devolutiva sobre os resultados ao

final da pesquisa. Entretanto, uma observação mais detalhada da atividade coletiva na condução dos casos ficou prejudicada.

### **2.3.2.3 Pesquisa documental**

A pesquisa documental nos documentos do serviço permitiu ampliar a compreensão de elementos investigados através da observação participante e das entrevistas semi-estruturadas. A análise de prontuários, livros de ata e livro de plantão permitiu ampliar a compreensão sobre os processos de comunicação entre os profissionais. Da mesma forma, levantamentos estatísticos, protocolos e fluxos de trabalho instituídos facilitaram a compreensão do perfil da clientela e dos processos de trabalho.

### **2.3.3 Análise dos dados**

Segundo Minayo (1992), a análise dos dados tem três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto do qual faz parte.

Buscando compreender os dados coletados, o primeiro nível de análise das informações colhidas através de pesquisa bibliográfica e documental foi o de estabelecer as determinações fundamentais (GOMES, 2004), ou seja, procurou-se descrever a conjuntura sócio-econômica, histórica e política da qual os sujeitos fazem parte (MINAYO, 1992) e discuti-la numa perspectiva ergológica. Essa análise inicial permitiu a identificação de categorias a serem consideradas na análise dos dados empíricos.

Quanto aos dados colhidos na pesquisa de campo, seguindo as orientações de Guérin *et al* (2001), buscou-se inicialmente modelar o processo de trabalho através de: 1) descrições narrativas que permitissem identificar as variabilidades e elementos condicionantes do trabalho e estabelecer como se davam a planificação e antecipação na atividade dos profissionais e 2) construção de fluxos que representassem os processos de decisão e interação entre os profissionais no processo de trabalho. Além disso, buscou-se estabelecer relações entre condições de exercício da atividade, atividade realizada e resultados, identificando dificuldades e impedimentos.

Procedeu-se com a análise de conteúdo, através de: 1) leitura exaustiva do material, procurando estabelecer temáticas, identificando trechos significativos ou representativos, estabelecendo intercâmbio entre as entrevistas e as observações; 2) elaboração de categorias gerais de análise a partir de um tabelamento das verbalizações dos profissionais em função de sua ideia central, dos objetivos do estudo e do referencial teórico: a construtividade do projeto institucional, a clínica, o trabalho coletivo, a articulação com a rede de atenção psicossocial e a penosidade. Essas categorias foram divididas, posteriormente, em subcategorias. As falas dos usuários foram analisadas em conjunto com a dos trabalhadores de forma a complementar ou confrontar suas descrições e representações sobre o trabalho; 3) Tratamento dos resultados obtidos através de interpretação, discussão e problematização, revelando contradições e debates de normas e valores presentes.

Feito isso, procurou-se estabelecer articulação entre os dados empíricos e o referencial teórico da pesquisa, respondendo as questões e objetivos e, ao mesmo tempo, estabelecendo relações entre a teoria e prática e entre o geral e o particular, conforme orienta Minayo (1992).

Enfatizou-se a utilização de verbalizações colhidas nas entrevistas que representassem de alguma forma aquilo que foi observado, respeitando as preocupações dos sujeitos da pesquisa com a utilização de falas colhidas diretamente das observações. Dessa forma, em diversas situações, as falas serviram mais para ilustrar uma descrição do que foram analisadas quanto ao seu conteúdo em si.

#### **2.3.4 Cuidados éticos**

Visando reduzir as possibilidades de exposição dos sujeitos e da instituição, alguns cuidados foram tomados. A opção pela realização de entrevistas individualizadas e o uso da denominação profissional (P), independente da categoria profissional e do nível hierárquico, seguido dos números 1, 2, 3..., para identificar os sujeitos nas publicações garantem o sigilo sobre sua identidade. Essa denominação limitou em parte a análise dos dados porque algumas informações referiam-se especificamente às atividades de determinada categoria, no entanto, como o foco do estudo era o trabalho coletivo e as tarefas eram pouco diferenciadas entre os profissionais de nível superior, essa opção mostrou-se viável. Os usuários foram identificados igualmente como usuário (U) 1, 2, 3... Os materiais gravados e as anotações foram devidamente armazenados em locais que permitiam o acesso exclusivo dos pesquisadores.

Embora se tenha feito referências ao conteúdo das observações, apenas as verbalizações colhidas nas entrevistas foram apresentadas diretamente no texto, uma vez que foram concedidas mediante autorização, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo III). As entrevistas foram gravadas, transcritas e arquivadas juntamente com os diários de campo e somente a pesquisadora e sua orientadora tiveram acesso aos arquivos, os quais foram utilizados somente com as finalidades propostas no projeto. Tal projeto foi submetido, em março de 2011, para análise ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da Prefeitura Municipal da cidade onde o CAPS ad se localiza e foi aprovado em julho de 2011.



### **3 AS NORMAS E OS VALORES QUE CONFIGURAM O NÍVEL MACRO: DISCUSSÕES A PARTIR DE UMA REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 A evolução do conceito de saúde**

Os debates acerca dos limites entre os processos de adoecimento e saúde evoluem e se transformam ao longo da história. Da mesma forma, as normas que orientam as práticas de cuidado também se modificam. Até o início do século XX, predominava a ideia de saúde como ausência de doenças. Lunardi (1999) aponta que, logo após o final da Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma nova definição que postulava saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade. Tal definição tem sido amplamente criticada pela comunidade científica que aponta a impossibilidade de se alcançar tal completude, além do conceito de bem estar ser impreciso e subjetivo. Atualmente, a OMS reconhece a interação dinâmica entre a saúde, os fatores ambientais e fatores pessoais na definição das limitações na atividade dos indivíduos e restrição de sua participação social, indo além de possíveis condições de saúde associadas e seus efeitos (BRASIL, 2012a).

À revelia das mudanças conceituais sobre o processo saúde/doença, as disciplinas biomédicas seguem na construção de modelos diagnósticos e intervencionistas direcionados à patologia, focalizados em sinais e sintomas, resultados de uma análise individual e parcial do organismo humano. Da mesma forma, dados estatísticos são cada vez mais utilizados para definir os limites entre o normal e o patológico. Entretanto, tais abordagens mostram-se incapazes de tratar da complexidade dos processos concretos relativos à vida, saúde, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte que envolvem coletivos humanos históricos.

Essas contradições foram foco de diversos estudos de Canguilhem. O autor ampliou os conceitos de doença e saúde ao afirmar que a lógica que define o normal e o patológico não é simples, criticando o uso do conceito de média e frequência estatística para definir os limites entre esses processos. Aponta que o patológico pode até ser considerado normal se for definido pela frequência estatística relativa e que, sob este ponto de vista, ter saúde contínua é que seria um fato anormal. Uma saúde continuamente perfeita é inexistente, inobservável. Para o autor, a saúde, considerada de modo absoluto, se caracteriza como conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e comportamento orgânico, enquanto que a doença é prevista como um estado contra o qual é preciso lutar para continuar a viver. A relação entre saúde e doença se estabelece,

portanto, a partir de uma relação dialógica entre a normatividade biológica e a normatividade social (CANGUILHEM, 2010). O autor situou a saúde como um conceito ao qual “a experiência comum confere o sentido de uma permissão de viver e de agir pela vontade do corpo” (CANGUILHEM, 2005, p.46-47).

Tal como existe uma dificuldade em definir normal e patológico na saúde em geral, na saúde mental, observa-se complicações adicionais. Os transtornos mentais nem sempre são passíveis de diagnósticos por exames laboratoriais ou de qualquer outro tipo que possa demonstrar sua materialidade. Detectam-se tais transtornos a partir de um comportamento que foge ao padrão imposto pela maioria, fora do que é considerada normalidade social e cultural.

O mesmo ocorre no caso da abordagem ao usuário de álcool e droga. Embora a substância psicoativa seja um elemento concreto, que interfere diretamente no funcionamento orgânico, seu uso, por si só, não implica necessariamente em adoecimento. De acordo com Laranjeira e Romano (2004), os danos podem ser agudos ou crônicos, dependendo tanto da substância utilizada quanto do padrão de consumo. Trata-se de um tema que está implicado em todas as esferas da vida individual e social, em aspectos que envolvem não só a saúde, mas o trabalho e a sociabilidade.

Nessa perspectiva, no novo paradigma proposto pela reforma psiquiátrica, o conceito de saúde aproxima-se, na mesma direção apontada por Canguilhem (2010), de uma concepção de projetos de vida que garantam possibilidades de trocas tanto de recursos quanto de afetos (SARACENO, 2001).

### **3.2 Os debates de normas no âmbito individual e coletivo**

O esquema apresentado na FIG. 1 representa o Espaço Tripolar, o qual permite refletir de que forma as mudanças conceituais relativas ao produto e ao processo de trabalho em saúde mental se inter-relacionam com questões mercantis, políticas e de gestão do trabalho.

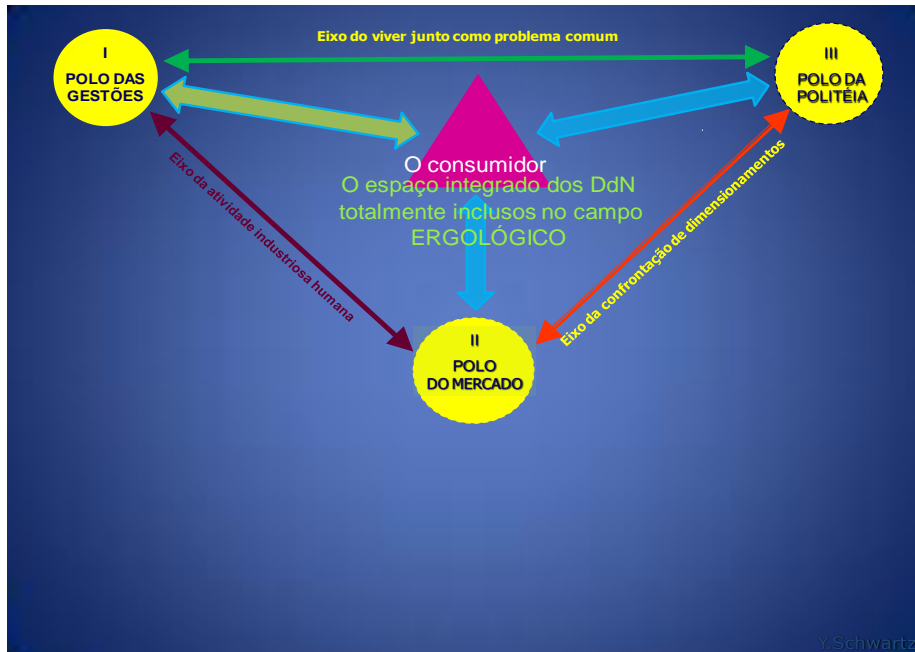


FIGURA1: Espaço Tripolar  
 Fonte: SCHWARTZ, 2009, p. 3

A inclusão do consumidor no centro desse esquema, conforme propôs Schwartz (2009), auxilia na compreensão da situação do usuário de drogas se ele for situado como o consumidor que está influenciando e sendo influenciado por todos os polos através de debates de normas (DdN). Com a normatividade biológica, que é intrínseca, resulta o debate presente na interação de seu organismo com a droga. Com a normatividade social, que é extrínseca, resulta o debate com os polos das Gestões, Mercantil e da Politéia. A partir desse esquema, pretende-se iniciar a discussão sobre as normas antecedentes do trabalho com usuários de álcool e drogas em CAPS ad.

No polo da Politéia, o primeiro aspecto a ser explorado é a forma como as políticas públicas foram sendo forjadas ao longo da história, destacando-se aspectos contraditórios entre as políticas no âmbito da saúde e da justiça. De um lado, a Redução Danos é um valor instituído que não condiz com a repressão ao consumo e venda de drogas ilícitas. Além disso, é preciso considerar o caráter arbitrário da divisão entre drogas lícitas e ilícitas no âmbito jurídico. Esta divisão não se baseia em critérios científicos, mas, sobretudo, em interesses políticos e econômicos que remetem a questões do polo Mercantil, como a lucratividade da indústria farmacêutica, da indústria do álcool, do café e do tabaco, entre outras drogas lícitas, não desconsiderando que, no que concerne às drogas ilícitas, também se observa um mercado em expansão, cada vez mais lucrativo.

Ainda com relação ao Mercado, é preciso considerar os efeitos que a globalização e a política neoliberal operam no comportamento das pessoas que são impulsionadas a um consumo desmedido de mercadorias, onde aqueles que não estão aptos a consumir ficam à margem, na mendicância, no trabalho informal e precário ou na criminalidade. É necessário investigar também que discursos e práticas fazem parte desse campo para, finalmente, chegar-se ao polo das gestões e discutir como as normas e valores sociais instituídos se articulam com as inovações no âmbito do trabalho local e como tais inovações operam mudanças nas políticas públicas, no mercado e na ciência.

O aporte da Ergologia permitiu identificar a influência de várias construções sociais na constituição dessas normas antecedentes: a Psiquiatria e o Modelo Biomédico, o Proibicionismo, a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica, o Modelo de Redução de Danos e a Clínica Ampliada.

Observa-se que a ênfase repressiva das políticas antidrogas é recente. Há pouco mais de um século, praticamente nenhuma droga, de uso medicamentoso ou não, estava sujeita à criminalização ou a medicalização (VARGAS, 2006).

O Brasil, influenciado pela política proibicionista norte-americana, criminalizou o uso de drogas ao longo do século XX. As penas previam a exclusão do convívio social, não só em manicômios e sanatórios, como também nas prisões.

Inicialmente, as abordagens, intervenções e políticas foram predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da Segurança Pública. A partir dos anos de 1970, a legislação sobre o tema passou a ser influenciada pela Medicina e o usuário, a ser identificado como doente e/ou criminoso, sendo encaminhado para tratamento em Hospitais Psiquiátricos e clínicas especializadas. Conforme apontaram Machado e Miranda (2007, p. 804), esses dispositivos tinham como objetivos “salvar, recuperar, tratar e punir. Tal imprecisão, ainda constatada nos dias atuais, evidencia as múltiplas motivações que atravessam as práticas de saúde nessa área”.

Entretanto, a transformação operada pela Reforma Sanitária, na década de 1980, a partir da Lei 8080/90 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), constituiu-se em um terreno fecundo para consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os princípios de universalidade, integralidade, resolutividade, equidade e participação social, assim como a organização hierarquizada, regionalizada e a descentralizada do SUS,

constituíram-se em bases para que a Reforma Psiquiátrica pudesse ser implantada, trazendo importantes inovações para a atenção à saúde do usuário de álcool e drogas, que passou a ser incluído nas políticas públicas de Saúde Mental. No bojo da Reforma Sanitária germinaram também estratégias de Redução de Danos para minimizar o contágio de HIV/AIDS por usuários de drogas injetáveis. Na contramão do Proibicionismo, o sucesso dessas estratégias levou-as a embasar as políticas de prevenção e tratamento de usuários de álcool e drogas no âmbito do SUS.

### 3.2.1 A Reforma Psiquiátrica

Historicamente, a prática psiquiátrica asilar ocupou um espaço relevante no tratamento das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. Um dos primeiros questionamentos a esse modelo foi realizado por Foucault (1978), ao considerar o internamento como um instrumento de controle de todo tipo de desvio da norma social vigente.

Para Goffman (1996), esse controle se dá através da separação de indivíduos em situação semelhante da sociedade mais ampla por um período de tempo. Uma vez separados, tais indivíduos são submetidos a um sistema formalizado de disciplinarização e vigilância, com rigoroso cumprimento de normas e impessoalidade nas interações entre as pessoas. Essa tendência ao “fechamento” caracteriza o caráter *total* da instituição que age sob o internado de maneira que o seu eu passa por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e social, culminando no que o autor chamou de *mortificação do eu*. Nesse processo, a “concepção de si mesmo” e a “cultura aparente” que traz consigo é suprimida de modo a favorecer uma “reorganização pessoal” submetida e conformada com a condição de internado.

O que Goffman (1996) chamou de *Instituições Totais*, Basaglia (1991) denominou *Instituições de Violência*, dadas às relações de opressão e exclusão que a assimetria de poder entre pessoal técnico e pacientes impetrava.

Tais críticas ao modelo psiquiátrico asilar vem contribuindo para um processo de transformação da assistência e da relação entre técnicos, instituições e usuários dos serviços de saúde.

Para Desviat (2008, p.23), essas primeiras críticas ao modelo asilar, que surgiram no período posterior a Segunda Guerra Mundial, tiveram como principais elementos propulsores “uma vontade coletiva para criação de uma sociedade mais livre e igualitária, mais solidária, a descoberta de novos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da Psiquiatria”.

Segundo Saraceno (2001), a crise da Psiquiatria inicia-se com a crítica ao confinamento, mas se estende a todo saber psiquiátrico, uma vez que ele se constitui a partir da observação do doente confinado, sem cidadania. Para o autor, o saber do diagnóstico, enquanto cultura psiquiátrica e instrumento de controle social, mantém a unidade e identidade médica, mas pouco informa sobre as necessidades, desejos e possibilidades dos sujeitos atendidos.

Amarante (1995a) examinou pormenorizada e cuidadosamente esse processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo. Apoiando-se na tese de Birman e Costa (1994), o autor aponta dois períodos em que foram redimensionados os campos teóricos e assistenciais da Psiquiatria. O primeiro, que ocorreu logo após a Segunda Guerra Mundial, foi marcado por essa crítica à instituição asilar, no entanto, o que se buscava era recuperar o caráter de cura da instituição psiquiátrica asilar. Destacam-se aqui as primeiras iniciativas de transformação da assistência psiquiátrica: a Psicoterapia Institucional, na França e a Comunidade Terapêutica, na Inglaterra.

O segundo período foi marcado pela extensão da Psiquiatria ao espaço público, organizando-o como “espaço de prevenir e promover a saúde mental” (BIRMAN, COSTA, 1994, p.44 apud AMARANTE, 1995a, p. 22). Sobressaem-se, nesse período, a Psiquiatria de Setor, na França e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, nos Estados Unidos.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 19) assinalam que, nestas experiências, a reforma foi praticada como “*desospitalização*, um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares”. Para os autores, essas experiências têm alguns traços comuns. A internação continuava a existir de forma que os serviços territoriais ou de comunidade conviviam com ela, mas não a substituíam. Além disso, o sistema de saúde mental funcionava como um circuito, ou seja, entre os serviços extra-hospitalares e a internação existia uma complementariedade.

Apesar de constituírem-se em avanços, tais experiências limitavam-se a “meras reformas do modelo psiquiátrico na medida em que acreditavam na instituição psiquiátrica como o *locus* de tratamento e na Psiquiatria enquanto saber competente” (AMARANTE, 1995a, p.22).

Nesse sentido, Barros (1994) acrescenta que humanizar o manicômio não implicava em questionar as relações de tutela e custódia e nem o fundamento de periculosidade social presente no saber psiquiátrico.

Apenas a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana operaram uma ruptura de paradigma na medida em que buscavam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, entendido como “o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objeto e conceitos aprisionados e redutores da complexidade dos fenômenos” (AMARANTE, 1995a, p.22), propondo sua substituição por outros meios de cuidado e acolhimento que não passassem pelo sintoma e pela doença, mas pela “existência-sofrimento dos sujeitos em sua relação com o corpo social” (AMARANTE, 2002, p. 43).

Costa-Rosa (2004) cita alguns aspectos do modelo asilar que a Reforma Psiquiátrica pretendia superar. Primeiramente, o organograma vertical, cujos campos e espaços eram interditados aos usuários e a gestão referida à competência técnica e setorial predominantes. Pretendia-se ultrapassar ainda as formas de relacionamento da instituição com clientela. O fato de a instituição funcionar como espaço depositário de tutoria alijava o diálogo e a subjetividade dos internados e instituíam uma relação marcada pela divisão arbitrária entre loucos e sãos. Quanto à concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos, observava-se uma hipertrofia do que se denomina “defeitos do tratamento”, como a cronificação e o tamponamento dos sintomas indesejáveis através da contenção e medicalização que era preciso enfrentar.

Ao examinar o processo de desconstrução do manicômio realizado por Franco Basaglia, em Trieste, Barros afirma que (1994, p.53):

Os italianos postulavam a necessidade de um processo em que a loucura pudesse ser redimensionada não para fazer sua apologia, mas para criar condições que permitissem que esse momento de sofrimento existencial e social se modificasse.

Cabe esclarecer alguns conceitos que embasaram a reforma psiquiátrica na Itália, tais como Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, antes de prosseguir com a descrição das transformações históricas nesse campo.

Desinstitucionalização, para Rotelli, Leonards e Mauri (2001, p. 29), refere-se a “um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema”. Esse processo deve envolver todos os atores no sistema de ação institucional, transformando as relações de poder entre a instituição e os usuários. Consiste em um trabalho que utiliza as energias internas da instituição para desmontá-la, liberando a necessidade de internação, construindo serviços inteiramente substitutivos, responsáveis por responder à totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada e onde os técnicos enriquecem e aperfeiçoam sua atividade trabalho. Finalmente, trata-se de um processo que não se completa com aprovação de uma lei, mas que prossegue em sua implantação mudando as formas de administrar os recursos públicos para a saúde mental.

No trabalho de desconstrução do manicômio, a transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais, reconstruir o direito e a capacidade de palavra, eliminar a ergoterapia, abrir as portas, produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios ‘sociais’(ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 32-33).

Amarante (1995a, p.49) acrescenta que desinstitucionalizar é muito diferente de desospitalizar. Em síntese, diz respeito a “desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença”.

Sem dispensar o saber tradicional da clínica, a psiquiatria dita renovada incorpora outros saberes, outros procedimentos e outras preocupações, compondo um novo paradigma através do conceito de clínica ampliada (TENÓRIO, 2002).

Reabilitação Psicossocial, na mesma direção que a Desinstitucionalização, “seria, então, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”. (SARACENO, 2001, p.16). A reabilitação psicossocial não se restringe a mera substituição da desabilitação para a habilitação, mas em:



um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, [...] implica na abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente (SARACENO, 2001, p. 111-112).

Retomando o percurso histórico, no Brasil, pode-se citar algumas iniciativas reformistas e humanizadoras do manicômio nos anos de 1960 e 1970, como os Ateliers de Imagens do Inconsciente desenvolvidos por Nise da Silveira, no Rio de Janeiro e a comunidade terapêutica, proposta por Ulisses Pernambucano, no Recife. Entretanto, foram a desconstrução da Casa de Saúde Anchieta e criação dos NAPS, em Santos, em 1989 e a inauguração do CAPS Luiz Cerqueira, em São Paulo, no ano de 1986, as primeiras experiências bem sucedidas de desinstitucionalização brasileiras, sendo consideradas equipamentos-síntese do que representavam os ideais da reforma. Tais experiências, entre outros fatores, contribuíram para impulsionar a reforma psiquiátrica em todo Brasil (TENÓRIO, 2002; LUZIO; L'ABADE, 2006). Observa-se que, nessas experiências, uma articulação política entre a gestão municipal do Partido dos Trabalhadores e o engajamento militante antimanicomial por parte dos trabalhadores que pactuavam não só com os ideais da reforma psiquiátrica, mas com a efetivação do modelo sanitário que o SUS propunha.

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

Amarante (1995a) descreveu outros fatores que contribuíram para que a Reforma Psiquiátrica se efetivasse. Primeiramente, o surgimento do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) no final da década de 70 e o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria realizado na Bahia, no ano de 1978, onde foi possível a organização oficial desse movimento. Outro importante evento que aconteceu no mesmo ano foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro. Nesse congresso estiveram presentes alguns dos principais mentores da crítica à Psiquiatria Clássica, tais como Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Irving Goffman. Muitos debates se sucederam a esse Congresso, fazendo com que a influência de Basaglia no pensamento crítico do MTSM passasse a ser indiscutível.

Em 1986, o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru/SP promoveu a institucionalização do Movimento de Luta Antimanicomial e sua ampliação com a parceria de associações de usuários e familiares.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental, também exerceu papel fundamental nesse processo de transformação ao propor combater a psiquiatrização do social, promover a democratização do acesso aos serviços de saúde mental e priorizar investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais em oposição à tendência hospitalocêntrica (AMARANTE, 1995a).

A segunda metade dos anos de 1980 foi marcada por muitos eventos e acontecimentos políticos que potencializaram a reforma psiquiátrica. Trata-se de um período em que a sociedade brasileira lutava pela construção de um Estado democrático, período muito fecundo tanto para a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde, quanto para a transformação da assistência psiquiátrica.

Da década de 1990, merecem ainda destaque três acontecimentos que contribuíram para a consolidação da Reforma Psiquiátrica: a Declaração de Caracas, que preconizava a superação do modelo hospitalocêntrico e o resgate de direitos da pessoa com transtorno mental no continente americano; a Portaria 224/92 do Ministério da Saúde que estabeleceu novas diretrizes e normas para o financiamento e funcionamento da internação e reconheceu a existência de outros serviços alternativos. Finalmente, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, também em 1992, consolida a crítica ao modelo asilar e lança as bases para um novo modelo (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

Um grande avanço nesse processo foi a aprovação da Lei 10216, a Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2001a). Essencialmente, ela estabelece uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país, consolidando a garantia dos direitos dos usuários, assim como a proposta de tratamento prioritariamente em serviços comunitários, dentre os quais destaca-se os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cooperativa e a implantação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais. No entanto, não instituiu mecanismos para extinção progressiva dos manicômios conforme previa o projeto original.

O período de 2000-2010 pode ser descrito como uma fase de institucionalização de novas normas e práticas em saúde mental e da expansão da rede substitutiva ao manicômio.

É importante ressaltar que o foco de preocupação inicial da Reforma Psiquiátrica era a transformação da relação da sociedade com a loucura. Embora a Psiquiatria tenha se tornado aliada nos mecanismos de controle e repressão ao uso de drogas desde a década de 1970, a preocupação com o tratamento de usuários de álcool e drogas no âmbito da Reforma Psiquiátrica não se mostrou, a princípio, muito contundente. Essa discussão ocorreu de forma paralela à Reforma Psiquiátrica no âmbito do Ministério da Saúde, conforme será retomado mais adiante.

### **3.2.2 Aspectos culturais e históricos relacionados ao uso de álcool e drogas**

O uso de drogas nem sempre foi encarado como um problema de saúde. Observa-se que a droga, como sinônimo de uma substância que provoca diferentes alterações psíquicas no usuário esteve presente em todas as sociedades e assumiu diferentes funções sociais ao longo da história (SILVA, 2006).

Da Antiguidade até a Idade Média, as drogas eram circunscritas a rituais religiosos, místicos ou festividades. Eram utilizadas para alterar a percepção e a consciência, adivinhar a vontade dos deuses, ampliar a compreensão do mundo, sedar e estimular. Serviam ainda como anestesia e terapêutica para aliviar sofrimento físico e mental (BASTOS, 1997).

A partir da Idade Moderna, sua função se alterou adquirindo um caráter comercial, caracterizada como instrumento de dominação de povos nativos e enriquecimento dos conquistadores. A partir da Revolução Industrial, a droga passou a ser sintetizada e seus padrões de uso e difusão aumentaram significativamente, sem, no entanto, ser criminalizada. Até o século XIX, sua compra e venda eram livres e bastante difundidas no meio boêmio e intelectual. Já durante as duas grandes guerras, a droga assumiu um caráter estratégico à medida que passou a ser usada de modo a diminuir a fadiga, a fome e aumentar o rendimento dos soldados e trabalhadores (SILVA, 2006).

O consumo de drogas alcançou grande expansão mercantil no século XX, o que levou a necessidade de um controle individual e coletivo do uso. Através de um discurso científico, médico e moral, foi introduzida a ideia de toxicidade. A Medicina, juntamente com o Estado legitimou algumas drogas e proibiu outras. Se a legalização de origem a um mercado lucrativo para a indústria farmacêutica, de bebidas e cigarros, a proibição, por outro lado, colocou o

usuário na condição de criminoso e contribuiu para o surgimento de um mercado clandestino de produção e distribuição.

O Proibicionismo separou a indústria farmacêutica, a indústria do tabaco e a indústria do álcool, entre outras, da indústria clandestina das drogas proibidas. (...) No início do século, a experiência da Lei Seca, de 1920 a 1934, nos Estados Unidos, fez surgir as poderosas máfias e o imenso aparelho policial unidos na mesma exploração comum dos lucros aumentados de um comércio proibido, que fez nascerem muitas fortunas norte-americanas, como a da família Kennedy. O fenômeno da Lei Seca repete-se no final do século XX, numa escala global, com a dimensão gigantesca de um comércio de altos lucros, gerador de uma violência crescente. O consumo de drogas ilícitas cresce não apesar do proibicionismo também crescente, mas exatamente devido ao mecanismo do proibicionismo, que cria a alta demanda de investimentos em busca de lucros (CARNEIRO, 2010, p. 116).

A lógica da indústria das drogas lícitas e a do tráfico não diferem na essência: ambos prometem acabar com o sofrimento, a solidão e o desamparo que não tem inscrição no laço social e, ao mesmo tempo, produzir prazer e felicidade. Entretanto, ao instaurar uma norma, institui-se também um desvio. A droga ilícita então, se constitui no resto, no que escapou ao controle. Uma vez proibida, é encarecida e se torna um negócio arriscado e lucrativo. Como não há regulação para a produção e consumo, não há controle de qualidade e os métodos de gestão do negócio seguem uma ética pautada na violência (TIBURI; DIAS, 2012).

Segundo Machado e Miranda (2007), que procuraram retomar a história da atenção à saúde do usuário de álcool e drogas no Brasil, as drogas só se transformaram num problema social no século XX, quando o uso, especialmente de álcool, se disseminou nos centros urbanos. A partir de então, os autores apontam que o consumo de droga passou a justificar o controle e a repressão por parte do Estado que, inicialmente, desenvolvia ações num âmbito mais jurídico-penal do que médico.

No entanto, Silva (2006) ressalta que, desde o início do século XIX, o uso abusivo de álcool já era encarado como uma doença nos Estados Unidos e, no Brasil, já existiam iniciativas por parte da Psiquiatria de prevenir e tratar o alcoolismo como um transtorno mental. Entretanto, enquanto os usuários de álcool eram submetidos ao mesmo tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais nos hospitais psiquiátricos, usuários de outras drogas eram criminalizados.

Contudo, de acordo com Machado e Miranda (2007), foi somente em 1971 que a Psiquiatria tornou-se formalmente aliada dos mecanismos de controle e repressão ao uso de drogas no Brasil. Os autores ressaltam que essa tendência foi reforçada em 1976, quando foi promulgada a lei 6.368, que não só reafirmou a intenção de abordar o uso e a dependência de

drogas no campo médico-psiquiátrico como propôs a criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde, em regime hospitalar e extra-hospitalar. No entanto, esses Centros Especializados só começaram a surgir timidamente nos anos 80, contemplando apenas os usuários de drogas ilícitas, deixando os alcoolistas excluídos do acesso ao tratamento. Esses centros contribuíram para a produção técnico-científica relacionada ao tema e inauguraram no país a possibilidade de realização de práticas não moralistas e nem repressivas. Além disso, tratava-se de experiências raras e isoladas, geralmente associadas a centros de tratamento em universidades. Apesar de existirem leis que previam a criação de dispositivos de tratamento especializado, não se observou grande incentivo ou preocupação política por parte do Estado para efetivar sua implementação.

Criado em 1998, o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), órgão executivo das ações sanitárias destinadas aos dependentes de drogas e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad), dedicava-se ao enfrentamento do problema mundial das drogas e tinha como função integrar as atividades de repressão (uso indevido, tráfico ilícito e produção de drogas) e de prevenção (tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes) (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Embora o Ministério da Saúde integrasse o Sisnad, nenhuma das atividades do segundo grupo (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) foi atribuída a ele.

O SUS é o responsável pela prestação de assistência integral a todos os cidadãos brasileiros. Apesar de terem responsabilidades e atribuições comuns, esses espaços institucionais permaneceram desarticulados até o início do governo Lula, em 2003, quando se fez um esforço de integração das diversas áreas ligadas ao tema (MACHADO, MIRANDA, 2007, p. 813).

No intuito de debater políticas para o enfrentamento do problema das drogas, foram realizados os Fóruns Nacionais Antidrogas. O primeiro aconteceu em 1998 e o segundo, em 2001. Os fóruns contaram com a participação de amplos setores da sociedade tais como, policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos. Do primeiro, resultou a criação da Política Nacional Antidrogas, onde não havia nenhuma proposição de articulação entre a área especificamente ligada ao problema das drogas e o setor público de saúde. Apenas um item referente à Política de Redução de Danos foi incluído.

Quanto ao segundo Fórum, Machado e Miranda (2007) chamam a atenção para o fato de que ocorreu paralelamente à III Conferência Nacional de Saúde Mental, evidenciando a desarticulação que existia entre as duas políticas.

Considera-se que, embora a construção da rede de atenção psicossocial tenha avançado significativamente na década de 1990, não foi capaz de incluir efetivamente usuários de álcool e drogas que continuavam ocupando grande parte dos leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas até 2002, quando surgiram os primeiros CAPS ad.

A quase inexistência de políticas públicas de assistência ao usuário de álcool e drogas favoreceu o surgimento de comunidades terapêuticas em quase todo o Brasil. As comunidades terapêuticas, em sua maioria, caracterizam-se como instituições religiosas e filantrópicas que fundamentam o modelo de tratamento na disciplina e no trabalho e na exclusão social do usuário por um longo período de tempo (MELO, 2010).

Ainda na década de 90, houve tentativas por parte do poder público em regular essas comunidades terapêuticas e delas em obter financiamento do Ministério da Saúde, o que esbarrou em interesses político-ideológicos que condenavam as práticas moralizantes e defendiam a inclusão dos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente por parte da Saúde Mental (MIRANDA; MACHADO, 2007).

É especialmente nesse ponto que a história da assistência aos usuários de álcool e drogas se entrelaça com a da Reforma Psiquiátrica, que reivindica o cuidado com esses usuários como um objeto legítimo de atuação.

Esse embate desencadeou, em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, fazendo com que o Sistema Único de Saúde assumisse de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública e não médico ou jurídico (BRASIL, 2003).

Tal política propôs uma nova abordagem, não mais comprometida com o controle e com a repressão, mas sim com a redução dos danos e dos prejuízos do consumo abusivo de álcool e outras drogas; com a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente ou criminoso e requer internação ou prisão; e com a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras.

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de "tratamento") baseia-se na associação drogas/comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (BRASIL, 2003, p.9).

Para superar essa lógica, reafirma-se o modelo de Redução de Danos, surgido nos anos de 1980, a partir da necessidade de prevenção do Contágio por HIV/AIDS, para a construção de práticas voltadas para minimizar as consequências globais do uso de álcool e drogas (BRASIL, 2003).

De lá para cá, cresceram as iniciativas para a implementação de políticas e dispositivos no âmbito da saúde mental para a atenção à saúde do usuário de álcool e drogas, entendida como parte de um projeto político de construção de uma rede de atenção psicossocial. Através dessa política, o Ministério da Saúde consolida o compromisso de articulação com a rede pública social e de saúde, em especial, no âmbito da saúde mental, se comprometendo com a ampliação e fortalecimento do CAPS ad como serviço central e articulador do funcionamento da rede.

Concorda-se com Alves (2009) que, a partir de uma revisão de literatura, identificou dois principais posicionamentos ideológicos que permeiam o processo político na área de álcool e drogas: o proibicionismo e a redução de danos. Enquanto que o primeiro orienta-se pela redução da oferta e da demanda, intervindo através da criminalização e repressão de drogas ilícitas, o segundo pretende minimizar os prejuízos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas.

Verifica-se que esses pressupostos, que podem ser considerados até mesmo contraditórios, estão presentes na atual Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005a). Tal política orienta-se por ações que visam por um lado, a redução da oferta e da demanda de drogas e por outro, da redução de danos.

Apesar do avanço pautado no discurso da cidadania, essa contradição se acirrou ainda mais com o Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras drogas (BRASIL, 2011a). Esse plano prevê a formação de dois comitês: um de gestão e outro de execução. Se por um lado, o comitê de execução envolve os Ministérios da Casa Civil, Saúde, Educação, Fazenda, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Planejamento, os quais devem implementar

ações intersetoriais integradas, tais ações devem ser coordenadas apenas pelo Ministério da Justiça.

É necessário enfatizar que o crack assumiu o estatuto de “grande mal” no século XXI apesar de, epidemiologicamente, não representar um problema de saúde pública tão grave quanto o álcool. Concorde-se com Tiburi e Dias (2012) que essa mítica foi construída a partir da associação da droga com a pobreza. A origem da droga se dá a partir do resto da produção da cocaína. Trata-se de uma droga mais barata que rapidamente se disseminou entre as populações de rua nos grandes centros urbanos, dando origem ao que se convencionou chamar de “cracolândias”, espaços abandonados pelo poder público, territórios degradados que foram ocupados por populações marginalizadas, antes mesmo do contato com o crack. Chama-se a atenção para o que aconteceu recentemente em São Paulo e que foi amplamente noticiado pela imprensa. Um projeto mercadológico para implantação de empreendimentos imobiliários e revitalização do centro da cidade motivou ações policiais repressivas, associadas a ações de saúde coercitivas. Imbuídos de um discurso humanitário, assemelhando ao que descreveu Foucault (1978), os corpos dos usuários de crack, considerados sem voz, sem escolha, sem responsabilidade, incapazes de querer de forma adequada, foram recolhidos num galpão para serem alimentados, desintoxicados, entretidos e, finalmente, docilizados. A exemplo do que aconteceu em São Paulo, em Minas Gerais também surgiram iniciativas de recolhimento, de internação involuntária e compulsória e de financiamento público para tratamento em instituições filantrópicas ou carcerárias que bem podem ser definidas com o que Goffman (1974) denominou *instituições totais*. Tais iniciativas se orientam em uma direção contrária ao que é previsto pela Política Nacional de Atenção Integral e pela Lei 10216.

Na mesma direção, a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011c), ao instituir a rede de atenção psicossocial, reafirmou e valorizou o tratamento em serviço abertos através de ações intersetoriais, mas deixou brechas para o retorno de instituições totais e privatização do SUS ao incluir as Comunidades Terapêuticas como parte da rede, a revelia do que demonstrou o relatório do Conselho Federal de Psicologia (2011) quanto à violação de Direitos Humanos que ocorre em muitas dessas instituições em todo o Brasil.

Em síntese, Alves (2009), através da FIG.2, elaborou um modelo que representa graficamente o contexto político em que se circunscrevem as práticas, resumindo o que já foi exposto e, ao mesmo tempo, introduzindo questões que serão aprofundadas no próximo item.



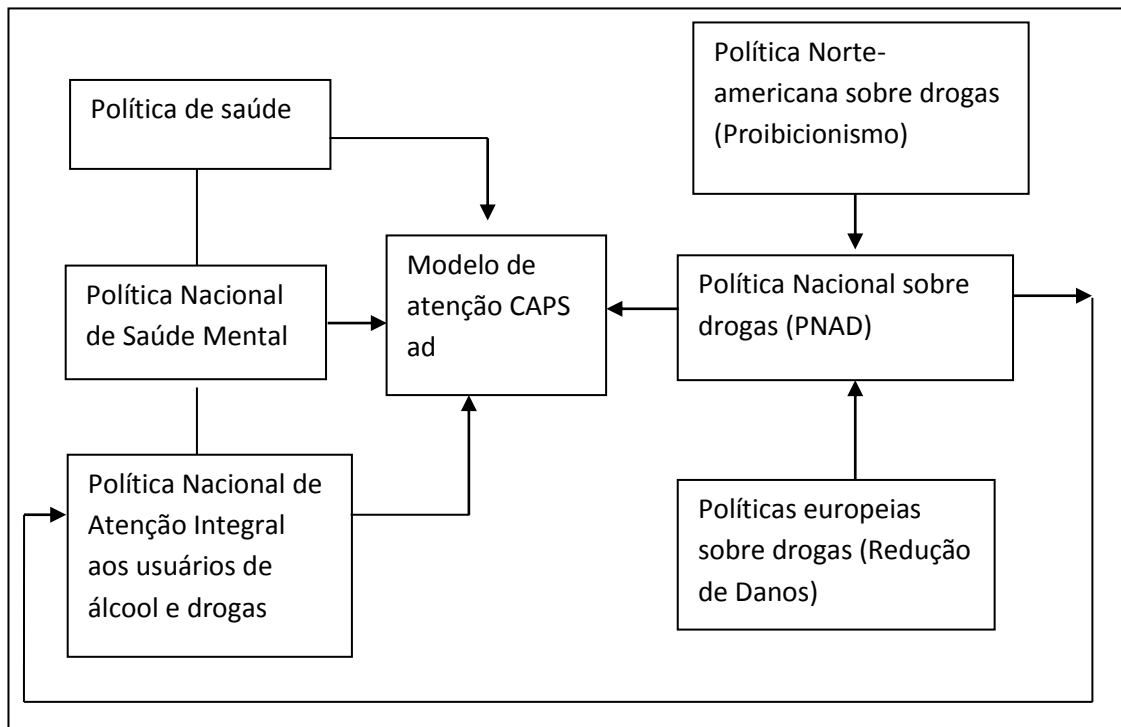


Figura 2: Contextualização política do modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de atenção Psicossocial

Fonte: Alves, 2009, p. 27

### 3.2.3 Discursos e práticas relacionados ao tratamento de usuários de álcool e drogas

O breve histórico das transformações acerca do papel social da droga e das tentativas de controle do consumo já começou a delinear que à medida que esse consumo passou a ser um problema de saúde, começaram a surgir diversos modelos para subsidiar as práticas de tratamento da dependência de álcool e drogas. É importante ressaltar que tais modelos são frutos da atividade humana, a qual, por sua vez, é permeada pelo debate de normas e valores.

Modelos não são hipóteses e nem teoria. [...] Trata-se de um acabamento que simplifica um discurso, descreve e explica e, por vezes, simula dinamicamente um corpo de conhecimento, em suma, o modelo ilustra e fornece, eventualmente, o motor necessário para a validação científica (AMALBERT, 1991, p.17, *tradução nossa*).

Os modelos, portanto, constituem-se em formas de examinar o problema. Conseqüentemente, os modelos consistem também numa forma de intervir sobre a realidade de modo a tentar resolver ou minimizar o impacto do problema na vida individual e social. Na mesma direção, segundo Campos (1994, p.58 apud NICÁCIO & CAMPOS, 2005), modelo de atenção em saúde pode ser definido como:

uma tradução para um projeto de atenção a saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos de um viver saudável.

Há, portanto, diferentes perspectivas possíveis para se fazer uma leitura da problemática, mas nenhuma mostra-se suficiente à medida que tendem a privilegiar mais alguns aspectos em detrimento de outros. Qualquer abordagem que não considere o usuário, a droga, a forma, a intensidade e o contexto onde se efetiva a relação entre os três primeiros elementos, será sempre parcial e incompleta.

Como num emaranhado de fios, pode-se escolher começar a desembaraçar por um fio que pareça mais fácil, mas em algum momento, depara-se com um grande nó e é preciso voltar, pegar outro fio e assim, sucessivamente, sempre correndo-se o risco de causar um maior embaraço pois trata-se de uma questão complexa que envolve aspectos jurídicos, morais, sociais e de saúde.

Conforme já foi exposto, do ponto de vista legal, foi somente em 2005, com a Política Nacional sobre Drogas que, no Brasil, o usuário de drogas ilícitas passou formalmente da condição de criminoso à de usuário/dependente, embora os transtornos mentais relacionados ao uso de substância psicoativa já fossem descritos e tratados pela Psiquiatria há mais tempo.

Independente de ser lícita ou ilícita, para a Psiquiatria, entende-se por droga, toda e qualquer substância, natural ou sintética que, introduzida no organismo, modifica suas funções. Drogas psicoativas referem-se às substâncias que alteram o comportamento, o humor e cognição ao passo que drogas psicotrópicas são definidas como aquelas que:

agem sobre o Sistema Nervoso Central alterando o comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de auto-administração (uso não sancionado pela medicina). Em outras palavras, podem causar dependência. (OMS, 1981 apud CARLINI *et al.*, 2001, p.11)

Entende-se, portanto, que tanto uma substância psicoativa como uma psicotrópica interfere diretamente no funcionamento neuroquímico do cérebro, desencadeando alterações psíquicas. De acordo com Laranjeira e Romano (2004), os danos podem ser agudos ou crônicos, dependendo tanto da substância utilizada quanto do padrão de consumo.

Pode-se considerar que as drogas produzem efeitos psicofisiológicos sobre o organismo humano que podem variar em estimulação, depressão ou perturbação do Sistema Nervoso Central (CARLINI *et al.*, 2001), de acordo com o tipo de droga e as características biopsíquicas do usuário. Exemplos mais comuns de drogas estimulantes são café, chocolate,

anfetamina, cocaína e crack. Como drogas de efeito depressivo pode-se citar o álcool, a morfina, a heroína, os benzodiazepínicos e os solventes. Finalmente, como drogas perturbadoras, assinala-se a maconha, o *ecstasy*, o LSD e outros medicamentos anticolinérgicos.

Segundo Laranjeiras (2003, p.14), “qualquer padrão de consumo pode trazer problemas para o indivíduo”. O uso experimental ou eventual pode causar intoxicação aguda, enquanto que o consumo de grandes quantidades de drogas, por tempo prolongado e contínuo, pode levar à dependência. Ainda segundo o autor (2003, p.14), “a dependência é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação de diversos fatores de risco, aparecendo de maneiras distintas em cada indivíduo”.

De acordo com Classificação Internacional de Diagnóstico (CID 10), os transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas variam entre intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, síndrome de abstinência (que pode ou não incluir *delirium*), transtorno psicótico relacionado ao uso imediato (alucinação ou paranoia alcohólica) ou residual e de instalação tardia (demência alcohólica), síndrome amnésica e outros transtornos não especificados. Para atender aos critérios diagnósticos de dependência propostos pela OMS, o usuário deve apresentar os seguintes sinais e sintomas: síndrome de abstinência com a ausência da droga, síndrome de tolerância, compulsão e perda de controle relacionados ao consumo da droga, persistência do uso a despeito da evidência das consequências nocivas, abandono progressivo de outros interesses e prazeres e prejuízos no desempenho social e ocupacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Considera-se que a normatização desses critérios é determinada por pesquisas científicas e manuais diagnósticos e não está isenta das determinações sociais e históricas que os fundamentam. Efetuar um diagnóstico, fundamentando-se unicamente nesses critérios previamente estabelecidos, pode excluir o saber do usuário sobre sua vida e saúde, pois, para a Psiquiatria, sob o efeito da intoxicação de drogas ou em abstinência, o usuário, psiquicamente alterado, pode não se perceber dependente. Esse fato traz complicações relativas às estratégias de tratamento, situadas tanto no âmbito médico, quanto jurídico, tais como, a discussão sobre necessidade ou não de internação fechada para o tratamento e o direito do poder público ou da família de internar compulsoriamente ou involuntariamente um usuário, só para citar algumas. Esse tipo de discurso médico e psiquiátrico, ao traduzir a vida psíquica em termos de reações químicas e indicadores estatísticos, destitui o usuário da

responsabilidade sobre a própria condição de saúde e, ao mesmo tempo, se constitui como importante mecanismo de controle das disfunções sociais, através do que Foucault (1999a, p.132) descreveu como *bio-poder*, ou seja, da sujeição dos corpos e controle das populações.

Angell (2011) questiona a validade dos diagnósticos psiquiátricos ao apontá-los como “subjetivos e expansíveis”, uma vez que não há sinais e exames objetivos capazes de validá-los e as fronteiras entre o normal e o patológico são pouco claras. Da mesma forma, a autora aponta que a escolha do tratamento tem poucas razões racionais.

Ainda com relação ao tratamento, outro ponto a ser destacado refere-se ao fato de que não há consenso na literatura sobre os fatores etiológicos da dependência, ou seja, quais fatores fazem com que alguns indivíduos desenvolvam-na a partir do contato com a droga e outros não. É necessário ressaltar que o uso experimental ou eventual não necessariamente levará a dependência. Laranjeira (2004) e Formigoni *et al* (2009) apontam que contribuem para desencadear dependência uma confluência de fatores genéticos, neurobiológicos, comportamentais e sócio-culturais. Essa imprecisão dificulta o trabalho de prevenção e reforça as políticas repressoras do consumo.

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (BRASIL, 2011b), especificamente no que concerne aos modelos de tratamento, considera-se tratamento clássico a internação em hospitais psiquiátricos, entretanto, crescem as iniciativas de tratamentos ambulatoriais que associam psicoterapias e medicação por apresentarem resultados tão satisfatórios quanto à internação, mas com um custo menor. Além do tratamento psiquiátrico e farmacológico, destaca ainda os modelos de abordagem multidisciplinar em CAPS ad, os grupos de auto-ajuda e as Comunidades Terapêuticas.

Enquanto as políticas públicas no Brasil, no âmbito do SUS, se orientam por um modelo de tratamento focado na redução de danos e reabilitação psicossocial, as comunidades terapêuticas apontam para um sentido inverso, de pressão e persuasão à mudança de hábito. Acerca do que já foi exposto sobre as Comunidades Terapêuticas, é necessário complementar que, em sua maioria, a partir de um posicionamento ideológico proibicionista, sua abordagem de tratamento pressupõe o uso abusivo de drogas como doença e têm como propósito a abstinência. O componente religioso também aparece de forma incisiva no modo de facilitar o controle através de “uma re-intoxicação ideológica” (SILVA, 2006). O usuário é tido como uma vítima da droga e de sua própria condição genética que o predispõe ao vício.

Esse modelo baseia-se em experiências comportamentais norte-americanas de tratamento do alcoolismo. Destaca-se que a sociedade americana foi a que desenvolveu mais estudos acerca dos modelos de tratamento para o uso de drogas, em especial o álcool, os quais foram amplamente importados pelos países da América Latina.

Quanto aos grupos de auto-ajuda, destaca-se o AA (Alcoólicos Anônimos) que surgiu nos Estados Unidos, em 1935, propondo o tratamento do alcoolismo através de mútua ajuda. Tais grupos incluem o conceito de moral (um defeito de caráter) e de doença (hereditária e crônica) para explicar o alcoolismo e pressupõem a constituição de uma identidade e um pertencimento social que se fortalece na referência à droga. Esse modelo, aliado à Medicina, se tornou oficial para o tratamento naquele país e deu origem a outros modelos, como o Minnesota, em que a internação é amplamente utilizada (MARQUES, 2001).

Outras propostas de tratamento advindas da teoria cognitivo-comportamental, consideram a dependência como um hábito adquirido, um comportamento aprendido e, portanto, passível de ser modificado (MARQUES, 2001). Tais experiências incluem técnicas de modificação do comportamento através do controle, tanto por parte do usuário sobre a compulsão pelo uso, quanto da sociedade sobre ele.

Rangé e Marlatt (2008) citam cinco estágios de comportamento associado ao uso de drogas, os quais foram postulados por Prochaska, DiClemente e Narcross (1992) através de um modelo transteórico amplamente utilizado no tratamento de dependência química. Segundo os autores, no primeiro estágio, da pré-contemplação, o indivíduo ignora os aspectos negativos de seu problema e não leva em conta a necessidade de ajuda. Na segunda fase, de contemplação, a pessoa passa a tomar consciência de seu problema com drogas, estabelecendo-se o conflito entre o desejo de beber e o de buscar tratamento. No terceiro estágio, da preparação, o usuário inicia tentativas de mudar o seu comportamento aditivo. Ao colocar em prática essas tentativas, a pessoa estará no quarto estágio, de ação. No último estágio, da manutenção, o indivíduo evita a recaída, modifica seu estilo de vida, alcança a abstinência e consolida suas mudanças. O modelo reconhece que a recaída pode ocorrer. Nesse caso, o dependente será obrigado a passar novamente por todos os estágios.

Esse modelo serviu de base para o de Entrevistas Motivacionais e de Prevenção de Recaída, os quais são frequentemente associados a esse tipo de tratamento (MILLER; ROLLNICK, 2001).

Modelos de tratamento com enfoque cognitivo-comportamental, como, por exemplo, o de Prevenção de Recaída (MARLATT; DONOVAN, 2009), buscam fazer com que os usuários reconheçam os prejuízos que a droga lhes causa, identifiquem e evitem conscientemente lugares, situações e pessoas que os instiguem a usar drogas.

Entretanto, na prática, ocorre um descompasso entre o conhecimento autorizado adquirido – segundo o qual as drogas fazem mal, produzem dependência, sofrimento e morte – e a persistência dos usuários na prática dessas atividades, ainda que conscientemente possam demonstrar o desejo de abandoná-las (VARGAS, 2006).

Críticas a esses modelos julgam tratar-se de “um adestramento, nem sempre sutil, com o objetivo de reintegrá-los [os usuários], de torná-los úteis à sociedade, de padronizar comportamentos” (SILVA, 2006, p.33). Mas isso só se dá à custa de perda de criatividade, responsabilidade pessoal e capacidade comunicativa. Além disso, a eficiência é questionável, devido ao alto índice de abandono do tratamento e de recaídas.

Do ponto de vista psicossocial, Lobosque (2001), ao examinar o uso compulsivo de drogas, chama atenção para o ciclo infundável de repetição em que mergulha o usuário. Para a autora, tal repetição se explicaria quase que por uma determinação orgânica, no entanto, salienta a necessidade de procurar explicações também nas relações do psiquismo humano com a questão do desejo e do limite. Considera que a globalização e a política neoliberal operam efeitos no comportamento das pessoas. Além do adoecimento relacionado ao trabalho, outras consequências como aumento da criminalidade e drogadição, podem estar a elas associadas. Uma sociedade que impõe continuamente um padrão de perfeição, em que os valores giram em torno do consumo, favorece o crescimento desse fenômeno. Finalmente, acrescenta que em uma cultura que cultiva o ideal uniforme em que saúde, beleza e felicidade aparentam estar sempre juntas, a droga aparece para desmentir, confrontar esse ideal através de pequenas e grandes transgressões.

Nessa direção, explicações de cunho psicanalítico também aparecem na literatura. O termo *toxicomania*, originalmente psiquiátrico, é adotado para referir “o efeito de um discurso” onde o sujeito está excluído. Assim como para a Psiquiatria, o uso de drogas é encarado como um sintoma, no entanto, a abordagem do problema difere-se. Enquanto que a Psiquiatria procura eliminar o sintoma, para a Psicanálise, interessa compreender de que

forma a droga, enquanto objeto, está em relação com o usuário, enquanto sujeito. Para a Psicanálise é este que faz a droga e não o contrário. (GIANESI, 2005)

Ainda na perspectiva psicanalítica, Beneti (2011) aponta que houve uma mudança nas formas de uso e consumo de drogas nos últimos trinta anos que trouxe implicações diretas para o tratamento do toxicômano. Radicalmente oposta às estratégias segregativas psiquiátrica e manicomial, inicialmente, a clínica psicanalítica se estruturou em oposição ao “princípio de tratamento centrado na abstinência do consumo com exclusão da subjetividade, da singularidade de cada usuário ou consumidor”, buscando “introduzir o sujeito e enfrentar toda essa lógica do discurso oficial que diz que todos os que usam drogas são toxicômanos e que a droga faz o toxicômano” (p.4). Nesse sentido,

restitui-se ele ao lugar dele, e restitui-se o discurso que rompe com a segregação. Então, é a introdução do sujeito do inconsciente nas suas relações com o gozo. Dar a palavra ao sujeito para que ele venha a nos dizer o que ele, inconscientemente, quer com o consumo de drogas. O que ele quer com esse objeto e não o porquê do uso de drogas. Qual a importância desse objeto, qual o lugar desse objeto, qual a função desse objeto droga (BENETI, 2011, p. 5).

Entretanto, o autor salienta que as drogas mudaram e a sociedade mudou. Ocorreu o surgimento de uma população vulnerável, a margem do sistema produtivo que “consome uma substância quase que de forma epidêmica, que coloca a dimensão do sujeito como resto, dejetado, dentro dessa sociedade de hoje, resto social, resto dessa produção, desse discurso, simples objetos degradados” (BENETI, 2011, p.9). Para o autor, o que antigamente era ato transgressivo, assumiu um caráter de ato homicida a partir da associação do consumo de droga com o tráfico, que tem um poder econômico muito forte e coloca a dimensão de uma periculosidade social.

Se antes a droga favorecia uma sociabilidade, atualmente, favorece alienação e isolamento social, especialmente o crack. O crack representa hoje “o veículo que conduz ao prazer fugaz e imediato, bem de acordo com o ideal do nosso tempo, que prediz o consumo como um imperativo e uma necessidade inadiável” (BENETI, 2011, p. 6).

As cracolândias aparecem associadas a uma imagem de sujeira, ausência de beleza e violência e se constituem num lugar onde “a sociedade busca conjurar e expiar todo o mal, toda ameaça, demarcando a fronteira do inimigo a ser combatido. A população desse território, seus moradores e os usuários de crack vivem na mesma condição: à margem de quase todos os direitos sociais”. E, nesse contexto, a droga não é somente um anestésico ou via de acesso a um prazer pleno e solitário, mas um objeto de trabalho (SILVA, 2001, p.5).

Mas não é só o consumo de drogas ilícitas que mudou. O número de pessoas consideradas dependentes de medicamentos prescritos no mundo já supera o de usuários de cocaína, heroína e ecstasy combinados (INTERNACIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2009).

O discurso da ciência, consonante com o discurso capitalista, é responsável pela produção das drogas legalizadas, supostamente terapêuticas que são consumidas sistematicamente por toda a população, colocando os consumidores como objetos comandados por um saber químico. Angell (2011) alerta para uma suposta epidemia de doença mental nos Estados Unidos, onde o número de pessoas incapacitadas por transtornos mentais duplicou no período de 1987 a 2007. Coincidentemente, o mesmo período é marcado pela preeminência da teoria de que as doenças mentais são causadas por desequilíbrios químicos no cérebro e, para corrigir tais desequilíbrios, prioriza-se o uso de medicamentos. A autora aponta que essa teoria passou a ser amplamente aceita não só pela Medicina, mas também pela mídia e pelo poder público. A partir de um estudo de bibliografia comentada, aponta que os trabalhos analisados concordam em alguns pontos:

1. Que a indústria farmacêutica, através de várias formas de *marketing* legal ou ilegal, passou a determinar o que é doença mental, como deve ser diagnosticada e tratada.
2. Não há consenso científico de que as doenças mentais sejam causadas por desequilíbrio químico no cérebro. Essa teoria surge a partir da descoberta de que algumas drogas desenvolvidas para tratar infecções afetavam os níveis de certas substâncias no cérebro e, conseqüentemente, alteravam o estado mental. Dessa forma, uma anormalidade foi postulada para se adequar a um medicamento. Por exemplo, como drogas antipsicóticas diminuíaam os níveis de dopamina no cérebro, inferiu-se que a esquizofrenia era causada por excesso de dopamina.

A partir dessas informações, conclui-se que, em função de interesses econômicos, a Psiquiatria, associada à indústria farmacêutica, tem operado uma indução ao consumo de substâncias psicoativas na população ainda pouco questionada. Não se trata de negar que o surgimento de drogas antipsicóticas foi justamente um dos fatores que possibilitou que a reforma psiquiátrica se concretizasse, mas o uso que se tem feito dos psicotrópicos desde então.



Vargas (2006), de um ponto de vista antropológico, sustenta que a dependência não resulta de fantasias subjetivas dos usuários, nem de determinações objetivas da substância, mas exige modalidades de (in)ação como aquelas presentes no paradoxo da paixão e nos jogos profundos, práticas que envolvem modos singulares de engajamento no mundo, nos quais as substâncias são mediadores indispensáveis para a produção de alter-ações. Para o autor:

o que ocorre são eventos (refiro-me àquilo que os usuários costumam chamar de ‘barato’, ‘viagem’ ou ‘onda’ das drogas) e que esses eventos implicam experimentações intensivas de autoabandono, ou o paradoxo de ações que deliberadamente visam ‘sair de si’ (VARGAS, 2006, p. 583).

O autor sugere que, ao invés de perguntar por que as pessoas usam drogas ou o que significa usar drogas, melhor seria indagar: “o que ocorre”, “o que acontece” nesse tipo de experiência? Essas questões seriam bem mais próximas daquelas que os próprios usuários se colocam. Chama atenção para a dificuldade que os usuários apresentam em descrever esses eventos por fazerem parte de uma atividade que não se restringe a eles. Trata-se de uma atividade que envolve preparação (conseguir a droga, um lugar para utilizá-la e os dispositivos materiais para manuseá-la e administrá-la); dispor dos conhecimentos e meios técnicos necessários ao uso, tais como, saber de que modo administrar a droga, quais são as doses necessárias e suficientes para produzir o evento desejado.

Assim como em qualquer outra atividade, há um conjunto de regras tácitas e uma linguagem própria que são compartilhados pelos usuários, porém, os efeitos da experimentação carregam em si uma alta dose de surpresa. Nesse sentido, estima-se que há um “paradoxo do êxtase ou do evento ‘onda’ das drogas: fazer de tudo (ou quase...) para que aconteça algo que nos escapa desde o início...” (VARGAS, 2006, p.600).

Estima-se que no Brasil, apesar da orientação política estar voltada ao Modelo de Redução de Danos, ainda persistem e coexistem discursos e práticas pautados no modelo moral, proibicionista, religioso, psiquiátrico e psicoterápico e no modelo AA e seus derivados, os quais caracterizam-se como um conjunto de normas e valores que sustentam tanto os processos de formação dos profissionais e de tratamento dos usuários.

### **3.2.3.1 O Modelo de Redução Danos**

O Modelo de Redução de Danos (RD) merece um maior aprofundamento por se constituir, atualmente, como eixo orientador das políticas de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

A RD surgiu na Inglaterra, em 1926, mas as primeiras sistematizações ocorreram na Holanda, nos anos de 1980, como forma de prevenir AIDS e Hepatite em usuários de drogas injetáveis. Desviat (2008) descreve que, diante da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis, a Holanda assumiu uma postura de reduzir esses riscos quando não fosse possível “curar” a dependência. Essa redução se deu por meio de atendimentos médicos e sociais. O programa envolvia oferecer assistência social aos dependentes com problemas de moradia, econômicos e legais e, em termos sanitários, fornecia-se exames médicos regulares, distribuía-se metadona, anticoncepcionais e trocava-se agulhas e seringas. O autor destaca que a iniciativa era levar o tratamento ao local onde os usuários viviam ou se reuniam ao invés de esperar que eles mesmos procurassem os centros especializados.

No Brasil, a implementação da RD teve início com a primeira tentativa de efetuar troca de seringas, em 1989, em Santos, SP. Na época, tal política foi criticada e proibida, mas atualmente é reconhecida como uma importante estratégia de ação em saúde pública (BRASIL, 2001b).

Em contraposição aos modelos centrados na abstinência, a RD propõe discutir formas de uso controlado e com o menor risco possível, oferecendo uma escuta que considere o sujeito e suas necessidades e favoreça seu protagonismo na elaboração de projetos de vida. Além disso, trata-se de um modelo que aceita a inevitabilidade de certo nível de consumo de drogas na sociedade e enfatiza a cooperação intersetorial para o tratamento e prevenção (BRASIL, 2001b).

A Rede Brasileira de Redução de Danos (Reduc) compreende a toxicomania e outros problemas decorrentes ou associados ao uso de substâncias como sendo de natureza biopsicossocial, o que os leva a criticar o uso do termo “dependência química” por considerá-lo essencialmente reducionista. A Reduc entende o conceito de RD menos como uma série de diretrizes específicas para condutas no atendimento a toxicômanos e mais como postura em relação aos inúmeros problemas relacionados à maneira como a sociedade vem abordando a questão das drogas (MACRAE; GORGULHO, 2003).

De acordo com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, “a lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV” (BRASIL, 2003, p. 34).

A Redução de Danos se oferece como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p.10).

A RD, enquanto estratégia, para ter a eficácia desejada, deve ser operada em interações, “promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema” (BRASIL, 2003, p. 10-11).

Por ter uma perspectiva clínico-política, a Redução de Danos remete a ações no território, construindo redes sociais de suporte com ênfase em recursos não repressivos. “Isto se dá por meio do estabelecimento de vínculos, da construção da co-responsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema” (BRASIL, 2003, p.11).

Esse modelo pressupõe uma articulação com outras diretrizes do cuidado: a intersetorialidade, a atenção integral que inclui prevenção, promoção e proteção à saúde dos usuários, modelo de atenção focados em CAPS e rede assistencial de atenção básica, rede hospitalar não psiquiátrica e programas de suporte e reintegração social; controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores – padronização de serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Pensar em redução de danos é pensar num modo de lidar com os riscos que não signifique abrir mão de nossos conhecimentos técnico, clínico e epidemiológico e, concomitantemente, não signifique o aprisionamento da vida em mecanismos disciplinares e higienistas (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p. 747-748).

Do ponto de vista da comunidade científica, identificou-se posicionamentos diversos em relação à RD.

Para Carlini-Marlatt, Requião e Stachon (2003), cinco pontos devem ser enfatizados quando se define redução de danos:

- Constitui-se numa alternativa de saúde pública para os modelos criminal e de doença;
- Reconhece a abstinência do uso de substâncias psicoativas como ideal, mas aceita alternativas intermediárias;
- Caracteriza-se como uma abordagem que incentiva e incorpora a participação daqueles que sofrem com o abuso dessas substâncias (abordagem de baixo para cima);
- baseia-se no pragmatismo empático, em oposição ao idealismo moralista e
- promove acesso a serviços de saúde de baixa exigência.

Os autores demonstraram rejeitar a identificação de RD com legalização de drogas ilegais, defendendo a inclusão de drogas legalizadas na sua abordagem (como álcool e tabaco) e criticando tentativas de incluir ações de RD em grupos sociais que não se ajustam à abordagem, como é o caso de alunos do primeiro ciclo do ensino fundamental, grupo de baixo risco de uso de substâncias, ou mensagens veiculadas universalmente via meios de comunicação de massa.

Moreira e Silveira (2003), por outro lado, não só assumem a RD como um paradigma que orienta suas práticas assistenciais e de pesquisa, como chamam atenção para a necessidade de descriminalização das drogas. Colocam-se frontalmente contra intervenções coercitivas junto a usuários, como a “justiça terapêutica”. Defendem a inserção da disciplina de RD nos currículos de formação de especialistas e a necessidade de definir estratégias de RD acerca do impacto social causado pela vinculação de informações distorcidas e tendenciosas junto à mídia. Para os autores, o movimento da RD apresenta como objetivos gerais desenvolver estratégias de prevenção nos vários níveis – primário, secundário e terciário – bem como todas as intervenções de atendimento ao usuário, incluindo tratamento e reinserção social, ou seja:

- evitar, se possível, que as pessoas se envolvam com o uso de substâncias psicoativas;
- se isto não for possível, evitar o envolvimento precoce com o uso de drogas, retardando-o ao máximo;
- para aqueles que já se envolveram, ajudá-los a evitar que se tornem dependentes;
- para aqueles que já se tornaram dependentes, oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência;

- e se, apesar de todos os esforços, eles continuarem a consumir drogas, orientá-los para que o façam da maneira menos prejudicial possível.

Já para Carlini (2003) e Ribeiro e Laranjeiras (2003), a RD só deve ser considerada como uma estratégia de prevenção terciária, em conformidade com órgãos internacionais. Os autores reconheceram admiti-la apenas como estratégia aplicada em uma etapa inicial e/ou intermediária dentro do tratamento formal, cuja meta ideal deve ser sempre a abstinência. Dessa forma, Carlini (2003, p.337) salienta que o desenvolvimento de programas de RD “deve ter suas ações exercidas no próprio ambiente frequentado pelos usuários de drogas; e deve atingir ambientes de profunda exclusão social, exatamente o local onde se encontram os usuários fim de linha ou com comprometimento grave”.

Estima-se que os tipos de danos que podem estar relacionados ao uso de drogas são de ordens diversas. Por exemplo, o uso de álcool e barbitúricos pode acarretar danos hepáticos e cerebrais. Outros danos podem estar relacionados às formas como são utilizados, como no caso de compartilhamento de seringas para uso de heroína ou cocaína injetável, que predispõe a infecções por HIV, hepatite B ou C. Pode-se citar também casos de laringoespasma, um dano associado às drogas de aspiração, como aerossóis. Existem, ainda, os danos relacionados com o contexto onde a droga é usada, como, por exemplo, acidentes automobilísticos associados ao comportamento de beber e dirigir ou de homicídios devido à proximidade com o tráfico (DIAS *et al*, 2003, p.344).

Na perspectiva de reduzir danos sem a exigência da abstinência, Carlini (2003) aponta algumas ações de saúde a serem implementadas a partir desse modelo:

- criar programa de troca ou doação de seringas;
- escolher (sorteio) um motorista para manter-se sóbrio e servir bebidas em copos e recipientes que não sejam de vidro, em casos de bares;
- indicar o uso de adesivos de nicotina para fumantes e
- instituir tratamentos de manutenção ou de substituição.

Entretanto, as ações de Redução de Danos devem ir além das ações de saúde, incluindo outras ações que visem (CARLINI, 2003):

- à redução de acidentes (automobilísticos ou por overdose);

- à redução de consequências legais (ex.: mudança da lei, diferenciando usuários de traficantes);
- à redução de consequências sociais (como as salas para uso de drogas supervisionadas pelo sistema de saúde).

Este último item é o mais controverso. Em outros países existem relatos da criação das salas de injeção e inalação onde o usuário pode usar as drogas adquiridas ilicitamente e verificar a qualidade dessas drogas. Tais salas constituem-se em locais mais protegidos, que evitam que os usuários façam uso em praças ou ruas ou sofram as consequências do uso de drogas de qualidade duvidosa. Para Carlini (2003), esses locais ferem as convenções internacionais, uma vez que instituí-los consistiria em conivência com o crime de posse e uso de drogas, além de encorajamento do tráfico. Entretanto, a terapia de substituição “medicamente supervisionada”, ou seja, de drogas lícitas com prescrição médica, são encorajadas pelo autor, desde com objetivo último de alcançar abstinência. Esse paradoxo evidencia o quanto questões de ordem moral se interpõem no desenvolvimento da ciência.

Dias *et al* (2003, p. 342) enfatizam que “o tratamento baseado na abstinência para a dependência química funciona e pode ser entendido, por este conceito mais ampliado, como a melhor política de redução de danos”, uma vez que “não existe uso de drogas isento de riscos”. Entretanto, ressaltam que “a recusa do paciente a se tornar abstinente nunca deveria ser motivo para sua exclusão do tratamento”. Deve-se garantir a possibilidade de o paciente adotar objetivos diferentes da própria abstinência. Isso se aplica especialmente aos casos mais graves de co-morbidade associada, falta de apoio social ou dano cerebral decorrente do uso. Nesse sentido, “a posição do profissional de saúde pode ser contrária às substâncias, mas não aos indivíduos que as utilizam” (p. 343).

Destaca-se ainda que já foram descritos na literatura internacional estudos consistentes acerca da evidência de diminuição de compartilhamento de seringas e da eficiência das terapêuticas de substituição, como por exemplo, de benzodiazepínicos para o álcool e de metadona para opiáceos (MALBERGIER; ANDRADE; SCIVOLETTO, 2003). Tais medidas acarretaram diminuição significativa dos custos sociais, como diminuições de prisões e comportamento criminoso, da mortalidade entre dependentes e aumento do emprego (CRUZ; SAAD; FERREIRA, 2003).

No Brasil, as ações de Redução de Danos para a AIDS, iniciadas a partir de 1992, não foram seguidas pelo aumento do consumo de drogas injetáveis ou da contaminação com o HIV e outras doenças de contágio por via venosa como era a preocupação daqueles que se posicionavam contra a estratégia de Redução de Danos. Ao contrário, há evidências da diminuição progressiva da participação do grupo de usuários de drogas injetáveis entre os novos casos de contágio (BRASIL, 2009b, p.130).

Desde que foram implementadas, as estratégias de RD passaram de uma proposta preventiva a uma das bases que fundamentam a assistência a usuários de drogas (CRUZ *et al*, 2003). Entretanto, em casos de uso excessivo de álcool e outras drogas ainda são necessárias maiores evidências empíricas que comprovem a eficácia do modelo (MALBERGIER; ANDRADE; SAVOLETTO, 2003).

Finalmente, conclui-se que há divergências nos discursos científicos acerca dos limites da eficácia desse modelo junto aos casos mais graves. O modelo enfrenta ainda desafios de ordem jurídica, uma vez que as políticas de segurança pública, ao considerarem os usuários como criminosos, favorecem seu isolamento e dificultam seu acesso aos serviços de saúde e consequentemente, ações efetivas de tratamento e prevenção.

### **3.3 A Construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no Brasil**

No contexto da reforma psiquiátrica brasileira, a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos depende diretamente da construção e fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos de caráter territorial, integral e intersetorial.

Os princípios que orientam as políticas públicas de saúde mental estão inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a criação de redes de serviços e ações deve ser regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. Deve ainda seguir princípios como universalidade, equidade e integralidade.

A FIG. 3 permite compreender a proposta de funcionamento dessa rede.

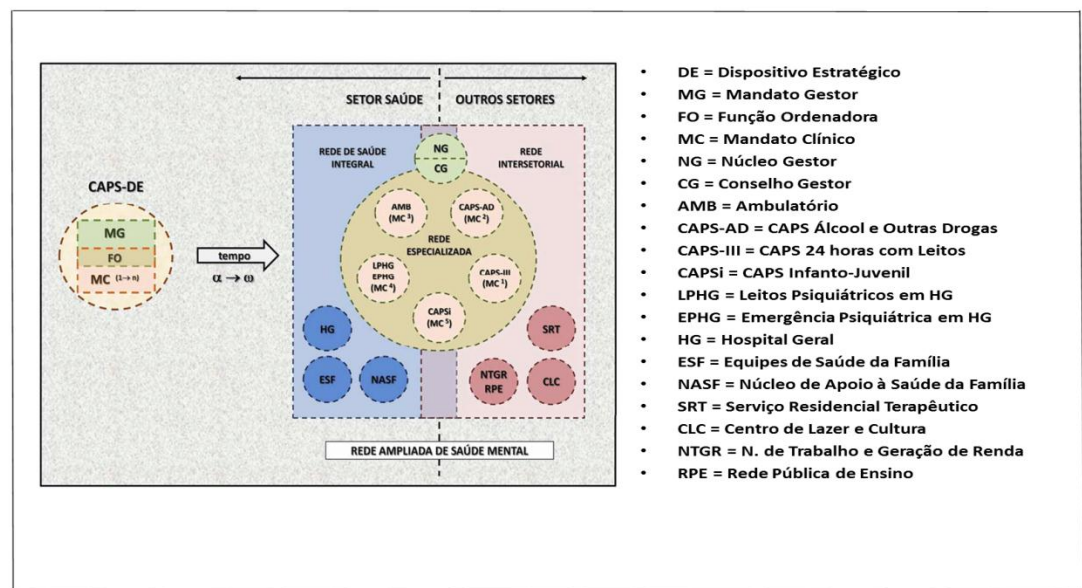


Figura 3: Estratégia CAPS  
Fonte: Ramos, 2010, p. 1

O CAPS destaca-se na FIG.3 como um equipamento central, com função gestora, ordenadora e clínica da rede de cuidados. Para Ramos (2010), no processo de implantação da rede, o CAPS é entendido como uma “semente” que, ao longo do tempo, dará origem à rede territorial de saúde mental. Trata-se de um tempo variável que se estende entre um marco de partida ( $\alpha$ ) e um de chegada ( $\omega$ ) que não podem ser definidos de antemão porque a rede é dinâmica e está constantemente em transformação (RAMOS, 2010).

Os CAPS foram instituídos pela Portaria 224/MS (BRASIL, 1992) que os define como:

Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada (BRASIL, 1992).

Atualmente, os CAPS são regulamentados pela Portaria 336/MS (BRASIL, 2002), a qual amplia sua abrangência e complexidade considerando-o como um equipamento da rede que atende prioritariamente transtornos mentais severos e persistentes, de modo intensivo, semi-intensivo e ambulatorial, segundo a lógica do território, além de supervisionar, organizar e regular os demais serviços de saúde mental. Dessa forma, pretende-se substituir o



modelo hospitalocêntrico, evitando internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos indivíduos e suas famílias.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), o CAPS deve oferecer apoio matricial, o que “é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos”.

Conforme Ramos (2010), o projeto consiste em que, com o tempo, essa função ordenadora do CAPS seja transferida para a rede especializada, através da criação de um conselho gestor, composto por representantes do CAPS ad (álcool e drogas), CAPS III (24 horas), CAPS i (infantil), Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral, Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral e Ambulatório, todos com mandato clínico. A rede especializada deveria trabalhar de forma articulada com outros equipamentos tanto do setor saúde, quanto de setores da assistência social e educação, prevendo a criação de uma rede intersetorial. Do setor saúde fariam parte, principalmente, a Estratégia Saúde da Família, o Núcleo de Apoio Saúde da Família e o Hospital Geral. De outros setores, fariam parte os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Núcleos de Trabalho e Geração de Renda e os Centros de Lazer e Cultura.

Observa-se, ainda na FIG.3, que este modelo de atenção em rede prescindiu do Hospital Psiquiátrico e da Comunidade Terapêutica para o tratamento de usuários de álcool e drogas, embora esses equipamentos, na prática, ainda sejam estratégias de cuidado centrais em alguns municípios. Nesses casos, o autor substituiu a metáfora da semente pela de uma larva, um “organismo” mais complexo cujas “células” iniciais não se restringem apenas ao CAPS, mas incluem também as equipes de saúde da família, o ambulatório especializado, os leitos de atenção integral de retaguarda e o serviço residencial terapêutico. Sua tarefa é a de “infectar” o sistema hospitalocêntrico, desconstruindo (absorvendo) o sistema hospitalar/manicomial pré-existente e transformando-o, por um processo de metamorfose, na rede territorial de saúde mental, conforme mostra a FIG.4:

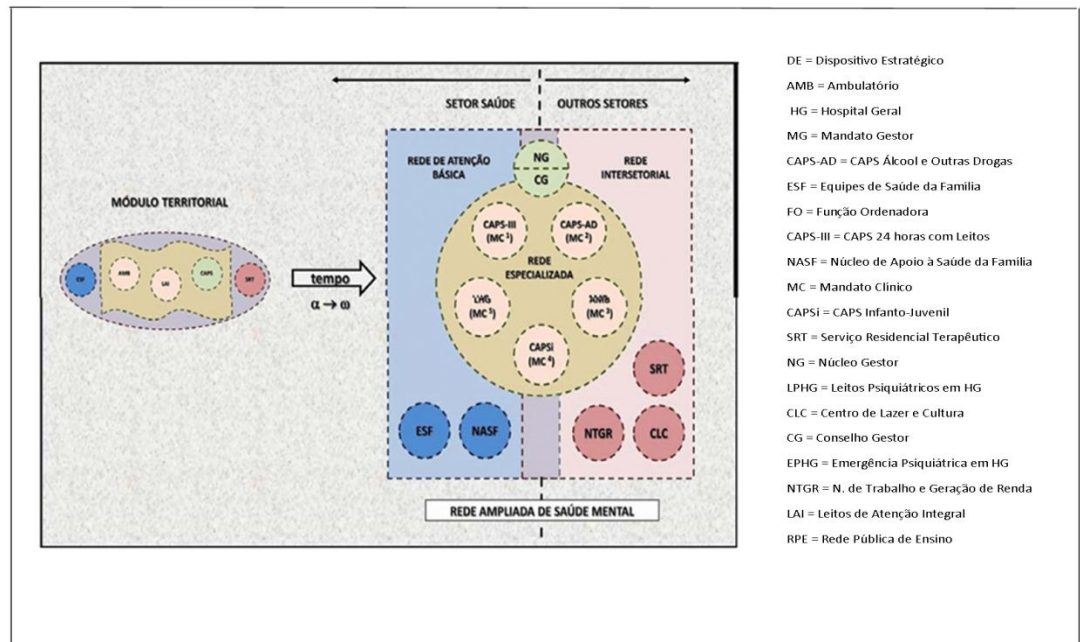


Fig 4: Módulo Territorial  
 Fonte: Ramos, 2010, p.5

Atualmente, a Portaria 3088 (2011c) prevê que a Rede de Atenção Psicossocial deve ser articulada a partir de sete eixos:

- Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio Saúde da Família, Saúde da Família, Consultório de Rua, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centro de Convivência;
- Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II ou III; CAPS ad; CAPS i;
- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas; Pronto-socorro em hospital geral;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil; Comunidades Terapêuticas;
- Atenção Hospitalar: Enfermaria em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental;
- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico, Programa de Volta para Casa e
- Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Se por um lado essa portaria se constitui como um avanço ao instituir as diretrizes para consolidação da rede, por outro lado, pode ser considerada também como um retrocesso político ao não deixar claro de que se trata Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Não seria esse um outro nome para o Hospital Psiquiátrico? Além disso, oferece abertura para a privatização do sistema público de saúde com a inclusão das Comunidades Terapêuticas, espaços fechados que contrariam os princípios essenciais da reforma psiquiátrica.

Deve-se considerar que “uma rede, no entanto, é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município” a medida que pressupõe a presença de um movimento permanente, direcionado para a ocupação de outros espaços da cidade capazes de potencializar emancipação das pessoas com transtornos mentais e com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005b).

A partir dos dados estatísticos apresentados pelo Ministério da Saúde (2012b), verificou-se que, em trinta anos, houve avanços substanciais em termos quantitativos na construção dessa rede. Constatou-se um aumento significativo do acesso à atenção em saúde mental, com forte participação da atenção básica e de ações intersetoriais como a inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Atualmente, conta-se com 1742 CAPS no Brasil, o que representa mais de 60% da cobertura, se for considerado um CAPS para 100000 hab. Observa-se ainda um aumento considerável da área territorial referenciada aos CAPS desde 2002, conforme se observa na FIG.5:

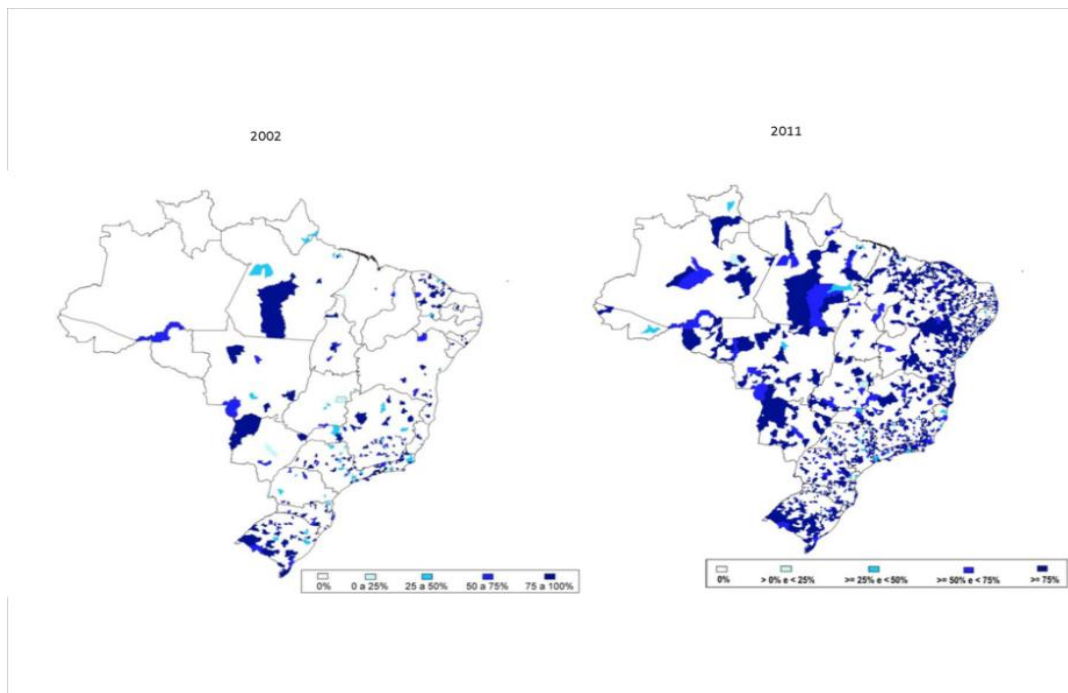


Figura 5: Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao final de 2002 e ao final de 2011 (parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)  
Fonte: Brasil, 2012b, p.10

Os CAPS podem apresentar-se em graus de complexidade I, II e III, dependendo da abrangência territorial (BRASIL, 2011d; 2012b):

**CAPS I** – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Existem 822 unidades no país.

**CAPS II** – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Existem 431 unidades no país.

**CAPS III** – atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Existem 63 unidades no país.

**CAPS ad** – atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. Existem 272 unidades no país.

**CAPS ad III** – atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Existem 5 unidades no país.

**CAPS i** - atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes Existem 149 unidades no país.

Observa-se que a expansão do número de CAPS está ocorrendo concomitantemente à diminuição de leitos psiquiátricos. Cerca de 19.000 leitos em hospitais psiquiátricos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada desde que a reforma psiquiátrica começou a ser implementada. O ano de 2011 fechou com 32.284 leitos em hospitais psiquiátricos, dos quais 49% estão situados em hospitais de pequeno porte, o que indica uma gradativa mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos. Houve um processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação através da criação de 625 Serviços Residenciais Terapêuticos. Da mesma forma, houve um incremento do número de beneficiados com o Programa De Volta para Casa, contabilizando 3961 pessoas (BRASIL, 2012b).

Os recursos empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassam o investimento nas ações hospitalares de forma crescente. No ano de 2011, 72,1% dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias (BRASIL, 2012b).

As ações de Saúde Mental na atenção básica podem ser consideradas os maiores avanços. Em 2011, 1.288 NASF já estavam em funcionamento no país, oferecendo apoio matricial para a Estratégia Saúde da Família. Da mesma forma, foram implementados diversos programas de capacitação em saúde mental e supervisão clínico-institucional para os trabalhadores da atenção ministrados pelo governo federal em parceria com universidades públicas.

Além disso, a mudança do perfil epidemiológico dos usuários levou a criação dos NASF 3, através da Portaria 2.843/10, em setembro de 2010. Os NASF 3 são equipamentos que objetivam promover atenção integral em saúde e saúde mental, prioritariamente destinado a usuários de crack, álcool e outras drogas, em municípios com menos de 20 mil habitantes (BRASIL, 2011d).

Em 2010, os Centros de Convivência contabilizaram 51 ao todo, com destaque para os municípios de Belo Horizonte, São Paulo e Campinas que, juntos, detêm a maior parte deles (BRASIL, 2010). Além disso, a Coordenação Nacional de Saúde Mental utiliza o Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) para mapear as experiências de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental, que já são 640 (BRASIL, 2012b).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d; 2010) admitiu que a criação de leitos em hospitais gerais (HG) ainda é um grande desafio para a consolidação da rede. Estes leitos contabilizam, ao todo, 2568, ao passo que ainda se tem mais de 32000 leitos em Hospitais Psiquiátricos. Os leitos em HG, articulados aos CAPS III, às emergências gerais e aos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas devem oferecer acolhimento integral ao paciente em crise, em diálogo com outros dispositivos de referência para o usuário. Estima-se que a regulação desses leitos de atenção integral seja fundamental para garantir acessibilidade e resolutividade, especialmente nas grandes metrópoles.

Para estimular a qualificação destes leitos, como parte PEAD (Programa Emergencial de Prevenção Álcool e Droga), houve reajuste dos procedimentos para a atenção em saúde mental em HG, no final de 2009 de forma que, pela primeira vez, os procedimentos de psiquiatria em Hospital Geral passaram a ser melhor remunerados do que os procedimentos em Hospitais Psiquiátricos.

O PEAD foi criado, em junho de 2009, com o objetivo de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de drogas em 108 grandes municípios brasileiros. O PEAD se estrutura em diversos eixos de ações: ampliação do acesso ao tratamento em saúde mental; qualificação da atenção, oferecendo formação, supervisão e produção de informação e conhecimento; articulação intra e intersetorial, prevendo a participação social da sociedade civil; promoção de saúde, dos direitos e redução do estigma (BRASIL, 2011d).

Estão envolvidos neste programa CAPS ad, Caps i, CAPS III, Consultório de Rua, Escola de Redutores de Danos, Projetos de Redução de Danos em ação conjunta com setores de Assistência Social, Justiça, Cultura, Esporte. O PEAD também busca qualificar os Hospitais Gerais na atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e necessitam eventualmente de atenção hospitalar. O Plano também investe em pesquisas para investigar o perfil do consumo de crack, os riscos associados e as intervenções clínicas que são eficazes na saúde pública e capacitação de trabalhadores e valoriza ações de equipes de Saúde Mental nas Estratégias Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2010).

O Consultório de Rua nasceu como uma estratégia para promoção de acesso e vinculação de pessoas em situação de rua, com grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de adesão ao tratamento. Através do trabalho no território, visa acolher e ofertar cuidados básicos de saúde; ofertar/motivar para tratamento de agravos relacionados ao consumo de drogas; orientar sobre direitos e políticas públicas em geral e mediar o acesso a estas políticas. Até 2010, já havia 92 Consultórios de Rua articulados à Atenção Básica em todo Brasil (BRASIL, 2012b).

No que se refere à participação social, são realizadas Conferências Municipais e Regionais, etapas prévias às Conferências Nacionais de Saúde Mental. A última, Intersetorial (IV CNSM-I) foi realizada em 2010, em Brasília, contando com 1520 participantes, entre delegados, observadores e convidados. Ao todo, foram realizadas 359 Conferências Municipais e 204 Conferências Regionais (BRASIL, 2010). Todos os estados realizaram Conferências Estaduais. As conferências constituem-se em um importante mecanismo de participação social, que envolve usuários, familiares, trabalhadores e gestores na discussão e elaboração das políticas de saúde mental, conforme preconiza as diretrizes do SUS.

Apesar dos avanços na regulamentação de leis e políticas e na expansão da rede territorial, especificamente na área de álcool e drogas, a maior parte das instituições são de natureza não-governamental no Brasil, dentre as quais destaca-se as Comunidades Terapêuticas (55,2%), os grupos de auto-ajuda (12,9%) e hospitais psiquiátricos (7,5%). A rede de instituições governamentais compõe-se principalmente de CAPS ad (33,7%) e CAPS (23,4%). Os serviços públicos complementares mostram-se ainda bastante restritos: hospitais gerais (2,1%), hospitais-dia (1%) e Residências Terapêuticas (0,5%) (ALVES, 2009).

Dados oficiais do governo federal (BRASIL, 2009b) apontaram que a maior parte das instituições é de auto-ajuda (6.367 instituições, correspondendo a 70% do total das instituições mapeadas). As instituições de auto-ajuda mapeadas podem atuar com os programas Alcoólicos Anônimos (AA), Amor Exigente (AE) ou Narcóticos Anônimos (NA) sendo que a Região Sudeste é a que tem o menor percentual de instituições com esse tipo de programa.

Avanços na construção de políticas intersetoriais também foram relatados, especialmente aquelas direcionadas à saúde mental na infância e adolescência, à interface entre saúde mental e economia solidária e entre saúde mental e direitos humanos. (BRASIL, 2011d).

### **3. 3. 1 Considerações sobre o processo de construção da rede de atenção psicossocial**

Todas as estimativas numéricas apresentadas até aqui revelam que o avanço na criação de uma estrutura de tratamento antimanicomial pública caminha em passos lentos, mas já dá sinais de concretude em termos estruturais no campo técnico-assistencial, onde é possível mensurar a ampliação da rede de serviços substitutivos.

No entanto, a fim de analisar a efetivação da Reforma Psiquiátrica é preciso analisar todos os campos que propõe Amarante (1995b). Para o autor, a reforma psiquiátrica só é possível se houver a transformação dos campos que ele define como:

- Teórico-assistencial: desconstrução de conceitos e práticas sustentados pela psiquiatria e psicologia nas concepções acerca da doença mental e sua cura e construção de conceitos como ‘existência-sofrimento’ do sujeito na sua relação com o corpo social, o paradigma estético, o acolhimento, o cuidado, a emancipação e a contratualidade social;
- Técnico-assistencial: construção de uma rede de novos serviços que ofereçam espaços de sociabilidade, de trocas, com ênfase na saúde como produção de subjetividades; novos equipamentos de saúde mental (Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Convivência, Serviço Residencial Terapêutico, Emergência Psiquiátrica); inovações na administração desses serviços com co-gestão e participação dos trabalhadores e usuários; trabalho em equipes inter e transdisciplinar, rompendo com a hierarquia dos saberes disciplinares.



- Jurídico-político: consolidação de leis municipais, estaduais e federais visando os direitos e o tratamento da pessoa portadora de sofrimento psíquico;
- Sociocultural: transformação do imaginário social a respeito da loucura, com o objetivo de chegar ao conceito de existência-sofrimento e uma representação social do louco como cidadão.

No campo técnico-assistencial, conforme se demonstrou, os números apontam iniciativas de construção de uma rede de atenção psicossocial, entretanto, faltam dados sobre a qualidade dos serviços prestados, as condições de trabalho reais tanto em termos de recursos humanos quanto materiais e as possibilidades concretas de interlocução entre os serviços da rede. Além disso, alguns municípios avançaram visivelmente mais do que outros e ainda há um número considerável de leitos em hospitais psiquiátricos.

No campo teórico-assistencial, observa-se que houve um incremento de publicações carregadas de otimismo nos anos de 1990. Tais publicações, a maioria coletâneas de ensaios e relatos de experiências, estão impregnadas de conceitos da Psiquiatria Democrática Italiana, que propõe os modelos de Reabilitação Psicossocial e Desinstitucionalização em substituição ao modelo da Psiquiatria Tradicional. Esses pressupostos também contribuíram ativamente para a consolidação de transformações jurídico-políticas, embora ainda não tenham sido devidamente incorporados nos processos de formação profissional, especialmente nos cursos de Medicina.

No campo jurídico-político, também é possível constatar que houve conquistas, especialmente a sanção da Lei 10216 (BRASIL, 2001a) que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e de portarias que oferecem diretrizes para a estruturação da assistência e uma série de outras portarias e políticas nacionais que vieram cumprir o papel de institucionalizar novos modelos de funcionamento da rede de cuidados e dos serviços.

Criou-se rapidamente uma nova prescrição de como trabalhar no campo da Saúde Mental, imposta aos trabalhadores muitas vezes de forma dura, não permitindo um campo de manobra na gestão do trabalho. Por outro lado, em outras situações em que essas prescrições foram impostas de forma frouxa, permitiu-se a reprodução do velho no novo, ou seja, mudou-se o nome da instituição de tratamento, o local onde ela se insere, mas não se movimentou as relações de saber-poder instituídas, desconstruindo o muro do manicômio que está no

território, mas não o que está enraizado na cultura, aquilo que Pelbart (1990, p.131) chamou de “manicômios mentais”.

Portanto, apesar do visível desenvolvimento da atenção nos campos teórico-assistencial, técnico-assistencial e jurídico-político, parece ser no campo sociocultural que se localizam os maiores obstáculos a serem enfrentados pelo poder público, trabalhadores e sociedade.

Dentre esses desafios, pode-se apontar: o debate cultural que envolve temas como o estigma de doente, criminoso ou vagabundo que envolve o usuário e a exclusão social dele decorrente; a necessidade de superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico e o papel dos meios de comunicação nesse processo; a formação de recursos humanos; o debate científico relativo à evidência e valor dos resultados do trabalho empreendido em torno da reabilitação psicossocial e da redução de danos e, finalmente, a consolidação de um trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social (AMARANTE, 1995b, p.493).

Apesar dos avanços, o novo modelo proposto apresenta-se bastante vulnerável na atual conjuntura política do Brasil. Estima-se que exista um movimento de contra-reforma, encabeçado de um lado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina, juntamente com Sindicatos dos Hospitais (Sindosp) e, de outro, pela Associação das Comunidades Terapêuticas. Embora imbuídos de discursos diferenciados, da ciência e da religião, ambos questionam a eficiência e legitimidade das políticas vigentes.

Gentil Filho (2002) foi um dos primeiros a questionar a proposta de desinstitucionalização e extinção dos hospitais psiquiátricos e defender sua reforma, humanização e articulação com uma rede de cuidados.

Três temas mostram-se mais recorrentes nesse debate (BRASIL, 2011d):

- A crítica quanto à efetividade da rede de atenção psicossocial e ao “presumido erro” da Política Nacional de Saúde Mental, que teria reduzido os leitos psiquiátricos nos antigos manicômios num ritmo mais rápido que a implantação dos serviços

substitutivos, o que acarreta dificuldade para as famílias de pacientes com doenças graves e persistentes e expõe os pacientes ao risco de desassistência;

- “presumida ausência de diálogo” com as entidades corporativas, que teria “alijado os psiquiatras e os Conselhos de Medicina das decisões e execução das políticas”;
- “presumida incapacidade” da Política Nacional de Saúde Mental e do Ministério da Saúde de dar resposta efetiva ao “grave problema do crack”.

Além disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2009) defende uma proposta de assistência integral baseada em desintoxicação, manutenção de abstinência e prevenção de recaída em que o Hospital Psiquiátrico seja parte integrante da rede de cuidados. A ABP faz uma crítica ao modelo atual apontando que as equipes de atenção básica não são devidamente capacitadas para ações de prevenção, tais como, diagnóstico precoce e educação em saúde mental e álcool e drogas. Aponta que ainda são insuficientes os serviços especializados de emergência em Saúde Mental em Hospitais Gerais, o que sobrecarrega os serviços ambulatoriais e de atenção intensiva que não possuem estrutura para tratar dos casos mais graves. Além disso, estes serviços estariam subfinanciados.

O Conselho Federal de Medicina (2011) considera as normas estabelecidas pelas portarias 336/ 2002 e 224/94 inconstitucionais e antiéticas, uma vez que, segundo sua análise, ferem “às condições de segurança necessárias para a assistência médica aos pacientes e ao próprio ato médico”, alertando os médicos a não aceitarem passivamente essa imposição do Ministério da Saúde.

Esses embates compõem as normas e valores que permeiam o trabalho em saúde mental e, mais especificamente, com usuários de álcool e drogas e vêm aparecendo de forma sistemática nos estudos que abordam direta ou indiretamente o trabalho nos CAPS, especialmente nas publicações dos últimos cinco anos.

### **3.4 O trabalho na saúde: da Clínica Biomédica à Clínica Ampliada**

Procurou-se demonstrar até aqui que as práticas de cuidado se constroem e se modificam ao longo da história, desenvolvendo-se no âmbito das relações sociais e sendo, portanto, sensíveis às relações de poder. Estima-se que tais práticas são influenciadas pelos conceitos do que seja saúde e doença, do que seja o corpo e sua função no tecido social (FOUCAULT, 2001).

Entretanto, além de ser influenciado pela história das profissões de saúde e pelas determinações macro-políticas e econômicas que delimitam o cenário das situações de trabalho, considera-se também que o trabalho em saúde envolve uma relação entre sujeitos individuais e coletivos que agem nas dramáticas do uso de si e que fazem a gestão do seu próprio trabalho (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Começando pela história, considera-se que palavra clínica vem do termo *kliné* que em grego tem a conotação de leito. O clínico é aquele que se debruça sobre o leito do paciente para observá-lo. A clínica médica, a primeira a se constituir, se fundou como uma clínica do olhar e se estruturou através da linguagem. Buscando objetividade, por meio do inquérito e do exame, intervém para agrupar os sintomas, deduzir uma doença e tratá-la (FOUCAULT, 2001).

Embora a clínica médica tenha suas origens na Antiguidade, foi somente com o advento do Capitalismo e do Renascimento que ela se tornou personagem central na reorganização da vida social. A partir do século XVIII, nova forma de lidar com a doença foi instaurada, desenvolvendo-se saberes capazes de controlá-las e de reduzir a mortalidade de forma mais efetiva, garantindo que o corpo enquanto força de trabalho pudesse alcançar maior rendimento. Esse processo se deu através da vigilância contínua, da classificação e separação dos indivíduos e da transformação do saber médico (FOUCAULT, 1986).

As influências da Botânica, da visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza, características daquele período, deram origem ao que se convencionou chamar Modelo Biomédico. A lógica desse modelo é a redução do corpo do doente à sua dimensão biológica, além da sua individualização e parcelamento. Esse modelo ainda hoje predomina nos cursos de formação e nas práticas médicas.

Entretanto, o foco do Modelo Biomédico sobre os processos físicos, tais como a patologia, a bioquímica e a fisiologia de uma doença desconsidera o papel dos fatores sociais ou da subjetividade individual. Esse modelo também ignora o fato de que o diagnóstico é um resultado de negociação entre médico e paciente. Dessa forma, o cuidado se tornou desumanizado e a saúde uma mercadoria, “um produto do processo de trabalho de agentes sociais autorizados e legitimados”. Da mesma forma, os serviços de saúde transformaram-se em territórios de negociações e barganhas sociais onde uma parcela de sujeitos vulneráveis socialmente tem acesso limitado (MAIA; OSÓRIO 2004, p.56).

Barros (2002) destaca que, provavelmente, a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do Modelo Biomédico reside na medicalização. Para o autor, paralelamente ao avanço e sofisticação da biomedicina, verificou-se sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença.

Nesse sentido, a baixa adesão ao tratamento, a iatrogenia, os pacientes refratários ou dependentes do serviço evidenciam a complexidade dos sujeitos e os limites da clínica biomédica (BRASIL, 2009a).

Minayo (1992) cita uma série de estudos que, a partir da década de 1970, procuraram demonstrar que o “crescimento mórbido da medicina” conduziu a ineficiência global do sistema e perda da capacidade da população de se adaptar ao meio social, de lidar com a dor e o sofrimento devido medicalização da vida (ILLICH, 1975). Além disso, a autora aponta que o caráter dominador da atenção médica tem contribuído mais para ampliar o controle sobre o corpo e os eventos da vida humana individual e social (BOLTANSKI, 1979) do que para a melhoria da qualidade de saúde da população (MCKEONWN, 1984). Finalmente, destaca que a atividade médica, na defesa de privilégios corporativos, tem servido mais para atender a interesses econômicos do que para responder às necessidades de saúde da população (BOLTANSKI, 1979; AROUCA, 1975; LOYOLA, 1984).

De modo a garantir a qualidade da atenção à saúde é necessária uma revisão da hegemonia do médico no trabalho em saúde, caminhando no sentido de práticas interdisciplinares (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009), capazes de promover o empoderamento dos usuários no processo de construção da própria saúde.

Historicamente, a ideia de interdisciplinariedade surgiu justamente do questionamento à Ciência Positivista que propunha fragmentar o conhecimento em partes para estudá-lo. Morin (2002 apud SANTOS, 2010), através do que denominou de “o problema epistemológico da complexidade”, assinalou o limite de uma única disciplina para compreensão de um problema e questionou a pretensa objetividade das ciências. Para o autor, o conhecimento é produzido dentro de uma determinada dinâmica histórico-cultural e se constrói a partir de relações intersubjetivas e de embates entre as comunidades científicas. Buscando uma solução para o problema da fragmentação disciplinar do conhecimento

científico, o autor defendeu uma reavaliação constante do papel da ciência e o reconhecimento do limite científico, buscando a diluição da fronteira entre as disciplinas e a superação das hierarquias epistemológicas através de trocas entre os sujeitos do saber e da articulação entre as diversas competências.

Desse modo, no campo da saúde:

A interdisciplinaridade contempla: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde (SAUPE *et al*, 2005, p.522).

Ressalta-se que o termo interdisciplinaridade difere-se de multi, pluri e transdisciplinaridade, outros termos frequentemente empregados nesse campo.

Minayo (1991) aponta que a multi e pluridisciplinaridade consistem na reunião de vários especialistas que focalizam um tema comum sob seu ângulo particular. Iribarry (2003) apoia-se em Japissu (1976) ao afirmar que multidisciplinariedade refere-se a uma gama de disciplinas propostas simultaneamente sem que haja nenhuma cooperação entre elas, enquanto que, na pludisciplinaridade há cooperação, mas não há coordenação entre as ações.

A interdisciplinaridade, segundo Minayo (1991), procura estabelecer conexões entre as disciplinas científicas. Há busca de aprofundamento e síntese entre diferentes saberes, conseguidos na transitividade e complementariedade entre os conceitos. Para Iribarry (2003), a interdisciplinariedade rompe com uma lógica fragmentada, uma vez que “há uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definidas em um nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade” (p.484). Nesse sentido, o autor faz ainda uma crítica à submissão da equipe multiprofissional à disciplina médica neste modelo.

Somente na proposta transdisciplinar há uma coordenação de todas as disciplinas sobre a base de uma axiomática geral, onde os profissionais situam-se “em sua área de origem e na área de cada um dos colegas” (IRIBARRY, 2003, 484).

Para o autor, não basta apenas uma equipe coordenada, é preciso que haja um compromisso com a geração de dispositivos renovados para o trabalho realizado e familiarização com a disciplina dos colegas.

A interdisciplinaridade alcança patamares mais avançados quando o diálogo entre os saberes extrapola um único setor e expande-se na forma de uma rede, quando há um grau de abertura para o diálogo entre setores, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população. Nesse sentido, a intersetorialidade pode ser definida como “processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros.” (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, P. 747).

É nessa direção que a Política Nacional de Humanização, no contexto atual do SUS, propõe a reorganização da clínica como estratégia para promover, ao mesmo tempo, o empoderamento dos usuários na construção da própria saúde e a dos trabalhadores na gestão do próprio trabalho (CAMPOS, 2007), favorecendo a superação da centralidade do Modelo Biomédico e o fortalecimento de uma Clínica Ampliada.

A Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. Reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de uma abordagem ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. Busca integrar vários saberes para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional (BRASIL, 2009a).

Trabalhar nesse enfoque requer, portanto, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas e a ampliação do “objeto de trabalho” (BRASIL, 2009a).

No caso da saúde, o objeto de trabalho é um outro sujeito concreto que influencia, numa relação dialética, o processo de trabalho dos profissionais (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Pensá-lo como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados.

Além disso, é necessário transformar os “meios” ou instrumentos de trabalho, valorizando a escuta, os vínculos e afetos, o diálogo e a informação (BRASIL, 2009a).

As análises do trabalho em saúde realizadas por Mehry (2000) sugerem que, nesse novo paradigma, a "produção de saúde" se dá através de "atos de cuidar" de duas dimensões:

dimensão centrada nos saberes disciplinares e ordens profissionais, de um lado e a dimensão do cuidado, de outro. A primeira refere-se ao predomínio do uso das tecnologias duras (instrumentos) e leve-duras (conhecimento técnico) e a segunda, das leves ou relacionais. Essa última é a única capaz de produzir processos de falas e escutas; relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde; relações de acolhimento e vínculo; posicionamento ético e articulação de saberes para elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares.

O Projeto Terapêutico Singular consiste em um conjunto de propostas e de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. O projeto tem a finalidade de definir hipóteses diagnósticas, definir metas, dividir responsabilidades e reavaliar andamento do processo terapêutico (BRASIL, 2009a).

Entretanto, é preciso reconhecer que, sempre há algo de incógnito no trabalho em saúde, na prescrição do cuidado. “Cada projeto vai provocar cooperação e conflitos entre os profissionais na definição dos problemas prioritários, bem como dos recursos e meios para resolvê-los” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p.724). Para atuar nesse cenário, são convocados os saberes disciplinares que são necessários, porém insuficientes, uma vez que os saberes da experiência e os valores mostram-se fundamentais na gestão do trabalho coletivo em saúde.

“Um contexto de recursos limitados e necessidades sempre múltiplas, ilimitadas e variáveis é propício a conflitos entre atores com diversos interesses, nem sempre convergentes, o que demanda um processo de negociação permanente” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p.723).

Nesse sentido, a criação de Equipes de Referência, Apoio Matricial e suporte para os profissionais de saúde, através de supervisões clínico-institucionais constituem-se em estratégias que podem favorecer a superação da racionalidade gerencial verticalizada, um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com o usuário (BRASIL, 2009a).

É nesse contexto que se nomeia aqui a Clínica da Redução de Danos como um cuidado interdisciplinar e intersetorial que se pauta pelo Modelo de Redução de Danos para estruturar seu discurso e suas ações, mas que se reconfigura constantemente a partir da



concretude das situações vivenciadas no encontro entre técnico-usuário em determinado contexto sócio-técnico.

### **3.4.1 O trabalho nos CAPS**

O trabalho nos CAPS, enquanto serviços de saúde pública, é atravessado pelas normas e valores que perpassam historicamente os discursos e práticas de trabalho em saúde e saúde mental e as políticas públicas constituídas nesse processo, os quais se procurou descrever até aqui. Faltou, entretanto, apresentar o que revelam os estudos mais recentes que se reportam direta ou indiretamente a aspectos do trabalho coletivo das equipes multiprofissionais nos CAPS, quais os avanços e os desafios que foram identificados no processo de transformação do cuidado em saúde mental. A partir de uma revisão de literatura foi possível verificar que tais estudos, em sua maioria, consistem em pesquisas qualitativas, descritivas e exploratórias, que utilizaram a entrevista como principal instrumento para coleta de dados e, portanto, tratam dos sentidos e representações do trabalho para os profissionais.

Abuhab *et al* (2005) teve como objetivo compreender tanto as relações de trabalho quanto as dificuldades e facilidades no trabalho em equipe, através de pesquisa qualitativa em que entrevistas semi-estruturadas com profissionais de um CAPS III foram analisadas a partir do referencial da Reabilitação Psicossocial. O estudo apontou que as reuniões técnicas constituem-se em facilitadores da reflexão sobre si e o trabalho, embora enfrentassem dificuldades como falta de objetividade, falta de conhecimento dos casos por parte de todos os membros da equipe e dificuldades de superar o enfoque pessoal nas reuniões. Os profissionais entrevistados ressaltaram a disponibilidade de todos para o trabalho em equipe, no entanto, as dificuldades de união, integração e articulação da equipe ocorriam devido ao fato de cada um manter-se na sua especificidade, isolado na realização ou no cumprimento de tarefas. Detectou-se ainda falta de planejamento e integração da equipe, manutenção da hegemonia médica, prevalência da medicalização em relação ao trabalho em grupo, deficiências na comunicação verbal e documental e dificuldades de organização do trabalho devido a problemas na infraestrutura da instituição. O apoio do órgão gestor foi apontado como deficiente, dando maior enfoque na realização de tarefas. Os autores concluíram ressaltando a demanda dos trabalhadores por supervisão institucional.

Garcia e Jorge (2006), através de análise fenomenológica e hermenêutica de entrevistas abertas com profissionais de um CAPS, identificaram disposição para a ética da reforma psiquiátrica, embora o trabalho caminhasse ora pela postura de substituição do antigo modelo, ora pela postura de anteposição. Verificou-se ainda cumplicidade no cuidar do usuário, mesmo a custo de sofrimento psíquico.

Koda e Fernandes (2007), através de análise de entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial, a partir de um referencial da Psicologia Institucional e Psicanálise de Grupos, apontaram que as mudanças de paradigmas com relação ao tratamento no campo da saúde mental enfrentam um processo de crise, uma vez que tais mudanças não se dão apenas no campo teórico e prático, mas “atingem o âmbito daquilo que subjaz inconsciente e encoberto nos grupos” (p. 1459). Para os autores, o abandono de antigos códigos norteadores das práticas, ainda que considerados inadequados, envolve ressignificação de laços vigentes, o que é vivido como ameaça e acarreta instabilidade psicológica e social.

Nunes *et al* (2008) analisou signo, significados e práticas de saúde mental através de pesquisa etnográfica complementada por entrevistas e grupos focais com todos os profissionais de um CAPS. O autor demarcou três modelos de atenção coexistentes: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial com ênfase na instituição e o psicossocial com ênfase no território, revelando pontos de conflito entre os profissionais na forma de vislumbrar a Reforma Psiquiátrica desejada e o alcance das práticas nesta perspectiva. No entanto, salientou que a despeito das diferenças e conflitos entre os profissionais, havia uma evidência inquestionável de transformação do cuidado quando comparado ao modelo asilar.

Bueno e Caponi (2009), procurando situar o discurso com o processo de Reforma Psiquiátrica, analisaram qualitativamente entrevistas com profissionais de um CAPS. Assinalaram, entre outros aspectos, que o discurso dos profissionais aparece permeado de compreensões e tensões próprias do complexo social da Reforma Psiquiátrica e que a implementação de uma rede de atenção psicossocial no município em questão foi facilitada por profissionais engajados na Luta Antimanicomial e pela inexistência de hospital psiquiátrico e cultura antimanicomial no município. No entanto, a discussão teórico-conceitual que fundamenta o trabalho apareceu relegada a um segundo plano.

Leão e Barros (2008) tiveram como objeto as representações dos profissionais de um CAPS acerca das práticas de inclusão social, colhidas através de entrevistas semi-estruturadas, analisadas a partir do método de análise do discurso e discutidas com base nos pressupostos da Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. O estudo apontou que os discursos revelaram concepções representativas do modelo psiquiátrico tradicional em contraposição às novas perspectivas do modelo psicossocial.

Vasconcellos e Azevedo (2010) investigaram os elementos imaginários e afetivos dos vínculos subjetivos dos trabalhadores de um CAPS, valendo-se do referencial da Psicossociologia para análise do material empírico recolhido através de um estudo de caso que contou com observação participante e entrevistas. O estudo identificou que as falas refletiam um movimento de afastamento e evitação de estratégias manicomiais de cuidado, investimento psíquico e identificação com a proposta da reforma, embora o embate entre o passado manicomial e o presente da reforma psiquiátrica irrompa “de modo estridente”. A reunião de equipe/supervisão foi apontada como fator que contribui para fomentar um apelo reflexivo, para alimentar e difundir o sentido de substituição do modelo manicomial. As relações entre técnicos e usuários sugeriram uma aproximação e diminuição da assimetria característica do antigo modelo. Identificou-se que havia novos sentidos para assistência, embalados pelo êxito eventual e grandiosidade do projeto, embora a insuficiência de suporte material, a gravidade dos casos e a baixa valorização social do trabalho acarretassem sofrimento. A dinâmica prazer-sofrimento se colocava, portanto, a partir da grandiosidade do projeto e da impossibilidade de executá-lo.

Uchida *et al* (2011) buscaram investigar a relação entre sofrimento e prazer no trabalho, bem como as dificuldades e estratégias criativas desenvolvidas pelos trabalhadores de um CAPS através de uma Ação de Psicodinâmica do Trabalho. Através de encontros grupais com os trabalhadores, os autores identificaram um forte engajamento tanto clínico quanto político dos trabalhadores com o serviço e com os usuários, o que trazia consequências para os processos de trabalho, para as relações de sofrimento e prazer no trabalho, para a realização de si e a construção identitária. Apontaram alguns aspectos que criavam um distanciamento entre o sentido e as crenças que esses trabalhadores tinham em relação àquilo que consideravam um atendimento de qualidade e aquilo que podiam efetivamente realizar. Dentre esses aspectos, destaca-se a necessidade de criar novas formas de trabalhar, a definição de novos processos de trabalho, a dificuldade de prescrição de atividades em um serviço onde

as rotinas são mal definidas e a falta dos recursos necessários. Os trabalhadores questionavam-se quanto a efetividade do serviço diante das dificuldades de desligamento dos usuários do serviço e relatavam fadiga decorrente das exigências cognitivas de atenção constante e das exigências afetivas que uma relação de maior proximidade com os usuários exigia, tendo, ao mesmo tempo, que marcar limites entre a vida pessoal e profissional. Os autores ressaltaram que, apesar de tentarem estruturar uma rotina, os profissionais eram frequentemente interpelados pelas variabilidades do contexto, as quais exigiam flexibilidade e desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas tais como a criação de uma equipe solidária e cooperativa.

Esse estudo constitui-se em parte de um projeto de pesquisa interdisciplinar mais amplo, cujo relatório foi organizado em um livro por Lancman (2008). Além da análise documental das políticas públicas de Saúde Mental, os pesquisadores analisaram o trabalho em um CAPS I e uma UBS a partir de diferentes perspectivas teóricas - Análise Organizacional, Análise Ergonômica do Trabalho e Psicodinâmica do Trabalho - e encontraram resultados coincidentes. Lancman e Silva (2008) chamam a atenção que boa parte do trabalho era invisível para os gestores e não resultava em indicadores de produtividade ou de qualidade compatíveis com o processo de produção nem com o valor do serviço realizado. Essa situação dificultava também para o trabalhador avaliar o próprio desempenho, além de não favorecer ou não disponibilizar os recursos necessários para sua realização. Essa invisibilidade aparecia tanto na relação da unidade com o exterior, como em sua organização interna, na concepção do trabalho, na reprodução do modelo no qual os trabalhadores baseavam sua prática e em sua racionalidade subjetiva. Além disso, a interação entre os profissionais fortalecia os laços do coletivo e favorecia o desenvolvimento dos processos de regulação que permitiam tanto minimizar a carga de trabalho individual quanto absorver uma quantidade maior de usuários. As soluções criadas frente ao aumento da pressão interna do serviço consequente ao aumento da demanda mostravam-se igualmente invisíveis e se revertiam em sobrecarga, comprometendo o trabalho coletivo. Nesse contexto de ausência de suporte material e psíquico, o engajamento antimanicomial mostrou-se fundamental para continuar a trabalhar apesar de tantas carências, embora pairasse a dúvida sobre a viabilidade da proposta. Finalmente, as autoras destacaram, como principais desafios, a necessidade de planejamento e otimização de recursos; o equacionamento da demanda com a quantidade de trabalhadores; melhor funcionamento da rede de serviços; instituição de novas formas de interação capazes de vencer o isolamento dos serviços e a solidão dos trabalhadores; incentivo

para maior participação dos trabalhadores na gestão das transformações necessárias e intensificação de treinamentos e supervisão.

Nardi e Remminger (2007) analisaram entrevistas com trabalhadores de saúde mental de diversos serviços brasileiros a partir das ferramentas de jogos de verdade propostas por Foucault. Os autores apontaram que a experiência lhes mostrava que os entraves para a efetiva implementação da reforma não estavam na falta de vontade política ou de recursos financeiros. Citaram Perbart (1991) para inferir que talvez estivessem nos “manicômios mentais” e questionaram se a Desinstitucionalização só seria possível com trabalhadores militantes. Nesse sentido, advertem que a Desinstitucionalização só se dá diante da transformação das relações de saber/poder instituídas pela Psiquiatria. Para tanto, é preciso avançar nas relações de trabalho, nos processos de subjetivação dos trabalhadores em sua relação com a loucura, ou seja, no modo como os trabalhadores se relacionam com o conjunto de verdades que atravessa seu trabalho, vendo-se ligados ao cumprimento de certas regras que permitem o seu reconhecimento enquanto trabalhador de saúde mental. Desse modo, pressupostos da Reforma Psiquiátrica, impostos como uma norma que não pode ser problematizada, não condiz com sua própria essência democrática. Os autores identificaram ainda que, ao longo da história, predominaram três diferentes formas de subjetivação: o discurso religioso, o discurso médico (técnico-científico) e o discurso da cidadania/da interdisciplinaridade que começou a disputar poder com o médico a partir da reforma psiquiátrica. Discutem que o trabalhador de saúde mental se constrói atualmente no embate entre esses discursos, ou seja, na crença de que cuidar é uma forma de caridade, de que a ciência não pode faltar no tratamento da loucura e de que é preciso implicação política e afetiva para construção de um novo modo de se relacionar com a loucura. Os resultados mostraram sinais de adoecimento entre os trabalhadores, no entanto, apesar da prática ainda estar distante da teoria, constatou-se uma afirmação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Ao mesmo tempo, destacaram também relatos de angústia frente aos casos que não faziam laço e de cansaço diante da necessidade de sempre ter que inovar. Finalmente, os autores fizeram uma crítica aos processos de exclusão de trabalhadores que não compactuavam com a nova verdade instituída.

### **3.4.2 O trabalho no CAPS ad**

Quanto ao trabalho nos CAPS ad, as pesquisas mostraram-se escassas e recentes, mas já apontando para alguns desafios a serem enfrentados pelos profissionais e gestores para consolidação da Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e drogas.

Souza *et al* (2007), através de observação participante em CAPS ad, descreveram uma rede de serviços relativamente desconexa, porém com vastas possibilidades para complementaridade da atenção. Os autores chamam a atenção para uma organização do trabalho verticalizada, típica da hierarquia baseada no Modelo Biomédico. Essa verticalização foi identificada também nas relações entre técnicos e usuários, o que aparecia, inclusive, na delimitação do espaço físico. Segundo os autores tal delimitação se atribuía, principalmente, a uma ideia de periculosidade em relação aos usuários. Além disso, apontaram que havia um engajamento insuficiente dos profissionais com a proposta psicossocial devido à influência de sua formação médico-hospitalocêntrica, o que os levava a reproduzir alguns aspectos da lógica manicomial, tais como, a dominância do processo de fragmentação do trabalho, o predomínio da alienação do sujeito como fato social e a divergência entre o grau de desenvolvimento da tecnologia e o grau de desenvolvimento da força de trabalho.

Pinho (2009), através de uma pesquisa qualitativa que envolveu entrevistas com onze trabalhadores e observação participante em um CAPS ad, apontou contradições entre o discurso focado no Modelo Psicossocial e a prática focada em modelos atrelados à normatividade social. Identificou prevalência de modelos associados a uma assistência psiquiátrica tradicional e modelos adaptativos, tendo como meta a abstinência, em oposição ao que orienta política nacional. Embora a oficina tenha sido referenciada como principal elemento reabilitador, na maioria das vezes, acabava reproduzindo a lógica do entretenimento. Da mesma forma, embora os discursos se pautassem na preocupação com a cidadania e inclusão social, verificou-se a inexistência de projetos terapêuticos individuais. As atividades externas foram consideradas fundamentais pelos entrevistados para a inserção social, no entanto, o autor considera que para tanto seria necessário considerar a construção de uma rede social para os usuários. Nesse sentido, identificou-se um empenho dos profissionais na construção de uma rede de encaminhamentos para profissionalização e comercialização dos produtos das oficinas, mas não de possibilidades efetivas de contratualidade e trocas sociais. O mesmo se observou na inserção dos sujeitos em abrigos, o que não é sinônimo de habitar. Finalmente, concluem que a intervenção na rede social se restringia à família e não previa transformações no espaço cultural.

Tal resultado se confirmou no estudo realizado por Shiwokawa (2010), cujo estudo sugeriu uma baixa resolutividade e uma ineficiência do CAPS ad em alcançar seu principal objetivo, a reinserção social dos indivíduos. Através de entrevistas estruturadas e padronizadas com usuários, além de análise documental em um CAPS ad, o autor detectou ainda falhas na integração da rede primária de atenção à saúde e avaliou que, apesar das qualidades do CAPS ad citadas pelos pacientes e profissionais, este dispositivo apresentava-se insuficiente como modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Alves (2009), em pesquisa etnográfica em um Caps ad e Silva (2006) através de pesquisa social de caráter qualitativo que utilizou entrevistas semi-estruturadas, pesquisa documental e observações sistemáticas, apresentaram resultados mais otimistas. Ambos apontam o CAPS ad como estratégia potente para a atenção psicossocial, humanizando o cuidado e promovendo o resgate da cidadania de usuários e famílias. No entanto, os estudos concordam também que a organização das práticas de saúde revelou-se vulnerável à conjuntura política e à fragilidade das redes de saúde e intersetoriais.

Alves (2009) destacou que a parceria do serviço com uma universidade proporcionou supervisão e qualificação técnica para equipe, o que foi apontado como um fator facilitador para o trabalho, enquanto que a inclusão social dos usuários foi considerada como um desafio. Outros avanços referiram-se à prática humanizada e compromissada com o resgate da cidadania e com a articulação da rede de serviços.

Silva (2006), por sua vez, ressaltou a capacidade da equipe em estabelecer vínculos terapêuticos, adequar o projeto às necessidades e características dos usuários e de possibilitar sua interface com outros serviços. Além disso, verificou que apesar dos desafios enfrentados, havia evidências de redução do consumo, abstinência, melhoria da saúde e qualidade de vida dos usuários e reestabelecimento de vínculos afetivos e sociais, o que sugeriu efetividade do serviço. Entretanto, promover a abstinência e evitar a recaída se mostravam como objetivos organizadores das práticas em contraponto ao que é preconizado pelo Modelo de Redução e Danos.

Na mesma direção, Fodra e Costa-Rosa (2009), através de observações participantes e grupos de discussão apontaram que, embora a concepção do objeto proposto às instituições de saúde se encontre no paradigma psicossocial, a resposta ainda era centrada no tradicional. Quanto ao modo de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais, os

autores destacaram que o poder decisório entre a equipe já caminhava na direção da horizontalização, porém, não era estendido aos usuários, aos familiares e à comunidade. Os autores entenderam que a interlocução com o território para estabelecimento de uma instância de diálogo e escuta ainda era um desafio e que o processo terapêutico visava ainda à mudança de vida do usuário como condição para inclusão e pertencimento social.

Santos (2010) procurou analisar o trabalho multiprofissional em CAPS ad através de análise de entrevistas e grupo focal com usuários e profissional. O autor chamou a atenção para a existência de uma forte tensão entre o tradicional e o novo nos atendimentos aos usuários, a partir de um esforço cotidiano da equipe em referenciar-se ao referencial teórico-político da Reforma Psiquiátrica. No entanto, esses esforços vinham sendo minados por estarem inseridos num contexto social e histórico neoliberal de práticas hierarquizantes e excludentes. Além disso, destacou a existência de relações de poder verticalizadas, onde o saber médico prevalece sobre os demais e onde o poder decisório, centrado na gestão municipal, não é discutido com a equipe. As condições de trabalho precarizadas também apareceram como um elemento dificultador para o trabalho. Finalmente, avaliou que o trabalho em equipe caracteriza-se mais como multi do que como interdisciplinar, uma vez que havia trocas de informações entre os profissionais, mas não havia deliberação coletiva nem respeito à diversidade de saberes, assim como não se identificou aproximação do fazer com o refletir teoricamente e nem a criação de uma axiomática própria.

De todos os estudos mencionados acerca do trabalho coletivo nos CAPS e CAPS ad, os organizados por Lancman (2008) foram os que mais se aproximaram, tanto teórica quanto metodologicamente, da proposta desse estudo por privilegiarem o ponto de vista do trabalho em suas análises.

Entretanto, sem a pretensão de efetuar uma análise crítica detalhada das pesquisas, é necessário focalizar um aspecto que permaneceu quase intocado em grande parte dos estudos descritos: o trabalho real. Tendo o cuidado de não homogeneizar o conjunto dessas pesquisas, foi possível identificar que uma parte importante dos autores elaborou suas análises e reflexões somente a partir das representações dos sujeitos sobre o próprio trabalho. Esse ponto remete precisamente à problemática dos fundamentos epistemológicos da base teórica presente nessas pesquisas.



Verificou-se que a maior parte dos estudos descritos, seja através da análise do conteúdo das entrevistas, seja através das descrições do contexto, tendem a fazer uma análise que nem sempre considera as variabilidades inter e intra individuais presentes nos trabalhadores, nos usuários e na organização do trabalho. Ao privilegiar os resultados do trabalho, correm o risco de desqualificar as invenções locais que os trabalhadores desenvolvem para dar conta das variabilidades que não estão previstas nas tarefas impostas pelas diretrizes teórico-políticas. Concorda-se com Guérin *et al* (2001, p.18) que pesquisas sobre o trabalho que privilegiam o discurso e não consideram a dimensão da atividade obterão sempre “uma abordagem mutilada das situações de trabalho”.

Entretanto, as questões apontadas pelos estudos empíricos referenciados confirmam que a atividade de trabalho não é mera reprodução do que é prescrito, mas uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho (GUÉRIN *et al*, 2001). Destaca-se a identificação de uma prática que oscila entre o tradicional e o novo (GARCIA; JORGE, 2006; KODA; FERNANDES, 2007; SOUZA, 2010) ou de um discurso focado no novo que se contrapõe a uma prática focada no tradicional (LEÃO; BARROS, 2008; PINHO, 2009; VASCONCELOS; AZEVEDO, 2010; FODRA; COSTA-ROSA, 2009; SANTOS, 2010). Estima-se que gerir essa distância entre o real e o prescrito pode tornar-se fonte de sofrimento para os profissionais tanto nos CAPS, quanto nos CAPS ad. Isso ocorre na medida em que as prescrições deixam de ser um norteador para o trabalho e tornam-se obstáculos para as regulações necessárias.

Além disso, identificou-se que as condições materiais de trabalho, a construção de uma rede articulada que ofereça retaguarda ao tratamento e a superação da hegemonia do papel do médico são alguns dos principais desafios apontados em quase todos os estudos referenciados.

Embora vários estudos apontem que a prática oscila entre os modelos psicossocial e o manicomial, deve-se considerar que as mudanças são recentes e os processos de formação nem sempre estão coerentes com os proposta, conforme bem salientou Souza *et al* (2007).

É necessário salientar também que apesar dos desafios apontados, identificou-se um reconhecimento da transformação do cuidado, uma reafirmação dos ideais da reforma psiquiátrica, da aversão ao modelo manicomial e a necessidade da criação de espaços para repensar e reformular as práticas e teorias de forma contínua.

## 4. A CONSTRUTIVIDADE DO PROJETO TERAPÊUTICO: DAS NORMAS ÀS RENORMALIZAÇÕES

### 4.1 O CAPS II ad: o Projeto institucional

O CAPS II ad foi criado em 2008, como parte da rede municipal de saúde mental de uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, regulamentado pela Portaria 336/02 (BRASIL, 2002). Esse serviço foi o primeiro CAPS especializado em álcool e drogas dessa rede, embora já houvesse outros CAPS III. Conforme aponta a seguinte verbalização, o projeto nasceu do reconhecimento de que havia uma população que demandava um tipo de serviço especializado de saúde mental que a rede ainda não dispunha.

A proposta de atendermos usuários dependentes de álcool e múltiplas drogas aqui é muito em função disso, a gente tinha uma rede, um projeto estruturado, uma política posta. Quando o ad entra, ele entra para atender uma clientela que não estava sendo atendida nesta rede, vírgula, atende-se, tanto que a regional *tal* tem pacientes que eram deles e hoje eles encaminham para nós com diagnóstico só de álcool e drogas... Centro de Saúde, muitos atendiam e continuam atendendo, mas tem uma gravidade que estava indo para os leitos dos hospitais psiquiátricos, indo para comunidade terapêutica (e vão continuar a ir algumas demandas), mas essa clientela é onde estava o grande hiato. Então o que a gente faz? Vamos abrir sim, é um ad, a proposta é essa, que seja para atender especificamente essa clientela que não era prioridade no outros CAPS. A prioridade era o psicótico, o neurótico grave (P1).

De acordo com a norma instituída pela Portaria 336/02 (BRASIL, 2002), o CAPS II ad deve constituir-se em um serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local, responsabilizando-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território. Deve ainda possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local, coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental. Além disso, é atribuição do CAPS ad realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos excepcionais, funcionando de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas e mantendo de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

A Política Nacional de Atenção Integral ao usuário de álcool e drogas (BRASIL, 2003) ampliou e detalhou melhor tais atribuições dos CAPS ad:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Em consonância com as normas definidas pelo Ministério da Saúde, no que se refere à especificidade local, Lobosque (2003) salienta que os CAPS, de um modo geral, devem funcionar em regime de porta aberta, ou seja, de acolhimento de demandas sem marcação de dia ou hora; romper com uma lógica hospitalar, não referenciando usuários para internação em hospital psiquiátrico; dispor de uma estrutura física que se assemelhe a uma casa; não delimitar os espaços de convivência entre técnicos e usuários e cujo portão de entrada deve se constituir num elemento de negociação para entradas e saídas.

O projeto institucional do CAPS ad foi organizado, a princípio, nos moldes dos demais CAPS do município e em conformidade com as especificidades das diretrizes políticas para atenção especializada em álcool e drogas. De acordo com este projeto, o CAPS ad estudado atém-se principalmente a atendimentos em caráter de urgência de casos de uso prejudicial e de dependência de álcool e outras drogas.

Eu tenho uma política de saúde mental que dá sustentabilidade para esse serviço e não tem outra cara que a gente tenha que ter que não seja de serviço substitutivo. Nós somos *substitutivos* e nós trabalhamos com *Redução de Danos*. É desse lugar que temos que responder (P1, *grifos nossos*).

Destacam-se nessa fala dois objetivos institucionais norteadores das práticas: ser substitutivo e trabalhar com Redução de Danos. Constatou-se através de diversas falas e observações uma preocupação em não reproduzir estratégias manicomiais de disciplina e controle e em não referenciar usuários diretamente para hospital psiquiátrico. Percebeu-se também uma preocupação com a reabilitação psicossocial dos usuários como condição para alta. Contudo, observou-se que, apesar do repúdio ao discurso manicomial, o saber psiquiátrico tradicional, no que se refere ao diagnóstico e prescrição de fármacos, permanece em interface com práticas inovadoras, até mesmo como terapia de substituição em alguns casos, auxiliando o usuário a lidar com a compulsão ou sintomas depressivos decorrentes da abstinência. Em relação a trabalhar com redução de danos, o serviço se propõe a acolher diariamente o usuário mesmo que esteja intoxicado, partindo do pressuposto de que “não é melhor ele ter vindo para cá do que ter ficado numa festa virando dia?” (P1). Embora a abstinência seja um objetivo desejável, não é condição para estar em tratamento.

Deve-se considerar que o serviço surge num contexto sócio-histórico de transição entre um modelo assistencial orientado pela dimensão biológica da doença, que atua centrado nas tecnologias duras e leve-duras (MEHRY; FRANCO, 2003) para um modelo que incorpora a dimensão relacional (tecnologia leves) e prioriza a dimensão psicossocial no processo de produção de saúde através de um trabalho interdisciplinar, articulado a uma rede intersetorial de cuidado e da humanização do cuidado. Especificamente no campo da saúde mental, Silva *et al* (2008, p.99) chamam atenção que as demandas “são aquelas que sustentarão a vida, o mais independente e autônoma possível”, o que implica em desenvolver ações de inserção social privilegiando os três eixos propostos por Saraceno (2001): casa, trabalho e rede social.

A tentativa nossa é de ser o menos excludente possível porque se eu limito muito eu vou excluir um tanto de gente que não vai dar conta de estar aqui (P1).

Outro diferencial do CAPS que às vezes a gente sustenta, mas nem sempre a gente consegue sustentar é essa questão da reinserção social (P1).

Não se pode deixar de considerar que como serviço público, os objetivos e normas que o sustentam, na maior parte das vezes são definidos nas esferas hierárquicas superiores, que utilizam critérios genéricos para sua organização e planejamento (número de pessoal, tarefas, financiamento, recursos físicos e materiais) e que nem sempre consideram as dificuldades enfrentadas no trabalho real. A concretização desses objetivos depende de que haja condições para que sejam incorporados enquanto valores que sustentam as escolhas realizadas pelos sujeitos frente aos debates de normas que vivenciam na sua atividade.

Silva *et al* (2008) citam Zafirán (2001) ao considerar que o valor de um serviço consiste na transformação das condições de atividade do usuário, avaliadas como positivas e válidas por ele. No contexto da saúde, os autores salientaram que quando uma doença é cuidada e debelada, ela transforma as condições de atividade dos usuários na medida em que, ao permitir a ele retomar sua condição de saúde, amplia suas possibilidades de agir. Especificamente na saúde mental,

A doença mental pode ter características que tornam tanto mais difícil a definição de objetivos e do valor do serviço: muitas vezes, é uma doença crônica, caracterizada por surtos e remissão de sintomas e sem cura. Não há um resultado final, algo que conceitue um processo com começo, meio e fim bem definidos. Essa intangibilidade do resultado final traz uma série de dificuldades operacionais para administrar o serviço (SILVA *et al*, 2008 p. 114).

Assim como identificou Silva *et al* (2008, p. 121), o CAPS ad, foco deste estudo, também se caracteriza como uma organização pública e politizada, ou seja, os “métodos e critérios de decisão escapam à lógica do mercado” ao mesmo tempo que se “luta para definir a visão de mundo que prevalecerá como política de saúde” e não pelos resultados imediatos (p.114).

Nesse sentido, um dos pressupostos dos CAPS, segundo Lobosque (2003), seria questionar a clínica tal como foi constituída ao longo da história das disciplinas Psi (Psiquiatria, Psicologia, entre outras), politizando-a e retirando dela “a função tradicional de controle social, feita em nome dos ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho pela autonomia e independência das pessoas” (LOBOSQUE, 2003, p.11). Trata-se de oferecer “uma ajuda que se exerça sem domínio” (p.21). Procura-se rever uma prática que visa adaptar o indivíduo à sociedade, negando sua subjetividade ao garantir que o sujeito, inserido em seu meio social e cultural, seja capaz de sustentar sua diferença.

Lobosque (2003, p.19) esclarece que nos CAPS, a clínica não tem um lugar e nem se constitui em um eixo orientador das ações. As “ações estratégicas são de ordem diversa,

levando-nos a interferir no âmbito da política, do direito, das legislações da cultura, do trabalho”.

Consonante com essas proposições, verificou-se que o projeto institucional previa oferecer aos usuários os seguintes dispositivos:

- Acolhimento e tratamento das demandas que nem sempre são do usuário, muitas vezes são da família ou do poder público. Cabe aos profissionais que realizam o acolhimento cuidar para que seja estabelecido um vínculo e mobilizar uma rede de apoio ao usuário tanto da família quanto do serviço e da rede de atenção psicossocial, construindo conjuntamente um projeto terapêutico que possa atender a essa demanda. Essa fase inicial do tratamento permite estabelecer um diagnóstico do potencial da rede de apoio e dos recursos existentes na rede e na comunidade para responder às demandas do usuário. O acolhimento deve funcionar todos os dias da semana de 7h às 19h, em regime de porta-aberta, ou seja, em qualquer dia e horário para o usuário e familiar que procure o serviço. Em finais de semana e feriado, os profissionais devem se revezar em regime de plantões.
- Permanência Dia: caracteriza-se pelo tratamento intensivo ou semi-intensivo. O usuário deve contar com uma equipe interdisciplinar que ofereça suporte nos períodos de desintoxicação e abstinência, com atendimento médico, medicamentoso, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, assembleias, espaços de convivência, alimentação, atendimentos individuais e atendimento familiar, refeição e transporte. Além disso, dispor de quatro leitos para desintoxicação e três refeições diárias: café da manhã, almoço e café da tarde. Estima-se que, em breve, oferecerá também hospitalidade noturna.
- Atendimento ambulatorial: atendimentos individuais previamente agendados com o técnico de referência ou com o médico de referência.

A previsão é de que visitas domiciliares e busca ativa de usuários faltosos sejam menos comuns que nos demais CAPS, em função da amplitude da abrangência territorial do serviço, embora a equipe tenha reconhecido que pode lançar mão desses recursos se for avaliada a necessidade. Ao invés de centralizar tais ações, procura-se estabelecer parcerias com os Centros de Saúde da região adstrita para desenvolvê-las. No mais, o projeto institucional atendia às diretrizes políticas instituídas.

#### **4.1.1 Espaço físico**

Apesar de caracterizar-se como um serviço de urgência, observou-se que o serviço procurava romper com a lógica hospitalar, a começar pelo espaço físico. O imóvel era alugado, situado em uma chácara localizada dentro do perímetro urbano. Dispunha de um espaço amplo, arborizado e limpo por onde os usuários tinham a liberdade de circular. Havia uma quadra de esportes aberta, a qual foi destinada para estacionamento por não oferecer condições estruturais para a prática de esportes; uma piscina que podia ser utilizada nos finais de semana e nos horários de Educação Física; espaços destinados a atividades coletivas e convivência (um salão para atividades corporais e grupais e uma sala de televisão), refeitório, cozinha, sala de plantão conjugada com a gerência, quatro consultórios para atendimento individual, recepção, farmácia, quarto com quatro leitos de urgência clínica e sala de enfermagem.

Havia também um espaço ao ar livre onde era permitido fumar e outro com uma mesa grande onde os usuários desenvolviam atividades artesanais espontaneamente e onde, eventualmente, eram realizadas assembleias e oficinas.

A sala de gerência, a sala de plantão e a sala de enfermagem procuravam manter a porta aberta garantindo uma proximidade maior entre gerência, trabalhadores e usuários. Observou-se que a sala de plantão constituía-se num espaço privilegiado para trocas de recursos e informações entre os profissionais. Entretanto, embora não impedisse, estima-se que a disposição dos cômodos dificultava o intercâmbio entre técnicos de enfermagem e profissionais de nível superior.

Os consultórios e farmácia permaneciam fechados de modo a garantir a privacidade dos atendimentos individuais e o maior controle da armazenagem e dispensação de medicamentos, respectivamente.

A portaria também ficava fechada e o porteiro controlava a entrada e saída de usuários através da folha de Permanência Dia, onde constava o nome de todos os usuários admitidos no serviço para tratamento intensivo ou semi-intensivo e dos respectivos profissionais de referência. Esse controle não significava que os usuários fossem impedidos de entrar ou sair, mas tinha o intuito de otimizar a gestão dos recursos necessários ao cuidado: dispensação das medicações, refeições e planejamento das atividades. Com o mesmo objetivo, a lista da PD

era divulgada também para áreas específicas do serviço: portaria, recepção, farmácia, plantão e cozinha.

Segundo a gerência, o local onde foi instalado o primeiro CAPS ad não era o melhor em termos de acesso para os usuários e nem de maior demanda epidemiológica. Sua escolha se deu, principalmente, em função da disponibilidade de imóvel adequado ao projeto na época. Ainda segundo a gerência, pretende-se abrir pelo menos mais três CAPS ad na cidade que possam ofertar, inclusive, hospitalidade noturna. Considera-se que, além da indisponibilidade de imóvel adequado, a dificuldade para contratação de médicos, em especial de psiquiatras, estivesse atrasando tanto a abertura de novos CAPS ad, quanto à ampliação dos dispositivos ofertados no serviço, entre os quais a hospitalidade noturna.

#### **4.1.2 População trabalhadora**

De acordo com a Portaria 336/02 (BRASIL, 2002), a equipe de um CAPS deve variar conforme sua modalidade e complexidade. Para o CAPS II ad, a equipe mínima para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, deveria ser composta por:

- a- 01 (um) médico psiquiatra;
- b- 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c- 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d- 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e- 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O CAPS ad estudado contava com um gerente que tem formação de psicólogo, mas que exercia somente função administrativa na unidade. O gerente respondia a uma coordenação municipal de saúde mental, composta por um psiquiatra e um psicólogo e estes, à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal. Possuía uma equipe de profissionais de nível superior, denominados *Técnicos Superiores de Saúde (TSS)*, dentre os quais, três terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos, três enfermeiros, dois assistentes sociais; uma equipe médica



com dois médicos clínicos; uma equipe de dezenove técnicos e auxiliares de enfermagem e uma equipe de apoio: dois porteiros, dois motoristas, profissionais de serviços gerais, auxiliares administrativos, conforme mostra o organograma na FIG.6.



Figura 6: Organograma do CAPS ad  
Fonte: elaborado pela autora

O CAPS ad dispunha também de funcionários “emprestados” de outros serviços de saúde como um educador físico, que atua em dois períodos da semana e um auxiliar de manutenção que cumpre 40 horas semanais. No início das observações, havia um psiquiatra que cumpria 40 horas semanais, mas que pediu demissão. Segundo a gerência, o número de médicos estava em defasagem. De acordo com o projeto institucional, deveriam ser cinco médicos, entre generalistas ou clínicos e psiquiatras, em regime de 20 horas semanais, mas apesar da possibilidade institucional para contratação, no período da observação, não se alocou novos profissionais e um dos médicos clínicos saiu de licença-maternidade. No encerramento das observações, restava apenas um médico generalista cumprindo 20h/semanais.

A política de contratação era através de concurso público municipal, no entanto, todos eram concursados, exceto os terapeutas ocupacionais e um dos médicos, que foram

contratados temporariamente através da análise de currículo ou indicações. No caso dos terapeutas ocupacionais, os concursos estiveram sob judice por onze anos e no dos médicos, a situação se devia provavelmente à rotatividade desses profissionais. Verificou-se que no período de três anos de existência do serviço, seis médicos foram admitidos e apenas um permaneceu no serviço durante esse período, porém com carga horária reduzida. Outro setor em que foi relatada rotatividade foi o de farmácia.

A carga horária da gerente era de 40 horas, da equipe de profissionais de nível superior, 20 horas, divididas em quatro dias de cinco horas e os técnicos de enfermagem se revezavam em plantões de 12 por 36. Três técnicas de enfermagem eram diaristas, duas das quais, responsáveis pela dispensação de medicamentos, revezavam-se em turnos matutino e vespertino de segunda a sexta. Embora fosse desejável, o serviço não dispunha de um farmacêutico. A equipe de apoio também trabalhava em turnos.

A equipe de nível superior era heterogênea. Apenas dois profissionais eram do gênero masculino, um enfermeiro e um psicólogo. Os demais profissionais eram do gênero feminino. Quanto às idades, a maioria era relativamente jovem, entre 25 e 35 anos e grande parte estava no serviço há três anos, desde sua criação, embora um enfermeiro e um assistente social já trabalhassem como funcionários públicos no setor Saúde da Prefeitura Municipal há mais tempo. A maior parte tinha pós-graduação em Dependência Química ou Saúde Mental. Uma minoria possuía experiência anterior em outros CAPS ad da região metropolitana, consultório de rua, DST/AIDS ou clínica especializada em álcool e droga. A equipe de enfermagem também era composta da maioria de mulheres e dispunha de alguns profissionais cursando ou graduados em Enfermagem e com experiência anterior em outros serviços de saúde.

Observou-se que o CAPS ad dispunha de uma equipe com praticamente o triplo do número de profissionais definidos pela Portaria 336/02 para CAPS II, com exceção dos profissionais médicos. Apesar disso, considera-se que o número de profissionais, de um modo geral, estivesse se tornando insuficiente frente ao crescimento expressivo da demanda.

#### **4.1.3 Perfil dos usuários**

O objeto de trabalho da equipe multiprofissional do CAPS ad foi definido em reunião como “usuários com quadro de dependência ou uso abusivo e prejudicial de álcool e outras

drogas, conforme critérios descritos pelo CID 10 (OMS, 2000). Usuários com co-morbidades psiquiátricas devem ser referenciados para o CAPS de sua área territorial” (Diário de Campo).

No último levantamento institucional, referente a maio de 2011, o CAPS ad atendia em média 140 usuários, 50 dos quais em permanência-dia, ou seja, de modo intensivo e os demais, em atendimento ambulatorial. No período referido, eram realizados em média seis acolhimentos por dia. Esse número é crescente e, em outubro de 2011, já havia uma média de 80 pessoas em permanência-dia, com índice de absenteísmo em torno de 30%.

Desde a abertura do serviço já tinham sido acolhidos 2350 usuários no total. Trata-se de uma clientela bastante heterogênea, cuja maior parte é composta de homens, na faixa etária dos 40 anos. No entanto, a idade dos homens variava entre 19 e 71 anos e das mulheres, entre 20 e 63 anos, em maio de 2011.

Quanto à droga de uso, no mesmo período, 52% eram usuários de álcool, 32% de crack, 11% de múltiplas drogas, 5% de cocaína.

É importante ressaltar que o perfil social também se mostrou bastante variado. Havia tanto usuários em situação de extrema vulnerabilidade social, como os moradores de rua, quanto aqueles que tinham suporte familiar e vínculo com trabalho. Embora o serviço oferecesse acesso universal à população, seguindo as diretrizes do SUS, observou-se que o nível socioeconômico da maior parte dos usuários caracterizava-se como de baixa ou nenhuma renda.

#### **4.2 As tarefas e os processos de trabalho no CAPS ad: a Clínica de Redução de Danos**

A Portaria 336/02 (BRASIL, 2002) define como tarefas para a equipe multiprofissional:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

No CAPS ad, as tarefas prescritas foram redimensionadas de modo a se adaptarem a realidade local, sem perder o norte colocado pelas políticas nacionais e pelo contexto sócio-histórico das políticas de saúde mental do município. As tarefas dos profissionais dividiam-se mais em função dos processos de trabalho previstos do que da especificidade da formação profissional. De acordo com Snewar *et al* (2008, p. 161), essa estratégia organizacional demonstrou favorecer o desenvolvimento de “um conhecimento mútuo entre os trabalhadores da equipe, permite maior flexibilidade na condução das atividades, extrapolando a visão funcionalista de tarefa, uma vez que frequentemente são exigidas outras competências além daquelas próprias à profissão”.

As tarefas prescritas para os TSS - psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais - eram pouco diferenciadas e consistiam basicamente no plantão de acolhimento, permanência-dia (PD) e atendimento ambulatorial.

Os médicos, clínicos ou psiquiatras, desenvolviam também atividades pouco diferenciadas entre si nas tarefas de plantão de acolhimento e atendimento ambulatorial, as quais consistiam basicamente no diagnóstico clínico e psiquiátrico, prescrição da medicação, atualização mensal das prescrições e outras condutas em situações de urgência e emergência clínica e psiquiátrica.

As tarefas dos técnicos e auxiliares de enfermagem envolviam a organização da farmácia (separação, administração de medicamentos e controle de estoque), a assistência (executar protocolo de acolhimento, participação ou coordenação de oficina, aferir os sinais vitais e fazer evolução diária dos prontuários de todos os usuários da permanência dia, atender intercorrência, administrar medicamentos injetáveis) e o acompanhamento do transporte.

Enfermeiros deviam executar algumas tarefas além daquelas que compartilhavam com os demais técnicos: realizar reuniões educativas, organizar escalas e supervisionar a

atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem; promover ações de educação em saúde e atendimento de enfermagem com os usuários; controle e administração da farmácia.

Todos os profissionais deveriam participar das reuniões semanais de equipe e, a cada vinte e um dias, da supervisão técnica, realizada em conjunto com os serviços regionais de saúde mental.

A partir do exposto, buscar-se-á demonstrar de que forma as atividades dos diferentes profissionais se articularam frente aos objetivos definidos, qual a racionalidade que perpassou suas decisões e ações nos diferentes processos de trabalho coletivo, no período em que a pesquisa de campo foi realizada, atentando para a tríade saberes, valores e agir competente.

#### **4.2.1 Plantão de acolhimento**

O usuário pode chegar ao CAPS ad de diversas formas, encaminhado por outro serviço, trazido pelo SAMU, pela família, pela polícia ou por demanda espontânea. O acolhimento inicia-se na portaria, onde o usuário se identifica e é encaminhado para o setor apropriado.

Paciente chega, ele [porteiro] checa se é um paciente que está indicado para PD. Se não estiver indicado para PD, ele vai ligar. Antes ele tinha que descer, agora ele liga e fala: “olha, o fulano de tal chegou e não está na lista, qual é a conduta?” A gente não manda ele embora, nenhum deles, obviamente, mas assim, manda para o ambulatório, manda para a recepção. Fala assim: “Fulano, você não vai entrar para a PD, vai entrar na recepção que um técnico vai vir conversar com você”. “Fulano tá intoxicado. Ele chegou, tô percebendo aqui que ele tá intoxicado, não tá bem, tal, tô segurando ele aqui um pouquinho”. E aí eu falo: “olha, faz sinal para a enfermagem subir que o plantão tá indo (P1).

Uma vez que o usuário for encaminhado à recepção, se tratar-se da primeira vez no serviço, deve informar seus dados pessoais. No caso de um reacolhimento, o auxiliar administrativo localiza sua ficha no sistema e direciona o usuário para uma avaliação da equipe técnica de enfermagem. A equipe de enfermagem então faz uma primeira triagem. Cabia ao técnico de enfermagem, nesse primeiro contato, aferir sinais vitais, detectar sinais de intoxicação ou abstinência. Embora não sigam protocolos instituídos para atendimento prioritário de urgência/emergência, se for avaliado risco de vida, o usuário tem prioridade de atendimento com o profissional médico de plantão. Se não houver médico disponível no plantão, o TSS de plantão é acionado para tomar as providências cabíveis, no caso, entrar em contato com SAMU ou encaminhar para UPA.

Via de regra, após a avaliação da Enfermagem, o usuário aguarda o atendimento com o TSS de plantão que fará o acolhimento da demanda de tratamento.

Mas normalmente, como que funciona? No primeiro acolhimento, ele passa por um Técnico Superior de Saúde não-médico, então, nós vamos ofertar essa primeira escuta (P4).

Primeiramente, o TSS vai avaliar se há urgência/emergência clínica ou psiquiátrica e se o serviço tem condições de responder a ela, se há médico no plantão, se há condições de ofertar uma resposta com as tecnologias disponíveis.

Urgência clínica, uma intoxicação de moderada a grave ou um quadro de síndrome de dependência alcoólica moderada a grave, esses casos, quando chegam aqui, trazidos pelo SAMU ou pela família, a gente vai dar o encaminhamento para procurar a UPA porque esse é o momento da clínica, clínica médica, porque se ele tiver uma parada ou qualquer outra coisa grave, não temos condições de ofertar uma resposta (P5).

Se a urgência for considerada gerenciável, o usuário será direcionado para um leito, onde permanecerá durante o período de funcionamento do serviço. Caso seja avaliada necessidade de hospitalidade noturna, o usuário será encaminhado para o SUP ou para a UPA.

Se o caso não se configurar como uma emergência, o TSS avaliará a necessidade da avaliação do médico de plantão que, juntamente a ele e o próprio usuário, definirão um projeto terapêutico, direcionando o usuário para frequentar permanência-dia ou ambulatório. Nesse caso, o TSS se tornará o *Técnico de Referência* do usuário. Se o usuário já estiver sendo acompanhado por um médico no Centro de Saúde, normalmente, opta-se por manter esse vínculo e trabalhar em parceria com o médico do outro serviço de modo a facilitar seu retorno para o acompanhamento no Centro de Saúde no momento posterior à alta. A seguinte verbalização descreve como se dá o processo de tomada de decisão para um dos trabalhadores entrevistados.

Aí, nesse acolhimento, o paciente, ele pode, por exemplo, às vezes, ele está vindo do Centro de Saúde, às vezes ele vem com uma receita médica, já tem um médico que acompanha, às vezes ele até já está se dando bem com aquela medicação. Dependendo, se ele está bem com esse vínculo, a gente mantém esse vínculo médico. Ele pode até ser inserido em Permanência Dia e continuar tomando a medicação dele, não tem problema. Então, às vezes a gente mantém esse vínculo com o Centro de Saúde. Então, não necessariamente, ele vai passar pelo médico aqui. Às vezes, vai ser só eu que vou estar acompanhando ele. Por que é interessante isso em muitos casos? Porque quando o paciente recebe alta daqui, a gente encaminha para o Centro de Saúde. Então, se ele já está com vínculo bacana, de longo prazo, é melhor manter porque, se desvincular, depois tem que vincular de novo. Então, tem casos que são assim. Agora quando é muito grave e o paciente não tem muita autonomia, aí, realmente, é necessário ter um atendimento médico aqui. Às vezes, não vai conseguir tomar medicação no horário, às vezes é um paciente mais confuso, é importante que tome o remédio aqui até dar um organizada nisso. Então, nós vamos avaliar a necessidade de ter uma avaliação médica, a partir do quê? A partir das queixas do paciente. Então ele vai trazer sintomas mais corporais e também psíquicos que

precisam de medicação. Então, se apresenta fissura ou se está em abstinência, então, são coisas médicas, para atendimento médico, então, dependendo da necessidade, a gente vai pedir uma avaliação do médico que pode ser naquele momento, se o paciente estiver com uma abstinência mais grave, algo que ele precise mesmo de uma medicação imediata e dependendo, às vezes, dá até para agendar. Se der para esperar, então, a gente agenda com o médico. Aí, ele vai ter também uma *referência médica* (P4, *grifo nosso*).

Enquanto tarefa prescrita, os critérios considerados para admissão na PD devem ser de evidências de uso prejudicial ou dependência de álcool e drogas associada à vulnerabilidade social (fragilidade de vínculo com rede social e trabalho). A indicação para permanência no serviço deve considerar não só as condições clínicas e psicossociais, mas também o risco e a impossibilidade de atenção de outros serviços. Casos de uso prejudicial ou dependência que possuem um suporte social devem ser encaminhados para ambulatório e casos de menor gravidade, para o Centro de Saúde, onde receberá atendimento com equipe matricial de Saúde Mental. Sobretudo, deve-se considerar o interesse e/ou a motivação do usuário para o tratamento no processo de admissão.

Eu acho que o mais difícil é quando o sujeito não quer tratamento porque fazer isso num acolhimento é muito difícil. Primeiro, porque ele tá começando a te conhecer. Primeiro, você tem que estabelecer uma relação transferencial com ele para que ele possa até mesmo pensar em um tratamento. O problema maior é quando ele vem com uma demanda que não é dele, é da família, da justiça, da abordagem de rua, da polícia que traz, né? (P5).

A partir dessa descrição inicial, foi possível elaborar um fluxo (FIG.7) acerca dos processos de decisão previstos no trabalho coletivo realizado no plantão.

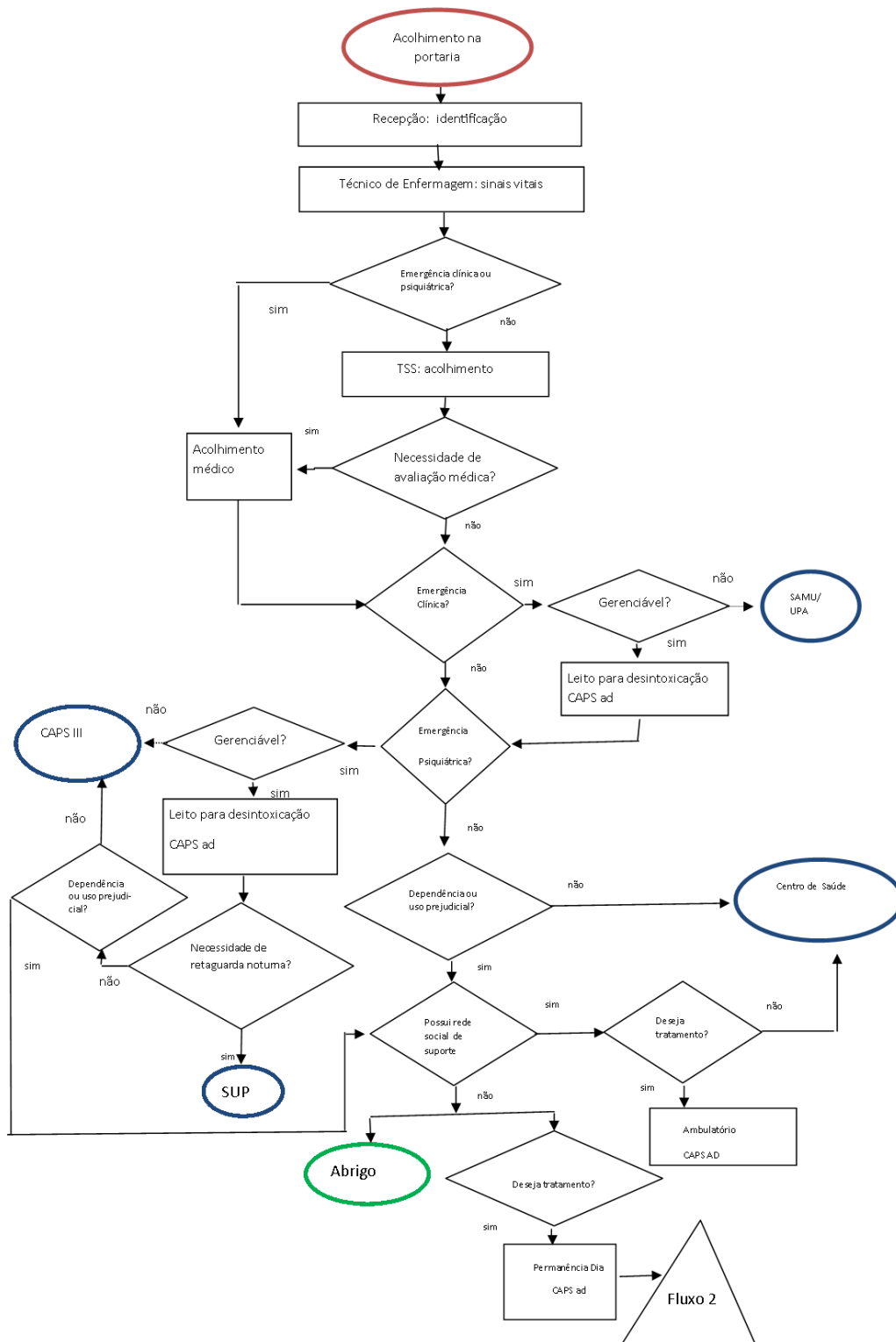


Figura 7: Fluxo 1 - acolhimento no CAPS ad  
 Fonte: elaborado pela autora



Alguns problemas enfrentados no plantão estão diretamente relacionados às microdecisões que os profissionais têm que tomar relativas ao referenciamento dos casos, tanto no que concerne à admissão em permanência-dia, agendamento para atendimento ambulatorial, quanto aos encaminhamentos. Observou-se que essas microdecisões se baseiam em alguns critérios que são compartilhados entre os profissionais, entre os quais, os sinais e sintomas descritos pelo CID 10 para caracterização de uma síndrome de dependência de substâncias psicoativas ou uso prejudicial, intoxicação aguda ou abstinência, bem como, de outros transtornos mentais que possam estar a ela associados. Consideram-se ainda aspectos da história social e ocupacional, conforme se verifica nas seguintes verbalizações:

Eu penso que o paciente para estar aqui é aquele paciente grave. O que eu chamo de grave? É o usuário de múltiplas drogas ou só de álcool ou específico de uma única droga que está perdendo já os laços com a família, laços com o trabalho, perdas de qualquer área de sua vida em função desse uso abusivo, que não é mais um uso esporádico, social, uma pessoa que está criando uma relação de dependência com a substância seja ela qual for. Esse é nosso usuário. Esse é o paciente que talvez não esteja aqui todos os dias porque talvez ele tenha ainda alguma área de competência de sua vida. Talvez o trabalho ainda é preservado, mas já está começando a enfraquecer. Esses casos podem ficar, talvez não diariamente, pode vir só fim de semana, alguns dias da semana, só para atendimento com grupo, oficina. Mas a maioria dos casos que a gente recebe, quando recebe já são pacientes que vêm já muito graves (P5).

Para ser um caso para cá, para o CAPS ad, então, caracteriza um quadro de dependência ou uso abusivo que é nossa prioridade, agora, para definir ambulatório ou PD é preciso colher a história clínica, fazer uma anamnese, então, a história do consumo, tratamentos anteriores, história familiar, social, vínculos de trabalho atuais ou não, ações trabalhistas. Então, a gente tenta abordar esses aspectos para ter uma dimensão de gravidade. Os casos que forem mais graves, que tiverem fazendo uso abusivo, diário, com perdas sociais mais graves, vínculos familiares mais frágeis, conflitos, normalmente, esses pacientes são indicados para permanência dia e aqueles que estão conseguindo manter, por exemplo, vínculo de trabalho, ainda que estejam fazendo uso mais abusivo, mas que conseguem fazer um vínculo de trabalho, tem um suporte familiar, normalmente, esses pacientes ficam em ambulatório (P4).

É importante salientar que as normas que orientam as ações são tidas como flexíveis e não são passíveis de se aplicar a todos os casos como um protocolo. Conforme apontou Lobosque (2003, p.33) verificou-se que, para os profissionais, “é preciso considerar cada caso”, a “singularidade” porque o acolhimento é, sobretudo, “uma escuta qualificada” que avaliará, juntamente com o usuário, os recursos que poderão atender ao seu caso.

Nesse sentido, há indícios de que essa avaliação considera também outros fatores, ou seja, os critérios são renormalizados por cada profissional de acordo com as condições de trabalho dadas e os seus próprios valores. Considerando a demanda, a retaguarda médica, os TSS acabam sendo responsáveis pela regulação da porta-de-entrada, de modo a manter a qualidade do serviço, por um lado e por outro, gerir a carga de trabalho. Grande parte dos

entrevistados consideraram que a qualidade do serviço estivesse caindo à medida que a demanda estava aumentando porque não tinha um limite de quantos usuários o serviço poderia acolher. Essa regulação da porta-de-entrada acabava sendo feita pelos próprios profissionais, priorizando a admissão em PD somente de casos avaliados como muito graves e com maior demanda para o tratamento. Dessa forma, a escolha de quem deveria ser inserido na PD, por vezes, se constituía em uma dramática à medida que a normas e os valores que a orientavam eram conflitantes. Se por um lado, não se pode fechar a porta, por outro, é preciso focar o tratamento.

Apesar de muitas vezes ocorrer um embate entre os técnicos, uns encaminhamentos, aquela coisa de empurra, quando eles ficam *p.* que tem alguém empurrando paciente porque está dando trabalho lá, não quer ficar, o serviço tá cheio, parará, *a gente não pode fechar a porta.*[...] [O usuário] Chega demandando muitas outras coisas, o técnico fica naquela, vou por, não vou por. Ele quer banho, comida, outra coisa. Na realidade ele está buscando um abrigo e não um tratamento. [...] *Claro que tem que focar o tratamento*, óbvio. Um serviço desse tamanho, com o custo que tem, o investimento que tem, você tem que focar o tratamento. Que a gente saiba manejar aí porque a demanda, porque é de abrigo, porque é de família, que muitos não vão estar procurando, mas tem uma demanda espontânea grande” (P1, *grifos nossos*).

Uma vez que o usuário é admitido, é feito um contrato com ele, explicitando as normas de funcionamento, horários e atividades que poderá participar. O TSS que se tornará seu técnico de referência deve avaliar ainda a necessidade de transporte na Kombi ou de vale transporte.

Além disso, os novos casos são apresentados na reunião de equipe pelo técnico de referência, onde será discutido, conjuntamente com outros profissionais, seu projeto terapêutico. Da mesma forma, algumas questões sobre as quais o TSS tem dificuldades de resolver sozinho no momento do acolhimento, ele conta com a parceria de outros TSS ou médicos que estiverem no serviço naquele momento na sala de plantão. Esses são momentos em que se opera um diálogo interdisciplinar entre os profissionais para a condução dos casos, mas esse diálogo depende das condições de trabalho e da disponibilidade dos próprios profissionais. Em situações em que há grande volume de acolhimento, por exemplo, o constrangimento temporal dificulta essas trocas. Considera-se ainda a importância do reconhecimento mútuo e do compartilhamento de objetivos e valores na conformação dessas entidades coletivas relativamente pertinentes. Nesse sentido, observou-se situações em que o TSS e o médico acolheram os usuários juntos como estratégia para otimizar o tempo e as decisões.

A partir das observações e entrevistas, foi possível colher verbalizações que indicavam ainda que as decisões tornavam-se mais penosas diante da ausência de médicos no serviço. Uma estratégia para minimizar o impacto de tal ausência era compartilhar o caso com outro profissional que estivesse na sala de plantão, conforme já foi exposto. Outra estratégia era o encaminhamento para avaliação médica no Centro de Saúde do território adstrito. Nesses casos, o TSS ligava para o Centro de Saúde e agendava uma avaliação médica, mas nem sempre se conseguia agendar consulta com a demanda de urgência necessária. Essa interlocução com o Centro de Saúde era valorizada também por outros aspectos como garantir um cuidado de saúde integral, avaliando a existência de co-morbidades clínicas ou da necessidade de atendimento odontológico e atualizando o cartão de vacina. Essas foram vantagens mencionadas por alguns profissionais para efetuar essa parceria.

Quando há emergências, conforme já foi exposto, o TSS de plantão deverá entrar em contato com o SAMU, o CAPS III de referência (que tem médico psiquiatra de plantão) ou a UPA para pedir orientações ou socorro. Dependendo do caso, se o usuário já tiver histórico de tratamento de transtorno mental no CAPS III, pode ser também encaminhado para lá. Casos que não se configuram como uso abusivo ou dependência são encaminhados para o Centro de Saúde da região adstrita. Parcerias com Abrigos do Terceiro Setor também podem ser estabelecidas em casos de vulnerabilidade social. Essa articulação coletiva com a rede de saúde do município será tratada de forma mais detalhada no item 4.3.

Por hora, retoma-se a noção de competência para analisar os processos de decisão efetuados no acolhimento. Considerando a competência enquanto “um agir aqui e agora”, onde a atividade consiste em “um encontro de singularidades, de variabilidades a gerir” que está no centro da dialética entre “o impossível e o invivível” (SCHWARTZ, 2010c, p. 205-206), questiona-se: o que leva o TSS ao agir em competência nessa atividade?

Estima-se que a atividade do profissional no plantão depende de um raciocínio que envolve de um lado os saberes instituídos, os protocolos científicos: “quadro de dependência ou uso abusivo? Vulnerabilidade?” (ingrediente 1) Isso é colocado em dialética com os saberes investidos, o que já se vivenciou em casos semelhantes na experiência de trabalho: “quando chega um caso de *tinner*, eu falo: ai meu Deus!”(P2) (ingrediente 2). Todas essas informações permitem elaborar um esquema mental geral que “antecipa um certo número de eventos e de problemas a gerir. No entanto, é preciso, conforme aponta Schwartz (2010c, p.211) “fazer circular o caso típico e a pessoa [...], um trabalho mais complicado que consiste

em tentar resolver de imediato, em estabelecer uma relação entre o tipo, definido abstratamente, e a pessoa singular” (ingrediente 3): “Quem é essa pessoa? Qual a função que a droga exerce na sua vida?”(P5) ou “PD é preciso colher a história clínica, fazer uma anamnese, então, a história do consumo, tratamentos anteriores, história familiar, social, vínculo de trabalho atual ou não, ações trabalhistas...”(P4).

O processo de decisão remete também “ao estado de uma relação entre a pessoa e o meio, no qual lhe é demandado agir”(ingrediente 4), o que remete às normas e aos objetivos com os quais se compartilha, de apropriar-se do serviço no qual trabalha, de transformar em patrimônio, do quanto o meio lhe permite agir, do prazer no trabalho. Quanto a esse aspecto, verificou-se que, para aqueles cujo meio não permite obter prazer e reconhecimento, não condiz com seus valores pessoais, o ingrediente 4 opera uma descontinuidade que pode dificultar a potencialização dos ingredientes anteriores (ingrediente 5) e da capacidade de engajar-se no coletivo de trabalho (ingrediente 6), acarretando sentimentos de solidão e sofrimento. A análise desses últimos elementos será aprofundada no capítulo 6.

#### **4.2.2 Permanência dia (PD)**

A PD, enquanto forma de tratamento intensivo, disponibilizará ao usuário uma série de dispositivos de tratamento que serão coordenados por um TSS que estiver escalado para essa tarefa, conjuntamente com os técnicos de enfermagem.

A função da PD é estar junto com o plantão no dia a dia. Dar uma olhada na casa, organizar a casa, responder algumas demandas que são da PD, não necessariamente do acolhimento. [...] Um suporte para esse plantão (P1).

De acordo com o projeto inicial, a tarefa do TSS na PD envolvia dar retaguarda para o plantão, gerenciando a organização do carro para o transporte diário de pacientes de permanência-dia, a dinâmica de funcionamento do serviço, coordenando oficina e/ou grupo terapêutico, assembleia, além de realizar atendimentos individuais dos usuários ou familiares dos quais é referência na PD, circular entre os usuários para identificar demandas e dar encaminhamentos e executar outras atividades inesperadas, não programadas.

A rotina é organizada de modo que sejam ofertadas pelos menos duas oficinas e uma assembleia por dia. A função considerada principal na PD é ser um medidor da proteção,

“favorecendo o acesso a espaço livre da droga e a construção de novas relações” (Diário de Campo).

A fim de realizar essa tarefa é necessário que haja um trabalho coletivo que envolva todos os profissionais que estiverem no serviço naquele dia, conforme mostra o fluxo previsto para o usuário em PD na FIG.8.

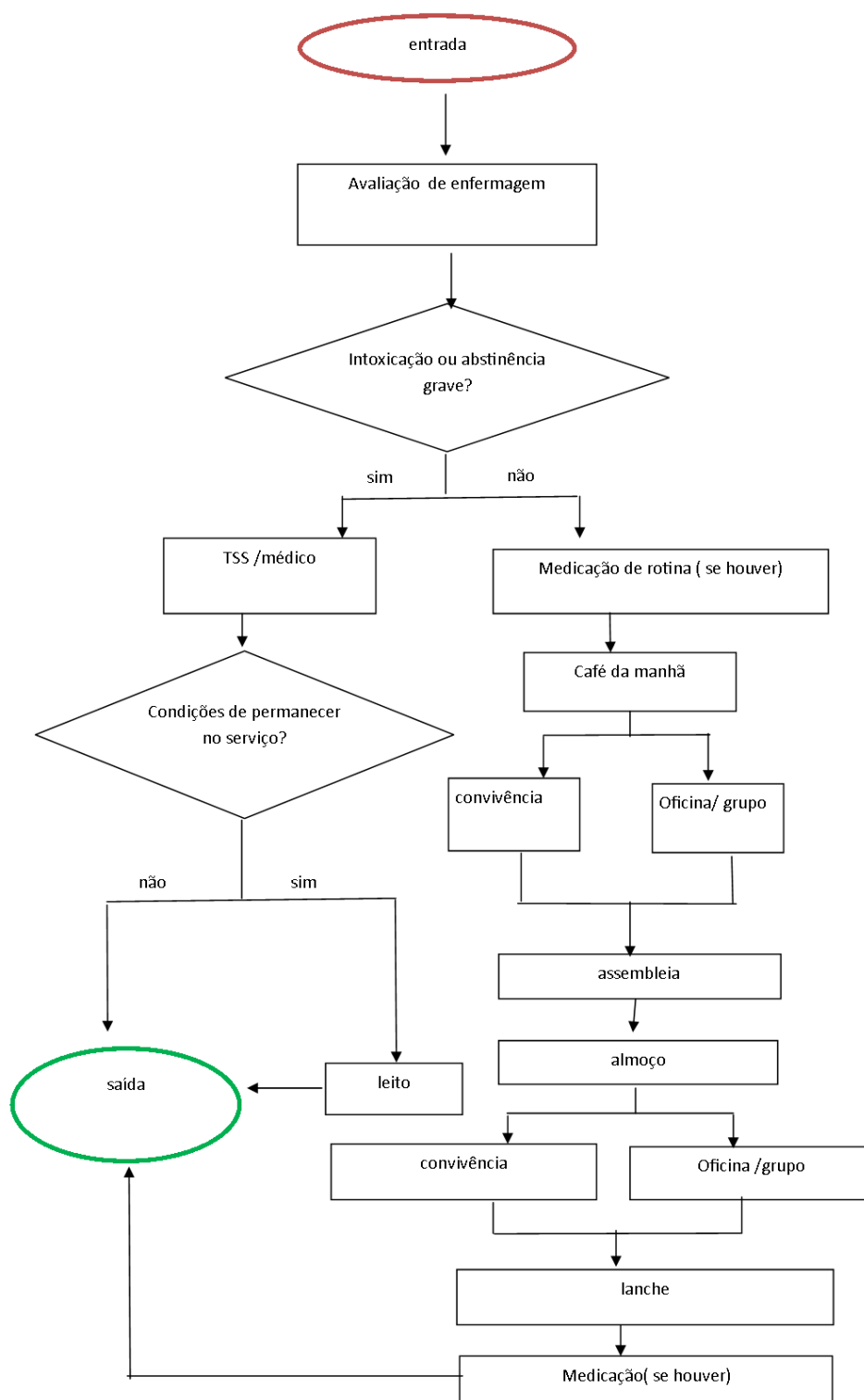


Figura 8: Fluxo 2 - Permanência Dia no CAPS ad  
 Fonte: Elaborado pela autora

Da mesma forma como ocorre com o plantão, diariamente, o usuário em PD, quando chega ao serviço, passa por uma avaliação da equipe técnica de enfermagem. Essa avaliação, entre outras funções, objetiva identificar sinais de intoxicação ou abstinência. A partir dessa avaliação inicial, dependendo da gravidade do caso, o TSS ou médico de plantão é acionado para determinar se o usuário tem necessidade de permanecer no leito ou até mesmo de ser encaminhado para UPA, dependendo da gravidade do quadro. Em alguns casos, essa avaliação já se inicia no próprio trajeto de usuários mais debilitados que necessitam de transporte pelo técnico de enfermagem. Um dos técnicos de enfermagem relatou situações em que determinado usuário não estava no local combinado para pegar o transporte, então, ele decidiu ir até a casa dele e encontrou a casa pegando fogo e o usuário com intoxicação grave. Os técnicos de enfermagem precisam decidir se esperam ou não, se entram na residência do usuário ou não para ver o que aconteceu. Embora fossem orientados a não esperar, alguns relataram que sua experiência lhes não permitia. Se por um lado, esperar o usuário ou ir até sua casa, podia acarretar atraso do transporte, prejuízo na rotina do serviço e risco para si próprio, por outro lado, o técnico de enfermagem era capaz de antecipar que alguns usuários poderiam estar correndo risco de vida. Esse tipo de situação foi relatada como uma dramática do uso de si, uma vez que o ingrediente 2 da competência entrava em conflito com o protocolo da atividade (ingrediente 1). Além disso, concorrem para essa dramática, as relações de afeto estabelecidas com os usuários e os valores que sustentam as escolhas, tais como a responsabilização no cuidado que pode ser atribuída para si ou para o outro.

Além disso, como a maior parte dos usuários está em situação muito vulnerável socialmente, eles demandam roupa, sapato e cigarros diretamente aos técnicos de enfermagem. Segundo os entrevistados, é muito complicado não poder responder a essas demandas.

Quanto às situações de acolher usuários intoxicados:

Às vezes ele chega aqui com um quadro tal que não dá para manter ele aqui dentro. Hoje, por exemplo, chegaram quatro. Na verdade eram oito, mas quatro estavam muito ruins, quatro mais ou menos. Os que estavam muito ruins não tinham condições de ficar na PD. Como é que posso permitir? Não é porque é redução de danos que aquele que quer parar, ele vai ter que conviver com o outro que não quer. Fica incomodando ele ali, não pode ser assim, tem que ser protegido. Qual é a proposta nossa? Se existe uma inadequação, ele deve permanecer no serviço, mas não na permanência dia (P1).

Na percepção de um usuário:

A gente chega aqui, a primeira coisa que a gente faz: vai na farmácia, pede o remédio, tem um copinho, leva para casa também. Nos Estados Unidos é assim, tudo fracionado, com horário, final de semana, para manhã, para tarde e noite, para sábado e para domingo. Embalam remédio, entregam com os horários, já tudo certinho. Depois vai pro PA, medir a pressão, aliás, antes de passar na farmácia tem que passar no PA porque se tiver usado alguma coisa hoje ou ontem, pode ser que dependendo do remédio pode passar até mal! Se não falar [que usou], [a equipe de enfermagem] nota né? Tem um rapaz que ele até parou de vir. Ele era do abrigo. Tava até morando na rua. Teve alta do abrigo porque pegaram ele fumando maconha lá dentro. Aí, chegaram para ela [técnica de enfermagem] e falaram: “Vou dar o anonimato aqui, dona”, tava na fila olhando pressão. Olharam a pressão dele, tava mais ou menos, mas o batimento cardíaco tava 30, batimento de uma criança, o normal é 67, 68. Tava na cara! “Você vai deitar um pouquinho ali”. A droga é assim... Hoje mesmo teve um cara. As meninas pejaram: “Fala a verdade...” “Tá bom, tomei uma”. Só não pode trazer a bebida aqui para dentro, mas se chegar alcoolizado fica lá ó [apontou para a sala com leitos] porque senão faz confusão porque tá alterado. Faz confusão e também porque a pessoa tá debilitada. A comida, leva para ele lá (U1).

Dois aspectos merecem ser ressaltados a partir da fala desse usuário: o reconhecimento da qualidade do serviço da enfermagem e a concordância com as normas instituídas. Além da conduta em caso de intoxicação, outras normas de convivência foram, por um profissional, resumidas:

Aqui dentro não pode violência, não pode trazer bebida, não pode trazer droga para usar aqui dentro. Antes era assim, para uso, agora, não traga, porque eles falavam que estavam trazendo não para usar aqui, para usar lá fora. Não. A justificativa era essa. Então, não traga. Não trazer nem bebida nem droga ilícita aqui para dentro. Não agredir o outro companheiro e isso vale para todos os níveis (P1).

Não havia fiscalização, mas essas normas deveriam ser diariamente repactuadas nas assembleias. Os atendimentos individuais com o técnico de referência também se mostraram valorizados para esse fim à medida que os atendimentos permitem “simbolizar ao invés de passar ao ato”. “Se o paciente não é atendido, isso se reflete até aqui dentro” gerando conflitos e desrespeito às normas e sobrecarregando o plantão (Diário de Campo).

#### **4.2.2.1 Assembleia**

As assembleias se caracterizam como atividades de caráter coletivo, coordenadas por um TSS acompanhado por um técnico de enfermagem. As assembleias devem ocorrer pelo menos uma vez por dia e a participação de todos os usuários é obrigatória. O usuário deve estar presente ainda que não queira manifestar-se:

o que a assembleia me dá? Por que é que eu falo que quando a gente deixa de fazer assembleia, nós estamos criando situações que nós vamos ter de nos haver com elas lá na frente? Porque é na assembleia que eu reforço minhas regras de convivência, é na assembleia que eu pactuo (P1).



Ao mesmo tempo, um dos TSS entrevistado verbalizou sua dificuldade em realizar esta atividade:

Não faço mais assembleia. Por que que eu não faço assembleia? Até já levei isso para a reunião e outros concordam. Chega um momento da assembleia que é de decisão e os pacientes questionam algumas coisas que a resposta não está com a gente. [Por exemplo] A luta por um telefone público. Desde o início, os pacientes queriam um telefone público aqui dentro. Aí, a gente faz assembleia, anota no livro, conversa com a coordenação, mas fica sem resposta. Não tem resposta para dar e muitas respostas estão a nível de gestão mesmo do serviço, entende? Então eles questionam, eles querem coisas que são básicas, mas que para eles fazem sentido. Então, eles querem mais colchonetes, querem aumentar o horário de dormir, querem assistir televisão o dia inteiro, sabe? E tem coisas que não são do técnico responder. Então, eu acho que a gente fica muito sem retaguarda, sabe, para fazer assembleia. Então, eu não faço mais, assim, de verdade (P2).

Essa fala expressa as dificuldades decorrentes da execução de um projeto de trabalho estabelecido a priori justamente porque a prescrição não pode antecipar totalmente a atividade. Por um lado, a assembleia constitui-se num processo democrático que favorece a repactuação das regras sem ter lançar mão de dispositivos de vigilância e controle. Em contrapartida, justamente por ser um espaço democrático, não pode se furtar a responder às insatisfações e reivindicações dos usuários. Se o TSS avaliar que não está instrumentalizado para agir, como situar o próprio uso: “de si por si e pelos outros” nesta tensão?

Diante dessa dramática, houve sugestões para incorporar, nas assembleias, um caráter mais político, no sentido levar informações sobre o rumo das políticas de tratamento para os usuários tomarem conhecimento e se posicionarem.

Na percepção de um usuário, a assembleia aparece também com um caráter econômico. Além de reforçar as regras de convivência também permite atender um número maior de pessoas:

*A demanda é muito grande para poder atender todo mundo.* Fala das normas aqui, os horários. Não pode andar com bolsa, se eu tiver com uma bolsa e a enfermeira vê, tem que guardar no armário. Garrafa com água, cigarro só industrializado, não ter contato com mulher, nem mulher com homem. Todo dia tem assembleia. Fala sobre a fila de almoço. Um paciente ou outro que tiver agressividade física ou verbal, eles podem ser punidos, *punido assim...* A pessoa fica na fissura, qualquer coisinha pode estourar (U1, *grifos nossos*).

Merece destaque nessa fala ainda outro aspecto: como as normas são internalizadas através da assembleia e como são tratados os desvios. A expressão “punido assim...” vai de encontro ao que apontou um outro profissional:

Realmente, quando a gente coloca, coloca que vai ter punição, senão...tem que ter um limite. Agora, a punição ela tem que ter uma escuta. Obviamente, alguma marcação a gente tem que fazer (P1).

Cada técnico de referência tem liberdade para determinar qual a conduta a ser tomada frente aos casos em que as normas são infringidas, o que por vezes gera conflitos porque “isso já foi polêmica e caso de reunião porque fulano tomou uma condução com um e fulano tomou outra condução com outro e os dois estavam envolvidos no mesmo caso” (P1).

Com exceção da assembleia, a participação dos usuários nas demais atividades não é obrigatória. Os usuários são convidados a participar das oficinas ou grupos terapêuticos coordenados por um TSS também com a participação do técnico de enfermagem.

A partir do exposto, pode-se apontar que acolher pacientes intoxicados, coibir as tentativas de uso de drogas no serviço, furtos, conflitos entre os usuários, desrespeito às normas do contrato de convivência mostraram-se alguns dos enfrentamentos cotidianos dessa clínica. Trata-se de questões amplamente discutidas nas reuniões de equipe. Verificou-se uma preocupação em não reproduzir o modelo manicomial de disciplina e controle, não oferecendo “respostas moralistas, mas terapêuticas”(P1), pautadas numa escuta que considere a singularidade de cada caso, sem julgamento de valor, intervindo de modo a favorecer uma maior vinculação do usuário ao tratamento e nunca de expulsá-lo. Entretanto, alguns profissionais defenderam que o serviço precisaria de regras mais rígidas para balizar as condutas. “O serviço está solto” foi uma fala que se repetiu no discurso de alguns dos profissionais entrevistados.

#### **4.2.2.2 As oficinas**

As oficinas foram consideradas espaços onde se realizavam atividades lúdicas, artísticas, artesanais e corporais (Diário de Campo). As atividades oferecidas mudavam frequentemente em função da disponibilidade dos técnicos e do interesse dos usuários. Constava em um mural afixado na sala de plantão que estavam sendo oferecidas oficinas de pintura de panos de prato; de jogos/música; auto-cuidado; produção de creme/sabonete; atividade física (*voley* e peteca; culinária; bijouterias; de ideias (jornal mural/ produção de textos); confecção de produtos de limpeza e *lian gong*. Entretanto, nem todas ocorriam de fato. O objetivo das oficinas, entre outras coisas, era oferecer um espaço para socialização,

criação e livre-expressão. Não havia preocupação com a comercialização das produções ou profissionalização dos usuários.

A condução de algumas dessas atividades estava sendo prejudicada pelo aumento da demanda, especialmente as atividades externas, tais como passeios em um parque próximo ao serviço, segundo relatos. Até mesmo o uso da piscina que era permitido nos finais de semana, estava sendo questionado por esse mesmo motivo. Em algumas situações, quando o TSS optava por fazer atendimentos individuais, a coordenação das oficinas ficava delegada aos técnicos de enfermagem.

Os usuários que não quisessem participar das oficinas ficavam na área de convivência, assistindo televisão ou interagindo com outros usuários. Observou-se que os usuários formavam grupos em locais específicos onde permaneciam conversando uns com os outros. Alguns realizavam atividades artesanais com material próprio. Foi possível notar que os técnicos de enfermagem circulavam e interagiam com os usuários mais que os TSS. Através das observações, verificou-se que esses últimos, quando não estavam realizando atendimento, estavam na sala de plantão discutindo casos ou preenchendo protocolos.

Estima-se que embora a oficina seja um recurso valorizado no discurso, não necessariamente era priorizada na prática. Uma série de fatores concorre para isso.

Não estou falando que atividade é sinônimo de tratamento, não, mas eu acho que tem que ter alguma coisa. Não dá para ser o ocioso, ocioso e ele consigo mesmo, aquela rodinha do fuxico, do fumódromo, repetindo o que ele faz todo o tempo, repetindo a rodinha, o social ainda vai, mas a falação sobre a droga é importante de ser dita, mas importante de ser dita com alguém para ser mediador dessa fala. O dito se reverbera no nada. Um significante que vai ali e não desloca nada. A gente tem que pensar nisso no serviço. Isso me incomoda, me preocupa e preocupa muitos aqui. Para outros nem tanto. Porque o discurso do eu tô muito atarefado, eu tenho muita coisa para fazer, eu tenho uma PD imensa para atender. Eu não tenho perfil para fazer oficina. Não sei fazer nada...[...] Se eu priorizar o atendimento individual, eu não vou ter agenda, porque eu tenho um volume na PD, um volume de ambulatório e se eu acho que o mais importante é atender individualmente, eu vou lotar meu ambulatório. Então, eu deixo de ofertar as funções que me cabem e que sustentam um serviço substitutivo que é fazer a reinserção dele fora, que é de estar atento para acompanhar esse paciente na PD e não simplesmente de acompanhar ele dentro do *setting* de atendimento, de estar ofertando esse momento da oficina que é o momento que eles estão ali em convivência e eu vou estar percebendo tanto o meu como o do outro. Eu estou com um olhar para o serviço, para o cuidado. Isso se perde porque eu não tenho desejo de fazer aquilo, não é o meu perfil fazer determinada atividade, fazer assembleia é um saco, né? (...)Se a gente cair nesse lugar da minha clínica, nós não vamos sustentar esse serviço (P1).

De fato, há o risco de que, ao se privilegiar o atendimento individual, o CAPS ad se transforme em um ambulatório, distanciando-se da proposta original e “se transformando num

lugar de estar” (P1). Os prejuízos na qualidade do trabalho aparecem quando, ao priorizar as atividades de plantão e ambulatório em detrimentos das atividades de caráter coletivo, os profissionais acabam não dispondo de tempo para ter um olhar para o serviço ou para discutir os casos uns com os outros.

Entretanto, é preciso considerar as condições dadas para que o trabalho coletivo com os usuários se efetive. Se por um lado havia disponibilidade de recursos materiais para o desenvolvimento das oficinas, nem sempre havia disponibilidade de tempo, devido a demanda de atendimentos individuais, o que também pôde ser constatado através da fala de um usuário, até mesmo como um diferencial do CAPS ad em relação a Comunidades Terapêuticas:

Aqui a gente pode conversar com Psicólogo toda semana, tem a medicação que ajuda muito a gente a ficar mais calma quando bate a fissura. Eu nunca deixei de ser atendida aqui quando precisei. Isso faz muita diferença porque a gente precisa falar. Na Comunidade Terapêutica é só trabalhar e rezar. Isso não resolve nada, não. (U2).

Os TSS eram cobrados pela gestão a desempenhar as duas atividades, mas quando não era possível, tinham que fazer escolhas em função do que consideravam um trabalho de qualidade. Essas escolhas pareceram ser influenciadas tanto pela formação como pela experiência. Alguns profissionais queixaram-se que estavam atendendo um usuário atrás do outro e que o volume estava aumentando semanalmente. No entanto, isso não era um consenso.

Aqui muita gente acha que tem que atender o paciente de PD no consultório, que se não tiver atendimento de consultório, ele tá sendo mal atendido. Eu rejeito essa proposta, eu procuro estar lá fora com ele, atendendo as demandas. E gosto disso (P3).

Tem-se, portanto, que as renormalizações são individualizadas. Cada profissional adotava posturas e ações em função dos próprios valores. Isso se mostrava evidente na forma como cada profissional lidava com as faltas dos usuários que referenciavam, por exemplo. Alguns tentavam ligar para o usuário ou para a família, entravam em contato com Centro de Saúde solicitando visita, outros não. Uma série de dificuldades foi identificada nessas situações como os casos em que o endereço e telefone fornecidos pelo usuário eram fictícios. Frequentemente, opta-se por suspender a permanência dia do usuário que falta mais de uma semana e recolhê-lo, caso retorne.

Difícil falar com Centro de Saúde, difícil falar com paciente, difícil falar com família. É uma clínica difícil. Se fosse fácil... Mas eu acho que tem algumas posturas que alguns técnicos fazem outros não (P1).

Além das posturas individuais, é necessário considerar que “as pessoas tiram férias, as pessoas adoecem, as pessoas faltam, as pessoas tem direito a folgas” (P1) e cabe ao TSS da PD substituir o do plantão quanto ele não estiver presente.

Todavia, verificou-se uma compreensão tanto por parte da gerência quanto dos profissionais de que o prescrito é sempre diferente do real e de que é preciso saber valorizar o que é possível como condição para que o trabalho se realize, conforme se verifica na seguinte fala:

Tem o ideal e o real. Temos uma proposta ideal, que a gente sustentou por algum tempo, mas tem *n* coisas que a gente tem que lidar: a rotina, o desejo do técnico, a recusa do técnico de sustentar algumas coisas e uma urgência que te põe a trabalho em outro campo que não nas coisas que a gente propõe.(...) Se ficar muito preso assim, nessa coisa de a gente não consegue, a equipe deprime, né? Não consegue esse ideal e nunca vai chegar. Mas o que é possível e o que dá certo? Isso é bacana (P1).

As possibilidades e modalidades de regulação, logo, dependem, por um lado, da variabilidade das situações e, por outro, das características dos profissionais implicados e das reservas de alternativas disponíveis para fazer escolhas frente ao debate de normas vivenciado por cada um na sua atividade.

#### **4.2.3 A Clínica da Referência: principais desafios enfrentados na condução dos casos**

Se por um lado foi possível constatar a existência de um trabalho coletivo para gestão do cotidiano do serviço, por outro, havia também uma tarefa que os TSS realizavam que era mais individualizada. Embora, na maioria dos casos, contasse com a parceria direta dos médicos e indireta da equipe, constatou-se que a dinâmica de trabalho se estabelecia a partir da relação usuário-técnico, onde o profissional convocava saberes instituídos e investidos que se remetiam à sua formação, experiência e valores para realizar a atividade.

Trata-se do que Silva (2010, p. 45) optou por chamar de “Clínica da Referência”,

onde o tratamento do paciente é gerenciado por um trabalhador específico e em parceria com outros membros da equipe, mediante o respeito à singularidade e à subjetividade do paciente. Clínica que valoriza o potencial de vida do paciente antes de qualquer tipo de adoecimento (SILVA, 2010, p. 45).

Conforme já foi exposto, no momento do acolhimento, o TSS que fez o acolhimento do usuário é eleito, de forma preferencialmente espontânea, como “Técnico de Referência”. Esse técnico é aquele que fica encarregado de “conduzir o caso”, ou seja, de “decidir, seguir e

avaliar com o paciente o processo de tratamento” (LOBOSQUE, 2003, p.33). É com ele que a família e o usuário estabelecem um vínculo mais direto. Ele pode ser considerado, portanto, o elo do usuário com o serviço.

Lobosque (2003, p.33) esclarece que “o que está em jogo neste trabalho não se garante por uma formação acadêmica específica, mas sim pela disposição, que não se aprende na escola, de escutar e ponderar, decidir sem arbitrariedade e negociar sem imposição”.

No CAPS ad estudado, os médicos, independente de serem clínicos ou psiquiatras eram denominados “Médicos de Referência”. Juntamente como o TSS, os médicos de referência eram aqueles que faziam o acolhimento do usuário e que deviam trabalhar em parceria na condução dos casos, mediante a construção de *Projetos Terapêuticos Singulares*. Essa construção contava indiretamente com a contribuição dos diferentes saberes que constituem o trabalho interdisciplinar na medida em que o serviço garantia espaço para trocas de recursos e informações entre os profissionais. Entretanto, cabia a essa dupla técnico de referência/médico de referência acompanhar a implementação do projeto, seja no atendimento ambulatorial, seja na permanência dia.

Identificou-se que as relações entre técnicos e usuários tendencialmente, caminhavam no sentido da horizontalização e da humanização do cuidado, uma vez que o usuário participava ativamente da construção de seu projeto:

Nunca vou esquecer disso aqui na minha vida. Tem um médico que trabalhava aqui, *Dr. Fulano*, que no último dia que ele tava aqui, eu fui despedir dele, nós começamos a chorar. Você acredita numa coisa dessa? Um paciente chegou: “Dr. você não vai me atender?” “Espera um minutinho”. Ele começou a chorar. Aqui a gente se torna amigo mesmo, que eu posso abrir, falar as coisas. A gente não tem isso em casa. Tinha minha mãe, mas morreu. Pro meu irmão, sou vagabundo, pra minha irmã, sou vagabundo, minha família não vem aqui no grupo de família, não quer saber. Nem a família da gente trata a gente tão bem igual aqui. Não tem esse negócio de paciente para cá e funcionário pra lá. Aqui todo mundo é amigo (U1).

Trata-se, portanto, de um trabalho vivo centrado na dimensão relacional, na singularidade de cada caso, o que segundo Mehry e Franco (2003) significa que:

mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que aquele usuário, além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e portanto, este conjunto deve ser olhado [...] operando dentro da ideia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode, desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia.

Como essa atividade, cuja instrumentalidade é predominantemente mental (cognitiva e afetiva), se estrutura no encontro profissional-usuário, no contexto de um serviço aberto, conseqüentemente, depende da atividade do usuário no território em que vive. Desse modo, ela é pouco antecipável. Enquanto no hospital psiquiátrico, o usuário era retirado desse território para ser “tratado”, no CAPS ad, o território se constitui em um elemento a mais a ser gerido na relação terapêutica. Cabe ao técnico de referência identificar no usuário, no território e no intercâmbio entre esses dois elementos, os fatores limitantes ou facilitadores do processo terapêutico e manejá-los de forma a alcançar os objetivos estabelecidos. A partir dos dados coletados através das falas dos profissionais nas entrevistas e das observações foi possível delimitar alguns desses fatores que serão expostos e problematizados a seguir.

#### **4.2.3.1 Aspectos facilitadores de adesão e sucesso do tratamento**

Alguns fatores foram apontados como elementos que favorecem a condução dos casos, dentre os quais, destaca-se a existência de recursos afetivos e materiais de suporte e a motivação dos usuários para o tratamento.

Antes de discutir esses aspectos, é necessário ressaltar que a droga de uso não foi considerada um fator relevante em si, mas que deve ser considerada no contexto de vida de cada sujeito, buscando compreender o que ela representa para ele, a intensidade e forma do uso e os prejuízos físicos, sociais e ocupacionais dela decorrentes. Entretanto, houve relatos de que a compulsão provocada pelo crack, associada à exposição do usuário a um contexto de fácil acesso a droga, seja um agravante.

O que eu acho difícil na clínica do crack é a fissura, prejudica o tratamento. [...] Uma outra questão é que as pessoas muitas vezes estão num local muito propenso ao uso. Alguns pacientes que eu acompanho, usuários de crack, eles falam: “a boca é na frente da minha casa” (P3).

Acho que os que têm menos adesão são os usuários de crack, mas se você for olhar, a maioria dos pacientes que estão em PD, são usuários de crack. Mas acho que eles têm mais dificuldade de adesão por conta da própria compulsão (P9).

O usuário de crack que tem uma trajetória de não tanta perda, o modelo se sustenta bem. Agora aquele que não chega em lugar nenhum, ele também não chega aqui. A não ser via SAMU e aí você tem que levar para uma urgência clínica e nem sempre da urgência clínica ele quer vir. Se a gente trabalha com um *quantum* de desejo, do querer, às vezes ele se recusa (P1).

Para um dos entrevistados, os casos em que a droga de uso é preferencialmente o *tinner* são igualmente difíceis:

Para mim, quando chega um usuário de *tinner*, eu falo: “Ai meu Deus, me ilumina!” Eu acho que é o mais complicado (P2).

O “grau de dependência menor”, associado a outros fatores também apareceu como um fator que pode facilitar a adesão ao serviço e a condução dos casos.

Eu já percebi que quem tem maior sucesso de tratamento são aqueles que têm grau de dependência menor, aqueles que conseguem ficar mais de um dia sem usar, aqueles que tem estrutura familiar... Os que tem menos condições financeiras, eu acho que tem mais dificuldade de aderir ao tratamento (P8).

Houve um consenso entre os profissionais entrevistados de que não é possível definir o perfil do usuário que adere ou se beneficia mais do tratamento, entretanto,

Eles são diferentes, até porque a droga é diferente, busca drogas por outro motivo. Aquele que busca a droga por determinado motivo e que a gente consegue ofertar uma escuta para que essa questão que ele tinha de vínculo com a droga caia, esses vão se beneficiar. Eu acho que a gente acolhe sim muitos casos muito diversos. Às vezes morador de rua abandonado sem ninguém até aquele com família, estruturadinho. Obviamente aquele que tem família estruturada, suporte, vai se beneficiar mais do que aquele que está perdido na vida (P1).

Outro fator, portanto, identificado como facilitador são os laços sociais, não só com família, mas também com religião.

Eu tenho percebido que paciente que tem um vínculo, uma adesão a qualquer serviço, qualquer instituição religiosa, ligada com a espiritualidade, eles tendem a ter resultados melhores. [...] Então essa coisa da religião, da espiritualidade, não precisa ser religião, um grupo, porque também acaba sendo um vínculo social que ele tem fora do serviço. Eu acho que eles têm, pelo menos é o que eu vejo, é a minha experiência, melhores possibilidades. Agora, quando o paciente não quer, por mais que você fale, incentive, converse com a família... Então, tem que esperar a hora que ele fala: “é agora”. O negócio vai. Às vezes, essa hora chega e vai mesmo, deslança. Às vezes do nada, é engraçado! (P2).

O desejo do usuário em engajar-se no tratamento apareceu como fator determinante, o que se verificou também através das falas de outros profissionais:

O que eu observo é que vai muito desse viés da demanda, quando o paciente tem desejo, quer mudar, independente da substância, ele vai, caminha (P5).

Casos que mais se beneficiam são aqueles que são pacientes motivados mesmo porque grande parte é a família [quem demanda]. Muitas vezes, essa demanda de tratamento não parte do paciente. Muitas vezes, o processo é longo de responsabilização. Então, realmente, o prognóstico é péssimo para a grande maioria, índice baixíssimo de recuperação. Alto índice de abandono. Mas, eu acho que os casos que mais se beneficiam são aqueles que realmente estão motivados (P4).



Eu acho que independente da droga, assim, a maioria é usuário de álcool. Crack tem chegado e eu já atendi casos de pacientes que usam crack, cocaína, que conseguiram uma recuperação, pelo menos estão em processo, né? Você percebe que é quando a pessoa está realmente motivada, que busca fora daqui começar a trabalhar, estudar, muda a rotina, muda os amigos, tem que mudar um monte de coisa, os lugares que frequenta. E aí, consegue sustentar isso tudo quem está realmente envolvido, quem tem normalmente suporte da família ou alguém que está ali por ele. Então, eu vejo que a recuperação acontece nesses casos (P4).

Usuários entrevistados também salientaram a motivação para o tratamento como fator decisivo e acrescentaram que o apoio do Técnico de Referência, o ambiente amistoso, a maior flexibilidade das regras de convivência e a garantia de atendimento psicológico, medicamentoso também favoreciam sua adesão. Não ter que afastar-se do convívio social também foi apontado como fator facilitador, uma vez que possibilita refazer os vínculos sociais à medida que o tratamento avança. Um deles considerou que as oficinas no CAPS ad tem um caráter criativo que contribui para melhorar sua auto-estima e socialização, mas isso não foi consenso. Conforme apontou um outro usuário:

Primeiro é o querer fazer o tratamento. Segundo, o ambiente de recuperação, ambiente protegido. As comunidades são nove meses. Tem a desintoxicação, conscientização e reabilitação psicossocial. Aqui, tem a desintoxicação, ótimo, o corpo precisa disso. Conscientização. Grupos que o *Fulano* faz ajudam a criar estratégias de recaída, com certeza, ajuda uns aos outros. As atividades artesanais servem para uns, mas não servem para outros. Para mim, não servem, eu não tenho paciência para artesanato. Eu gosto mais das trocas de experiências. Gosto de contar com minha técnica de referência. Todos os profissionais são muito bons, são preocupados conosco. Isso é muito bom porque a gente se sente acolhido. Todos que chegam pela primeira vez, chegam carentes, com o passar do tempo, as pessoas vão melhorando (U3).

A motivação mostrou-se reconhecida como “um querer” ou “um desejo” inerente ao sujeito, diante da ausência da qual, pouco ou nada se pode fazer. Embora outros fatores tenham sido igualmente mencionados como variáveis facilitadoras - suporte familiar, religioso, financeiro, terapêutico - a questão da motivação para o tratamento merece ser problematizada aqui. Essa questão apareceu quase como um consenso naturalizado de que há um contingente de pessoas que constituem-se em um refugio da produção, ou seja, não respondem aos padrões de qualidade pré-definidos ou não se dispõe de recursos para manejar sua dificuldade de adesão ao tratamento.

Mas o que seria afinal motivação? A motivação depende da pessoa? Revuz, Noël e Durrive (2010, p. 224) apontam que motivação “é uma palavra que designa de forma um pouco abrupta o fato de que as pessoas tem vontade de fazer alguma coisa e aí colocam energia. Ou de que o sujeito é regido de maneira mais ou menos mediatizada por estímulos”.

Para os autores, ao tomar o conceito de motivação desse ponto de vista estritamente orgânico, não se considera o papel que a sociedade, a história e a política exercem na construção do desejo e autonomia das pessoas.

Schwartz, Durrive e Duc (2010d, p.196) acrescentam que uma forma de neutralização de algo colocado como problema, dos valores relacionados com a atividade, “é fazer da motivação uma espécie de característica psicológica interna à pessoa, sem ver que atrás da motivação há uma ligação entre as pessoas e os meios que elas têm para viver a vida e para exercer sua atividade”. Sendo assim, a motivação não depende unicamente da pessoa, mas do meio que ela tem para agir, onde a fazem agir, ou seja, “tem a ver com o meio, coloca questões tanto para pessoa quanto para o meio com o qual ela está confrontada”. A motivação está, portanto, na escolha - difícil de fazer - entre o uso por de si por si e pelos outros.

Do ponto de vista do trabalho, a motivação para o tratamento parece ser identificada como uma variável inerente a um objeto de trabalho que - não se deve esquecer - é um outro sujeito em toda sua complexidade sócio-histórica. Pode-se dizer que essa variável interfere na gestão da atividade clínica à medida que permite certo nível de antecipação sobre os resultados da produção.

Refletir sobre a motivação do ponto de vista da atividade permite compreendê-la como uma variável mais difícil de ser gerida, entretanto, permite indagar: qual a instrumentalidade necessária para essa gestão?

Diante dessa questão, outras se colocam: Quem define o que é ser melhor? A própria pessoa? A sociedade? Com que direito? Em nome de quais interesses? Que tipos de abordagens estão disponíveis? Que tipo de pessoas se quer? Todas essas questões remetem ao domínio da Bioética, disciplina que se ocupa da ética com a vida nas práticas clínicas e de pesquisa. Não se trata aqui de negar seus avanços no que se refere a respeitar o direito do paciente de decidir sobre aderir ou não ao tratamento, embora, ao considerar que um dos efeitos do uso da droga seja a perturbação da vontade, cabe questionar até que ponto essa autonomia seja genuína. Nem tampouco trata-se de, tendo a abstinência como objetivo a longo prazo, tentar manipular o sujeito para favorecer sua adesão a um projeto que é socialmente determinado. Ao contrário, uma postura do técnico de referência, no viés da Redução de Danos, pode colaborar com a construção da autonomia do usuário à medida que

favorece seu protagonismo na construção do próprio projeto terapêutico. Essa postura foi resumida por um profissional da seguinte forma:

Vou estar do seu lado e tentar construir com você alguma coisa para que você tenha o mínimo de danos possível. Se você optar por usar, se for essa sua opção, que pelo menos você saiba sobre como se proteger, os riscos que você está correndo, para que você possa fazer a escolha de forma consciente. Saber os riscos que você tá tendo. Se mudar de ideia, a gente vai estar do seu lado, construir outro projeto (P9).

Essa postura não funcionaria como um suporte na difícil escolha do usuário entre o uso de si por si e pelos outros, respeitando sua autonomia na gestão da própria vida? Se não for assim, a relação terapêutica não consistiria numa violência, para usar os termos de Basaglia (1991), através de *atos terapêuticos* que pretendem resolver conflitos sociais através da adaptação do sujeito à norma?

Houve verbalizações que apontaram os limites do modelo de Redução de Danos para lidar com casos mais graves, entretanto,

Na prática você vê que é possível. Tem quem consegue optar por continuar fazendo uso da substância, mas que consegue construir esses laços, né? [com trabalho e rede social] E aí, essa questão de você respeitar o desejo do outro, resistir à vontade de dizer: “Se você tá tão bem, por que você não para?” (risos), mas você vê que funciona (P9).

#### **4.2.3.2 Aspectos limitantes ou dificultadores dos processos terapêuticos**

Além da falta de motivação para o tratamento, dois outros aspectos destacaram-se como limitantes ou dificultadores na condução dos casos: A co-morbidade psiquiátrica e a vulnerabilidade social.

##### **4.2.3.2.1 Co-morbidade psiquiátrica**

Segundo o CID 10 (OMS, 2000), os transtornos mentais são divididos em dez eixos: orgânicos; relacionados ao uso de substâncias psicoativas; esquizofrenias; transtornos esquizotípicos e delirantes; do humor; neuróticos, relacionados ao stress e somatoformes; associados com distúrbios fisiológicos; de personalidade; retardo mental; relacionados ao desenvolvimento psicológico; que aparecem na infância e na adolescência e não-especificados.

No discurso dos profissionais foi possível identificar dois tipos de co-morbidade psiquiátrica que dificultam a condução dos casos: psicoses graves e demenciação decorrente do uso prolongado. Para os profissionais, psicoses graves referem-se a “psicótico; *borderline*; esquizofrenias, paranoia” (Diário de Campo). Nesses casos, ficou definido em reunião de equipe que o usuário deve ser encaminhado para o tratamento em CAPS III ou Centro de Saúde, entretanto,

Nós temos portador de sofrimento mental aqui. Você estava lá na hora que a menina falou: ‘está dormindo debaixo da cômoda’. Ele é um psicótico e a gente tem outros, uns mais graves, outros menos graves, mas assim, a crise, acho que ele também não fica, sabe assim? É difícil você acolhê-lo com esse grupo. Ele acaba sofrendo... é diferente, acho que a proposta até do tratamento... ele tem algo que acaba... Ah, não é muito efetivo... Eu fico achando que a gente acaba não sendo muito efetivo. Você propõe muitas coisas que ele não sustenta. A questão do *Fulano* é um ponto de honra para a gente trabalhar de alguma forma porque é um caso de difícil manejo, ele está aqui dentro e a sensação que tenho é que ele tá piorando. Ele não está melhorando. O que a gente tá ofertando... Não sei se nos outros CAPS seria diferente... Até pela lógica da Redução de Danos, trabalhar com menos limite, deixando ele com uma certa liberdade maior. Pelo fato de ser psicótico, acaba que a gente trata ele diferente querendo ou não ( P1).

Por outro lado, os casos de demenciação pelo uso são acolhidos, embora se considere que pouco se beneficiam do tratamento nos moldes em que é planejado.

Uma outra situação que dificulta e aí é mais especificamente da clínica da dependência química mesmo que tem alguns casos meio sem cuidado, que pode depender de droga, é usuário de droga. Tem uma discussão: qual lugar que é o lugar dele? Ah, se ele usa droga tem que ser aqui. Mas às vezes, ele chega aqui, fica totalmente deslocado porque, muitas vezes, não dá para você exigir o mesmo que dos outros pacientes e aqui não tem a mesma contenção que tem no CAPS. São pacientes muito difíceis de lidar. Casos de dependência grave. Pacientes demenciados pelo uso de álcool, não tem autonomia hoje. Eu pego ele na PD, coloco ele aqui um tempo, o dia que eu tiro, não vem mais. Então, qual é o lugar dele? Para muitas pessoas, ele não pode ficar aqui, para outras, aqui é o lugar. Esses casos são mais difíceis (P3).

Observou-se que a dificuldade em lidar com esse tipo de usuário não pareceu ser só do serviço, mas também da rede de atenção psicossocial, no que concerne a localizar qual seria o melhor lugar para seu tratamento. Essa afirmação baseia-se na análise das reuniões de supervisão técnica, mas também nas falas dos profissionais:

Então, tem uns que estão aí para poder avaliar diagnóstico. A gente fica com eles um tempo mais. Já fizemos alguns acordos com alguns CAPS, não achei que tenha sido realmente produtivo para o paciente. Efetivamente, fez nenhum efeito, paciente ficava o tempo todo: que hora que eu vou embora, que hora que eu vou embora, uma inadequação tal, mas eles bancando que era um caso de alcoolismo. Esquizofrenia braverésima, perda residual de uma esquizofrenia muito jovem. Não acho que fez efeito nenhum, nesse caso especificamente (P1).

O caso em questão, assim como outros similares, foi discutido exaustivamente nas reuniões, no sentido de pensar estratégias de condução. Segundo o Modelo de Redução de Danos, considerava-se haver algum ganho, uma vez que o usuário frequentava o serviço espontaneamente, se alimentava e se mantinha abstinente durante, pelo menos, um período do dia. No entanto, isso não era considerado suficiente. Pressupunha-se a necessidade de restituir laços sociais, além de desenvolver, no mínimo, um maior controle sobre o uso.

No que se refere aos transtornos de humor, o consenso sobre o local ideal para o tratamento não se mostrou tão evidente, embora houvesse verbalizações de que “deveria” ser igualmente encaminhado (Diário de Campo). Já quanto aos casos de depressão, detectou-se indícios de que sintomas depressivos são considerados quase como aspectos inerentes às dependências.

Silveira e Jorge (1999) desenvolveram um estudo cujo objetivo foi avaliar a ocorrência de transtornos psiquiátricos em farmacodependentes através do método de Critérios Diagnósticos para Pesquisa que foi aplicado a uma amostra de 50 farmacodependentes do sexo masculino, selecionados aleatoriamente entre os pacientes de um serviço de tratamento ambulatorial para dependentes químicos. Os resultados apontaram que prevalências de transtornos mentais ao longo da vida e no momento da entrevista foram de 77% e 72%, respectivamente. Trinta e dois por cento dos pacientes apresentavam-se deprimidos por ocasião da avaliação e 44% preencheram critérios diagnósticos para depressão na vida. Os transtornos depressivos precederam a instalação da farmacodependência em 77,3% dos pacientes. Outros transtornos psiquiátricos apareceram em proporções maiores do que as observadas em estudos envolvendo população geral e confirmaram resultados de estudos similares realizados anteriormente por outros pesquisadores. Os autores afirmam que a presença de transtornos psiquiátricos é um dos fatores que compromete a eficácia das diversas modalidades de intervenção terapêutica junto à farmacodependentes e, nesse sentido, o diagnóstico adequado desses transtornos associados possibilita intervenções que facilitam a interrupção do comportamento farmacodependente e diminuem a incidência de recaídas. Finalmente, os autores apontam que os baixos índices de eficácia observados no tratamento de farmacodependentes poderiam, ao menos parcialmente, ser atribuídos a pouca atenção dispensada a aspectos relativos à co-morbidade psiquiátrica nesses pacientes.

Ribeiro, Laranjeiras e Cividanes (2005), através de revisão de literatura, demonstram que o uso indevido de substâncias psicoativas pelo paciente bipolar é extremamente comum e mais frequente do que o observado na população geral. Os autores citam estudos que denotam índices de co-morbidade associados ao uso indevido de álcool de 60% a 85% nesta população ao longo da vida (REGIER *et al.*, 1990; VIETA *et al.*, 2001) e o consumo de outras substâncias psicoativas (excluído o tabaco), atinge de 20% a 45% (STRAKOWSKI; DELBELLO, 2000; KRISHNAN, 2005). Ressaltam que embora não haja um consenso sobre os fatores etiológicos dessa associação entre transtorno afetivo bipolar e farmacodependência, algumas hipóteses são aceitas pela comunidade científica para explicar esse fenômeno: 1) sintomas do humor predis põem o uso de substâncias (hipótese da automedicação); 2) o uso de substâncias químicas leva à co-morbidade (hipótese da toxicidade); 3) as repercussões socioeconômicas do uso levam à co-morbidade; 4) ambos os transtornos têm uma causa comum ou 5) ambos são fatores independentes. Acerca dessas hipóteses, os autores salientam que algumas evidências apontam que o transtorno bipolar geralmente antecede o uso indevido de substâncias. O uso de álcool e drogas, por sua vez, pode contribuir para o surgimento da primeira crise (depressão ou mania). Para os autores, identificar essa associação pode facilitar a adoção de estratégias de tratamento mais eficazes.

Do ponto de vista do manejo clínico orientado pela Psicanálise, considera-se que a adição à droga pode “obscurecer, por algum tempo a questão diagnóstica” e aponta para a “extrema importância da localização da função da droga para o sujeito na determinação do diagnóstico diferencial”. O uso da droga deve ser pensado de formas distintas no campo da psicose e da neurose. Se na neurose observa-se “um uso desregulado, sem limites e sem significação da substância tóxica, na psicose, o uso da droga parece ter um caráter bem delimitado, relacionado a uma função bem específica”. (LISITA; ROSA, 2011, p.262-263).

Não seria possível aprofundar aqui todas as particularidades dessa clínica, mas vale ressaltar dois aspectos que aparecem de forma convergente na literatura especializada: 1) a existência de uma estreita associação entre uso de drogas e co-morbidades psiquiátricas e 2) como a função da droga difere para cada sujeito, dependendo da sua estrutura, o manejo clínico também difere.

Do ponto de vista da atividade, a co-morbidade psiquiátrica constitui-se, portanto, assim como a motivação para o tratamento, como uma variável a ser identificada e gerida não

só em cada caso, o que já demanda competências muito específicas, mas no próprio projeto institucional.

Por outro lado, é necessário considerar que o diagnóstico pode assumir “o valor de um rótulo que codifica uma passividade dada por irreversível” (BASAGLIA, 1991, p.108). O autor questiona seu caráter terapêutico e atribui a ele a função de sancionar o que a sociedade já executou, ou seja, o diagnóstico “separa o que é normal do que não é, entendendo norma não como um conceito elástico e passível de discussão, mas como algo *fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e sociedade que ele representa...*”( p.125).

A doença em si, enquanto entidade mórbida, nem sempre desempenha papel determinante na condição de saúde do usuário, mas assume um significado estigmatizante que confirma a perda de valor social do indivíduo que já é inerente a sua condição de vulnerabilidade e ausência de poder social, econômico e contratual, “uma presença negativa, forçada a ser aproblemática e acontraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade” (BASAGLIA, 1991, p. 113). Essa condição de vulnerabilidade constitui-se numa outra variável a ser analisada.

#### **4.2.3.2.2 A vulnerabilidade social**

No contexto do CAPS ad, a vulnerabilidade social caracteriza a maior parte dos usuários. Avaliou-se que essa vulnerabilidade social potencializa a dificuldade de lidar com situações já identificadas como difíceis, como por exemplo, a co-morbidade psiquiátrica. Além disso, implica em responder a outras demandas que não só de tratamento de urgência:

[O usuário] Chega demandando muitas outras coisas, o técnico fica naquela, vou por, não vou por. Ele quer banho, comida, outra coisa. Na realidade, ele está buscando um abrigo e não um tratamento (P1).

E aí é uma outra questão, tem muito paciente que é sozinho, que mora em abrigo, situação de rua e aí é outra dificuldade que a gente tem, questão da assistência social. A questão social é um agravante (P2).

Dessa forma, mostra-se necessário explorar um pouco o conceito de vulnerabilidade. Embora não haja pretensão de esgotá-lo aqui, sua alusão permite ampliar as discussões acerca das características do objeto do trabalho da equipe e a forma como essas características condicionam o trabalho.

O verbo vulnerar foi adaptado do termo latim *vulnificus* que significa “que fere ou pode ferir”. Trata-se de um termo amplamente utilizado tanto na literatura quanto na imprensa leiga e pode denotar diversos significados. Tedesco e Liberman (2008) destacam que estão associados ao termo vulnerabilidade três componentes principais: a chance e risco da exposição a eventos, a possibilidade e capacidade em enfrentá-los e as suas consequências e inscrições na experiência individual e coletiva.

Do ponto de vista da saúde coletiva, Tedesco e Liberman (2008) citam Aires *et al* (2003) ao definir a vulnerabilidade enquanto a chance de exposição das pessoas ao adoecimento. Para o autor, a vulnerabilidade pode tanto ser individual quanto coletiva, mas há sempre uma relação intrínseca entre essas duas dimensões. Dessa forma, a definição de uma situação de vulnerabilidade deve incorporar a análise do contexto como o *locus* que pode acarretar maior ou menor exposição ao risco de adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades.

Na perspectiva social, Castel (1997, p.23) define vulnerabilidade como uma situação de risco de marginalização ou *desfiliação*. Para o autor, a pobreza é um dos elementos que podem estar na origem da marginalidade, entretanto, adverte que “as situações marginais aparecem ao fim de um duplo processo de desligamento: em relação ao trabalho e em relação à inserção relacional. A partir desse pressuposto, o autor distingue três zonas possíveis de pertencimento social: zona de integração (trabalho estável e forte inserção relacional); zona de vulnerabilidade (trabalho precário e fragilidade de apoios relacionais) e zona de desfiliação (ausência de trabalho e isolamento relacional). A marginalidade é considerada pelo autor ao mesmo tempo “a antítese da modernidade e a forma moderna da não sociabilidade: ela caracteriza os abandonados pelo progresso, todos aqueles que não puderam ou não quiseram se dobrar às exigências do desenvolvimento”. Para essa camada mais vulnerável da sociedade, as identidades se estruturam a partir de um sinal invertido da norma que não é mais capaz de cumprir, vivendo às margens do corpo social, sem dele participar ou estar separado.

Nesse contexto, Castel (1997, p.36) aponta que, historicamente, era possível distinguir duas formas principais de marginalidade. A primeira era caracterizada pela distância em relação ao trabalho regular, mas também em relação às formas organizadas de proteção que se constitui na assistência. O segundo conjunto de marginais seriam “aqueles que foram retirados, a título provisório ou definitivo, da vida social comum, encontrando-se



institucionalizados em espaços separados”. Esse último tipo é caracterizado a partir de uma deficiência (problema psíquico, deficiência física profunda, invalidez crônica...) que justifique uma proteção social especializada. Entretanto, o autor chama atenção para o fato de que as recomposições mais recentes do aparelho produtivo, da fragilização da estrutura familiar e da crise da cultura operária originaram novas formas de marginalidades, por ele definidas como:

*Homeless people* que frequentam certos espaços da cidade, canais de metrô, cantos de jardins públicos, entradas de estação, bairros precários do subúrbio... Tudo os separa, afora essa experiência comum de ruptura do vínculo social: antigos pacientes “desinstitucionalizados” dos hospitais psiquiátricos, jovens toxicômanos gravemente dessocializados, pequenos delinquentes, *clochards* de longa data, prostitutas ocasionais, *drop out* de toda sorte [...] que não se enquadram exatamente nem no sistema sanitário, nem no sistema policial, nem no da justiça, nem nos das agências do *Welfare*, e que, no entanto, suscitam, simultânea ou sucessivamente, problemas de segurança, de saúde e de assistência (p.36).

No contexto brasileiro, Souza (2009, p.21) identificou os sujeitos em situação de vulnerabilidade social como *ralé estrutural brasileira*:

uma classe inteira de indivíduos, não só sem capital cultural nem econômico em qualquer medida significativa, mas desprovida, *esse é o aspecto fundamental*, das precondições sociais, morais e culturais que permitem essa apropriação.

Talvez seja justamente esse ‘aspecto fundamental’ o que faz com que essa variabilidade do objeto do trabalho seja um aspecto tão difícil de ser gerido, uma vez que requer dos profissionais desenvolver estratégias de ampliação da rede social de suporte do usuário, acionando a família e a comunidade ou estabelecendo parcerias ou encaminhamentos para outros serviços da rede, tais como abrigos e Assistência Social.

Tem poucos recursos mesmo, e talvez, os recursos que tem a gente não sabe usar. Saúde não é só saúde, é intersetorial (P2).

Diante do tamanho da área de abrangência do serviço, essa tarefa torna-se ainda mais complicada, pois requer um conhecimento muito amplo dos recursos disponíveis.

Então, você tem que fazer contato com a família, se for morador de rua, fazer contato com abrigo, abordagem de rua. O que que eu tento fazer? Eu, particularmente, eu tento referenciar para os serviços sociais que tem na cidade. Então, assim, morador de rua, abordagem de rua vai ver a questão de documentação, encaminha às vezes para curso, às vezes, a gente tem alguns panfletos aqui que a gente sabe que é legal, de uma ONG, a gente encaminha, dá para o paciente, vê se ele se interessa por algum curso. Então é mais por aí, não tem uma coisa muito direcionada. A gente meio que corre atrás também junto com o paciente e vai direcionando naquilo que é possível porque não tem muito conhecimento mesmo assim de como funciona (P4).

Entretanto, demanda também construir um projeto que permita ao usuário conquistar autonomia na gestão da própria vida, o que nem sempre é possível.

O mesmo que eles fazem com a droga eles fazem aqui, colam no serviço, complicado... principalmente o morador de rua, que chega aqui com uma demanda muito social, o morador de rua que encontra um espaço como esse que é agradável, que tem alimentação, que vai ser acolhido, atendido... Na rua é difícil, né? Muito difícil na rua... (P4).

Se por um lado “a adesão é pequena e as recaídas são frequentes” (P2), por outro, as altas também são difíceis porque alguns usuários criam certa “dependência” do serviço, “sentem-se fragilizados porque reduziu [a permanência dia] e aí recaem e às vezes, diante de uma recaída, dependendo, agente acaba inserindo novamente. E aí meio que reforça [esse comportamento]” (P4).

Contudo, gerir essas variáveis que dificultam o trabalho – falta de motivação, comorbidade e vulnerabilidade – pode ser considerado como o aspecto penoso da clínica, o qual é potencializado pela fragilidade da estrutura e organização do serviço e da rede de atenção psicossocial, questão que será oportunamente aprofundada no Capítulo 6.

#### **4.2.4 Reuniões de equipe e supervisões clínicas**

Durante o período das observações, as reuniões de equipe aconteceram semanalmente às terças-feiras, das 13:30 às 17:30. Participaram da reunião a coordenadora, os TSS, os médicos e alguns técnicos de enfermagem. Ficavam de plantão um dos TSS e outros técnicos de enfermagem. A partir de setembro de 2011, começaram a participar também da reunião a pesquisadora, estagiários de psicologia e respectivo supervisor, inaugurando o primeiro intercâmbio entre serviço-universidade. Além desse intercâmbio, ocorreu concomitantemente, neste mesmo período, visitas de residentes de saúde mental e um projeto PET - Pesquisa e Extensão Tutorial - parceria entre uma universidade e o serviço, na área de assistência social.

Nas reuniões, os assuntos discutidos referiam-se principalmente aos processos de trabalho e aos casos clínicos. A reunião era registrada em ata e os profissionais se revezavam para preenchê-la. Ao final da reunião, os presentes assinavam tal ata.

Quanto ao formato, as reuniões costumavam começar com atraso de até uma hora e às vezes se estendiam além do horário previsto. Os atrasos dos profissionais eram frequentes e

nem todos participam de todas as reuniões devido a revezamento de plantões, folgas ou de outros fatores incidentais.

Observou-se que havia uma participação maior de alguns nas discussões. Um TSS entrevistado chegou a verbalizar que, para ele, a reunião chegava a ser um sofrimento, que havia três anos que se repetia a mesma coisa e nada mudava, que era repetitiva e pouco resolutiva e deliberativa. Isso se repetiu também na fala de outro TSS e de alguns técnicos de enfermagem que se mostraram desmotivados a participar das reuniões. A postura da coordenação mostrou-se bastante diretiva na reunião, ocupando às vezes um lugar de supervisão da equipe.

Reunião de equipe, eu acho que elas são mal aproveitadas, pessoal chega atrasado, perde o foco às vezes. Eu gosto de reunião prática: a pauta é essa. Acho que é um defeito do povo da saúde mental, perde um pouco o fio da meada (P3).

Desisti de participar das reuniões porque sempre que eu levava um assunto, eles diziam que não era assunto para aquela reunião. Só blábláblá (P6).

São quatro horas de reunião e quatro horas de um blábláblá que não vai chegar a lugar nenhum. [...] Então tá, eu acho que essas reuniões, por enquanto, perda de tempo, aliás, eu acho que serve muito mais para angustiar (P2).

Havia intervalo para um lanche que um dos técnicos ficava responsável por providenciar a cada semana. O momento do lanche mostrou-se um momento de descontração que eventualmente demorava mais que o previsto. No entanto, identificou-se dificuldade de alguns em se comprometerem a levar o lanche, o que gerava insatisfação de outros, a ponto da equipe discutir, mais de uma vez, se realmente valia a pena contar com o outro ou cada um trazer o seu. Questiona-se se isso não reflete a própria dinâmica da equipe, onde uns se mostram mais comprometidos que outros com as tarefas instituídas. Presenciou-se queixas de que o descaso de alguns sobrecarregam outros, mas essas queixas não foram diretas.

Observou-se que nem sempre havia atenção coletiva na discussão dos casos. Eventualmente, ocorriam discussões paralelas entre médicos e técnicos de referência. Alguns casos de manejo mais difícil foram discutidos mais exaustivamente, evocando a atenção de todos que contribuíram com algumas informações sobre o usuário em questão e sugestões para condutas de condução do caso.

Quanto ao conteúdo das reuniões, nas discussões que giravam em torno dos processos de trabalho, a equipe levantou, ao longo do período de observação, uma série de problemas vivenciados no cotidiano. Definiu-se que havia uma necessidade de revisar e sistematizar as

normas e processos de trabalho. Para tanto, a equipe dividiu-se em duplas para escrever e fazer sugestões de melhorias e apresentá-las na reunião seguinte.

Mais uma vez, observou-se que também nesse aspecto, houve um maior empenho de alguns e dificuldade de outros em cumprir com essa tarefa, o que fez com que o tempo gasto com ela demorasse mais que o previsto. Um ponto positivo foi que os problemas foram trazidos e compartilhados, embora nem sempre solucionados.

Ainda com relação ao conteúdo das discussões, ressaltou-se nas reuniões uma necessidade de pactuar por escrito com os usuários seu projeto terapêutico; definir Permanência Dia quanto à demanda e critérios para admissão para não sobrecarregar o serviço; necessidade de maior pactuação com outros serviços de saúde e assistência social para facilitar a referência, contra-referência e os encaminhamentos pós-alta, uma vez que havia usuários que já poderiam receber alta, mas não tinham outro vínculo de suporte. Quanto a esse aspecto, discutiu-se a dificuldade de intercâmbio com outras regionais e outras secretarias (SUAS) para encaminhar os usuários também para profissionalização.

Outros problemas discutidos referiam-se à dispensação de medicação e de vale-transporte. No caso dos vales, a quantidade disponibilizada pelo município não era suficiente para todos e, portanto, havia necessidade de definir melhor os critérios de dispensação, restringindo-os para os usuários com maiores dificuldades financeiras.

Quanto à dispensação de medicação, a inclusão de um farmacêutico no serviço foi considerada indispensável, embora não houvesse naquele momento, o cargo disponível na regional. Discutiu-se também a necessidade de uma comunicação mais efetiva das altas com setor de farmácia e a necessidade de criar estratégias para que as prescrições não ficassem desatualizadas.

Discutiram-se ainda estratégias para lidar com usuários que tentavam consumir droga no serviço e com situações de conflitos ou violência entre os usuários.

Diante de uma demanda da coordenação de saúde mental para que o serviço escrevesse um artigo para um jornal que circula na rede e também o convite para participar de um evento sobre álcool e drogas promovido pelo CAPS ad estadual, a equipe se mobilizou também para discutir o que apresentar, escolhendo fragmentos de casos exitosos ou não para apresentar e discutir o trabalho orientado pelo modelo de redução de danos.

Outro tema que foi frequentemente discutido, inclusive com a presença da coordenação de saúde mental do município, referia-se ao rumo das políticas de atenção ao usuário de álcool e drogas, onde se reafirmou as premissas focadas na Redução de Danos e se questionou a política estadual, focada na repressão ao uso. A política de financiamento de comunidades terapêuticas também foi duramente criticada nas reuniões. No entanto, reconheceu-se que a estrutura da rede municipal *ainda* era frágil para fazer frente às críticas ao modelo de Redução de Danos, mas o modelo não foi, em momento algum, desacreditado pela equipe. A palavra *ainda* representa que o projeto estava em construção e aperfeiçoamento e não que não fosse efetivo.

o problema é que, às vezes, a gente agarra no que é problema e esquece de ver que tem casos vitoriosíssimos, que a gente tem orgulho, mas que a gente não fala porque foi vitorioso. A gente discute os problemas e tem que discutir mesmo, mas se a gente focar só no que deu errado, a gente não caminha (P1).

Essa verbalização aponta que as reuniões constituem-se em espaços privilegiados para compartilhamento de dificuldades e de construção de saberes sobre o trabalho, onde aparecem às tensões, os confrontos de valores, o que vai de encontro ao que Abuhab *et al* (2005) e Vasconcellos e Azevedo (2010) também afirmaram. Para os autores, reuniões técnicas constituem-se em facilitadores da reflexão sobre si e sobre o trabalho.

Esse processo, por vezes, mostra-se tenso, cansativo e angustiante. No entanto, o espaço da reunião mostrou-se o lugar onde se reafirmam os valores e pressupostos da Redução de Danos e, ao mesmo tempo, onde se discutiam e se desenvolviam estratégias para enfrentamento das adversidades que não se reportassem ao modelo manicomial.

Observou-se que, nesse processo, cada um contribuía não só com o saber específico de sua formação, mas com o saber da sua experiência ao lidar com as situações singulares, tanto na discussão dos casos como no funcionamento do serviço.

O que fica para mim do serviço é a vontade que a equipe tem de construir um trabalho bacana, de fazer um trabalho bacana. Acho que a gente tem essa enorme vantagem (P2).

Por outro lado, a análise das observações das reuniões de equipe e de algumas verbalizações colhidas nas entrevistas exige que se chame atenção para o risco de que a comunicação, a cooperação e a aprendizagem entre os integrantes possam ficar prejudicadas com a cristalização dos papéis nos grupos, quando somente alguns subgrupos determinam os processos (PICHON-RIVIÈRE, 1998). Nesse, sentido, identificou-se no contexto desse

estudo, em relação à dinâmica de funcionamento das reuniões, situação semelhante ao que Silva (2010, p.196-197) descreveu acerca da fragmentação do coletivo em três subgrupos: um grupo que determina; um grupo que contesta, mas não é suficientemente considerado e um grupo que se cala ou se ausenta. Dessa forma, a reunião corre o risco de sofrer um esvaziamento de sentido, perdendo seu caráter de compartilhamento de angústias e construção de saberes.

A reunião, eu odeio, odeio, odeio. Saio daqui irritada de todas as reuniões. Tenho vontade de sair correndo e nunca mais voltar... E aí eu fico com uma mágoa muito grande com o serviço. Você ainda não me viu muito. Todo dia eu reclamo. Mas eu também acho que eu trago soluções assim que nunca são acatadas (P2).

Concorda-se com Nardi e Remminger (2007) quando apontam que falas frequentemente desprestigiadas por não concordarem com o discurso político-ideológico dominante podem gerar um processo de exclusão de saberes e experiências que não condiz com os princípios essencialmente democráticos da Reforma Psiquiátrica.

Se esta mesma militância nega a reflexão mais livre a respeito dos limites do trabalho em saúde mental porque a Reforma Psiquiátrica *tem* que dar certo, transforma-se em fonte de sofrimento. A reflexão desaparece, cegada pelo discurso da verdade única, impedindo a ação para transformar o trabalho a partir do reconhecimento dos problemas que ele apresenta (NARDI; REMMINGER, 2007, p.283).

Ainda quanto a esse aspecto, Silva (2010) cita Cunha (2007) ao afirmar que os problemas podem não ser percebidos como resultantes de relações de poder, mas moralizados, naturalizados, explicados por incapacidades pessoais de se integrar e participar. Dessa forma, a auto-estima dos sujeitos também pode ser prejudicada, dificultando a construção de uma imagem de si valorizada e sólida.

A cada 21 dias, as reuniões eram realizadas na sede da administração regional e divididas em dois momentos: o primeiro momento era destinado à supervisão técnica, juntamente com profissionais de outros serviços de saúde mental da regional. No segundo, a equipe do CAPS ad se reunia para a discussão de assuntos referentes especificamente ao serviço. A cada supervisão técnica, um profissional de um dos serviços que compunha a regional apresentava um caso que era discutido com o supervisor técnico e os profissionais dos demais serviços.

Observou-se que as intervenções do supervisor tinham um forte caráter psicanalítico. A participação dos profissionais do CAPS ad nas discussões coletivas se mostrou tímida. Nesse sentido, profissionais do CAPS ad verbalizaram em diversos momentos que sua

atuação não era bem compreendida pelos profissionais da rede e que havia resistência dos outros serviços em estabelecer parcerias e colaboração (Diário de Campo). Entretanto, por iniciativa dos profissionais do CAPS ad, foi apresentado e discutido um caso que demandava atenção em toda a rede, o que favoreceu a construção de maior articulação, conforme se pretende discutir com maior profundidade no item a seguir.

### **4.3 O processo de consolidação da rede de atenção psicossocial no município**

A rede de atenção psicossocial do município foi inaugurada em 1993 com a criação do primeiro CAPS II. Na época, a cidade dispunha dos equipamentos tradicionais: 2.180 leitos em hospitais psiquiátricos públicos e conveniados e equipes de saúde mental nos centros de saúde que se ocupavam dos casos mais “leves” (ABOU-YD; SILVA, 2008).

Em 2001, foram criados mais dois CAPS III com o intuito de oferecer maior retaguarda nas situações de crise, primeira iniciativa do município em construir dispositivos que de fato permitissem prescindir da retaguarda do hospital psiquiátrico. Em 2003, a política de Reforma Psiquiátrica do município foi amplamente rediscutida em nível de governo, trabalhadores, entidades da sociedade civil, pelos usuários e movimento social. Segundo Souza (2008), a avaliação global do projeto apontou:

1 - Baixa efetividade da resposta às crises e do atendimento contínuo e integral aos casos graves.

2 - Queda na qualidade da assistência ofertada e a emergência ou explicitação de práticas neomanicomiais, tais como, o uso excessivo de medicação e a polifarmácia, a utilização frequente de procedimentos de contenção; cronificação dos usuários e a ambulatorização dos serviços, a tutela dos usuários e familiares, a escassez de trabalho e intervenções na linha da reinserção social, a ausência de hospitalidade nos CAPS II que deixava o serviço vulnerável para enfrentar os casos mais graves.

A partir desse diagnóstico, desenvolveram-se novas estratégias, tais como a integração e construção de uma rede de atenção às urgências e emergências clínicas e de saúde mental, envolvendo SAMU, Resgate dos Bombeiros, Hospital Gerais, Unidades de Pronto Atendimento, CAPS, Hospitais Psiquiátricos e a rede de saúde estadual e municipal como um todo. Em 2006, foi criado um Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), implantou-se

hospitalidade noturna nos sete CAPS do município e investiu-se na ampliação e capacitação de 58 equipes de Saúde Mental articuladas a 513 equipes Saúde da Família (SOUZA, 2008).

Nesse mesmo período, foram extintos aproximadamente 1.500 leitos e fechados dois hospitais psiquiátricos no município. Foram criados 17 serviços residenciais terapêuticos no território; um CAPS i e Projeto Arte na Saúde, destinados às crianças e adolescentes com transtornos mentais; nove Centros de Convivência e uma Incubadora de Empreendimentos Solidários da Saúde Mental” (ABOU-YD; SILVA, 2008).

Importante destacar ainda que a rede dispõe de mecanismos de “vigilância” da sociedade civil sobre o projeto. O Conselho Municipal de Saúde (que possui, desde 2003, uma Comissão de Reforma Psiquiátrica); o Fórum de Saúde Mental e Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental, segundo Souza (2008), formulam e exercem controle sobre os rumos da política.

Apesar do avanço na construção de uma rede de atenção psicossocial destinada às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, foi somente em 2008 que a rede inaugurou o primeiro CAPS II ad do município com o objetivo de acolher pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, o qual é objeto deste estudo.

O serviço articulou-se a essa rede pré-existente através da qual referencia e contra-referencia os usuários de quatro macro-regiões da cidade. As demais regiões e outros municípios da região metropolitana ficam a cargo de um outro CAPS II ad, de caráter estadual, que funciona a partir de uma proposta diferenciada, pouco articulada com a rede municipal.

Conforme se verifica na FIG.9, que descreve o fluxo da rede em relação ao CAPS ad, os serviços demarcados com círculos podem ser considerados como portas-de-entrada, sendo eles: CAPS ad, Centro de Saúde, Polícia, Disque-drogas, Consultório de Rua, CAPS III, UPA, CAPS i e Hospital Psiquiátrico. É importante destacar que o fluxo não representa o número de serviços existentes, mas os tipos e relações que estabelecem entre si.



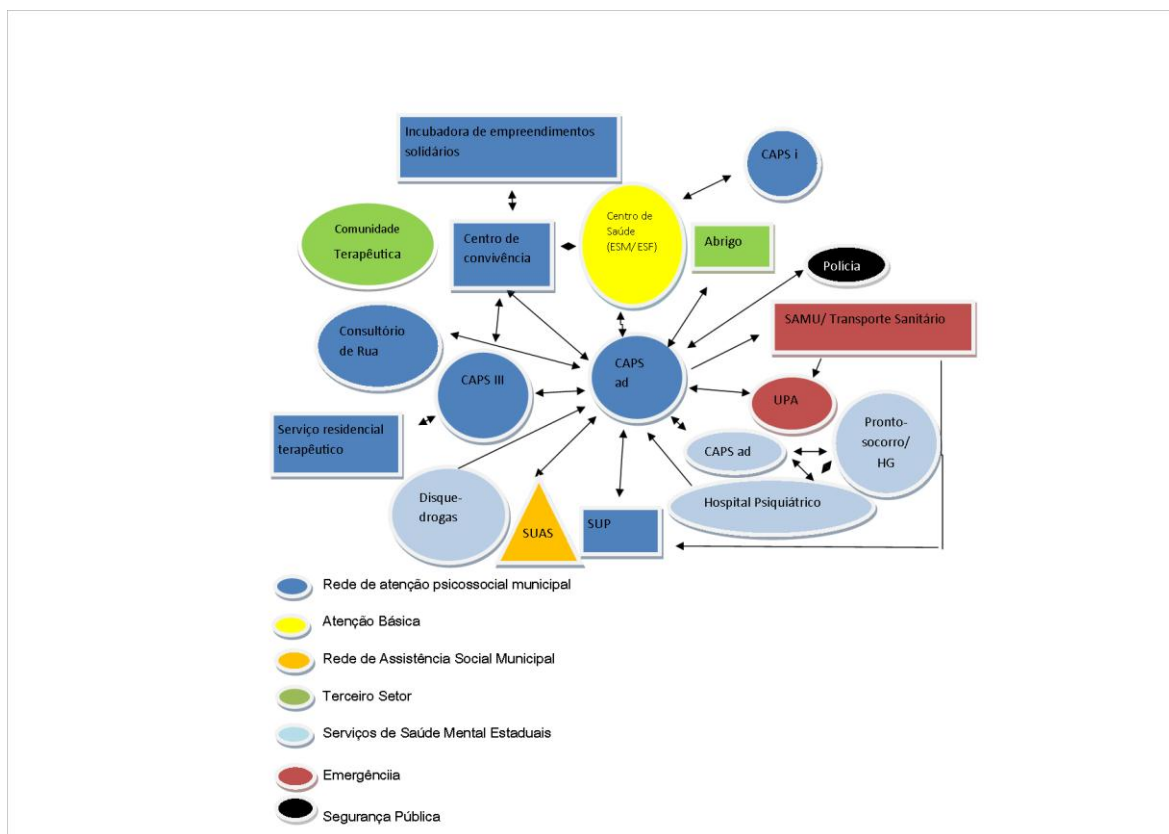


Figura 9: Fluxo de funcionamento da rede setorial e intersetorial de atenção ao usuário de álcool e drogas no Município em relação ao CAPS ad  
Fonte: elaborado pela autora

A fim de compreender como os coletivos se configuram frente aos debates de normas que sintetizam os encontros e entre o trabalho real e os objetivos e exigências contidos na normatividade e nas estruturas técnicas e organizacionais dessa rede de atenção psicossocial é necessário retomar aqui um dos seus princípios organizadores: a “lógica do território”:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005, s. p.).

Trabalhar nessa lógica ainda é um desafio. Quase todos os serviços funcionam numa lógica de referência e contra-referência, com algumas exceções. O Disque-drogas apenas referencia para outros serviços, pela própria função do serviço que não é oferecer tratamento, mas fazer acolhimento e encaminhamento. As Comunidades Terapêuticas trabalham de forma

isolada dos demais serviços que não referenciam formalmente os usuários e vice-versa. O mesmo acontece em relação ao hospital psiquiátrico. Esse serviço não recebe encaminhamento formal dos CAPS, embora se esforce em construir a continuidade do cuidado que deve proceder às internações breves, fazendo encaminhamentos para os serviços que compõe a rede municipal. Observa-se que os serviços estaduais possuem uma lógica própria de funcionamento, até mesmo porque não atendem só o município, articulando-se numa rede à parte, que interfaceia com os serviços municipais. Estima-se que haja divergências na condução política dos projetos de saúde mental e de álcool e drogas entre as duas esferas de governo.

Apesar do inegável progresso na construção da rede de atenção psicossocial, as deficiências na sua estrutura - carência de médicos, especialmente psiquiatras, insuficiência de leitos de urgência psiquiátrica, retaguarda noturna e dificuldades de interlocução entre os serviços - foram referidos como fatores de angústia para os profissionais porque o CAPS ad não dispõe de estrutura para responder sozinho ao cuidado integral que se julga necessário.

Tem uma dificuldade que é em relação ao fluxo. Eu sinto que o *CAPS ad* é meio que um patinho feio. A gente tem uma dificuldade, quer dizer, atende o município todo, a gente tem uma dificuldade enorme de interlocução. Tem uma dificuldade de discussão dos casos, encaminhamentos, eu acho que tem uma má compreensão da rede ainda sobre o que é isso aqui (P3).

Essas deficiências acarretam uma sobrecarga para os TSS do CAPS ad uma vez que:

A rede tem buracos imensos que a gente vai ter que se haver com eles. E ainda tem uma coisa, nós estamos construindo funcionando. A gente inicia, inaugura uma rede com a nossa presença, que não existe. Existe, mas não existe para nós. [...] A gente vai ter que ter esse trabalho. Um a mais que a gente tem que fazer e às vezes cansa ( P1).

Dessa forma, a fim de atingir os resultados esperados a partir do Modelo de Redução de Danos é necessário que, além das tarefas prescritas para a clínica (acolhimento, permanência dia e ambulatório), relativas à relação técnico-usuário na situação de urgência, seja realizado um trabalho pouco visível de construção de uma rede social de apoio no território. Essa construção se fazia principalmente através do telefone, seja no contato com a família, vizinhos ou nos encaminhamentos para a continuidade do cuidado em outros serviços ou para o acolhimento em abrigos. Nesse processo, destacou-se a necessidade da rede compreender melhor quais os limites do serviço para efetuar encaminhamentos adequados e oferecer retaguarda apropriada. Para um dos profissionais entrevistados, outros serviços da rede “tem medo, ter receio de atender o paciente de álcool e droga” (P3).

Revelaram-se ainda dificuldades de reconhecer os recursos presentes no território para facilitar a participação social do usuário em função da abrangência territorial e dos limites da própria formação. Esses fatores somados ao aumento da demanda por atendimentos de urgência fazia com que o trabalho de reabilitação psicossocial, assim como as visitas domiciliares, muitas vezes, fosse delegado à Atenção Básica.

Como a ideia é atender a urgência, essa parte da reinserção, do trabalho no território, com a família, a previsão é que a atenção primária vai fazer (P4).

No entanto, a interlocução com a Atenção Básica enfrentava também uma série de dificuldades, atribuídas tanto ao preconceito em relação ao usuário, quanto ao despreparo para atender essa clientela.

Tem essa dimensão, essa orientação de que esse serviço é um serviço de urgência. Passa por aqui e vai para o PSF continuar o tratamento. A ideia é uma ideia, uma boa ideia. O que eu acho que falta aqui é o pessoal poder trabalhar no próprio território e fazer uma articulação com a Atenção Primária. Quando eu cheguei aqui, o pessoal queixava e eu vi que realmente acontece. Paciente sai daqui, você encaminha, mas não tem sequência, logo ele volta de novo (P3).

Um dos profissionais ressaltou ainda outros constrangimentos decorrentes do aumento de demanda, os quais dificultavam a tarefa de construir uma articulação com a rede. Ainda em relação à articulação com a Atenção Básica, reconheceu-se a necessidade do CAPS ad assumir essa tarefa de capacitação, embora não se dispusesse ainda das condições concretas para realizá-la, seja em função do aumento da demanda, seja em função da inexperiência, conforme assinalam as verbalizações:

Falta muito ainda articulação da rede. Se a gente for pegar a proposta do Ministério, o CAPS ad é que tem que ser o articulador da rede, ele que tem que puxar as outras instituições. A gente não consegue fazer isso. Enquanto técnico, o máximo que você consegue articular é com PSF, mas é discutir o caso, não para um discussão guiada, vamos discutir o tema álcool e drogas porque estamos com tal número de usuários, o que está acontecendo aí, vamos ver o que está acontecendo? (P5)

Quem teria que capacitar o pessoal do Centro de Saúde é o serviço especializado e isso não é feito. Até há um projeto para isso, mas com esse aumento de demanda que tivemos, como é que podemos fazer isso? [...] Mas eu acho que os Centros de Saúde deveriam ser capacitados. E na minha cabeça tá que quem capacitar é o serviço especializado. Tem a equipe matricial mas não tem para álcool e droga. Então, essa coisa de ser o único, eu acho que fragiliza bem porque... e aí tem uma outra coisa também que vai muito do perfil da equipe, todo mundo muito novo, novo de prefeitura, aí, a gente não sabe o que pode fazer, até onde vai...Aí, fica meio que na espera. A sensação é essa (P2).

No que concerne à articulação da rede como um todo, vários desafios foram identificados, tanto a partir das entrevistas, quanto das observações acerca das discussões coletivas dos casos.

Um exemplo que revela os limites da rede é o caso de uma usuária de múltiplas drogas com co-morbidade psiquiátrica, suspeita de gravidez e em situação de rua. Embora buscasse vários serviços da rede, apresentava dificuldade de adesão. A usuária solicitava medicamento, alimentação e vale-transporte, mas nem sempre aceitava o que lhe era oferecido e não retornava para os atendimentos agendados. Verificou-se, através desse caso, primeiramente, a preocupação e o empenho do técnico de referência na construção do caso, colhendo informações através de prontuário escrito, eletrônico, ligações telefônicas para outros serviços onde a usuária foi atendida e até mesmo visita a esses locais para pesquisar o histórico da usuária. Da mesma forma, observou-se a mobilização da equipe na discussão do caso no âmbito das reuniões semanais. Entretanto, diante dos limites do serviço, a rede foi também convocada para discussão do caso através de supervisão institucional.

Em nenhum momento foi cogitada a indicação para internação psiquiátrica, no entanto, observou-se, a princípio, entre os diversos serviços que compõe a rede, um movimento que poderia ser descrito grosseiramente como “empurra-empurra”. Se por um lado “álcool e drogas é no CAPS ad”, por outro, “psicose é no CAPS” (Diário de Campo). Quem então se responsabiliza? Sob o pretexto da existência de uma rede, identificou-se uma dificuldade de se chamar a responsabilidade do caso para si. Desse modo, a usuária vinha sendo encaminhada de um local para outro, sem a preocupação em verificar como estava sendo recebida ou como se estava lidando com as demandas que ela trazia. Acredita-se que o papel do supervisor foi fundamental tanto para ajudar as equipes a pensar a questão diagnóstica quanto às condutas de manejo, reconvocando, num segundo momento, uma rede mais ampla de saúde mental e de atenção básica para discussão.

A partir desse segundo momento, observou-se um reposicionamento da rede frente ao caso. Percebeu-se um movimento no sentido de superação dessas dificuldades de interlocução ao se pactuar um compromisso de acolhimento da demanda da usuária onde ela buscasse o tratamento e de tentar estabelecer uma comunicação mais efetiva entre as equipes. Estima-se que houve, sobretudo, uma mudança de postura, quando profissionais, de diferentes serviços,

admitiram sua dificuldade em lidar com o caso e se colocaram mais disponíveis para acolher a usuária de outra forma, a partir daquele momento.

O caso revela, por um lado, o esforço da equipe do CAPS ad em construir estratégias que não se reportassem ao modelo manicomial buscando uma interlocução mais estreita com a rede e, por outro, a importância da supervisão institucional para facilitar a comunicação e a construção de elos entre os serviços.

Nesse sentido, observou-se que iniciativas de capacitação em Redução de Danos para profissionais da rede supostamente foram uma preocupação da coordenação de saúde mental que promoveu eventos mensais durante o período da observação.

Outro exemplo que também revela os limites da rede refere-se a um caso relatado por um usuário de crack, com transtorno afetivo bipolar que fez tratamento no CAPS ad, ficou abstinente por mais de um ano, retomou o vínculo com trabalho e estudo, tinha suporte familiar, recebeu alta e foi encaminhado para continuidade do tratamento no Centro de Saúde. Mais de seis meses depois, o usuário deixou de tomar a medicação por conta própria e relatou que, diante de uma situação adversa, percebeu que teria uma recaída, ligou para sua técnica de referência solicitando retornar à permanência dia, porque, segundo ele, precisava estar num ambiente de tratamento. Ela o orientou que procurasse o Centro de Saúde onde já estava sendo acompanhado. Ele recaiu, foi levado ao CAPS ad pela família e acabou sendo readmitido na PD.

O caso em questão mostra como o vínculo que se estabelece entre o usuário e o técnico de referência faz com que o usuário tenha o serviço como referência para situação de crise.

Entretanto, é possível questionar, assim como fizeram Zambenadetti e Silva (2008), até que ponto a hierarquização que atravessa a organização das redes de ações e serviços do SUS, ao mesmo tempo em que possibilitou um planejamento racional do sistema, não propiciou a fragmentação, a burocratização e a dificuldade de acesso ao mesmo.

Os autores citam Alves e Guljor (2004, p.133) apontando que “o princípio de hierarquização, aliado ao mecanismo de referência e contra-referência, propiciou uma “assistência partida”, com destituição de vínculos entre usuários e profissionais. Deu

margem ainda à chamada “empurroterapia”, que leva usuários a peregrinarem em busca de assistência”.

Questiona-se ainda se o CAPS ad, ao priorizar a urgência, não estaria contrariando uma de suas prerrogativas instituintes que é oferecer apoio matricial, o que é “completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos” (BRASIL, 2005, s.p.).

Da mesma forma que ocorre na construção da interlocução com a rede de cuidado, promover a aproximação da família com o serviço também é um desafio a ser enfrentado. Logo no primeiro contato, a família é convidada a participar das reuniões, mas houve relatos de que a adesão é muito pequena. Desse modo, os profissionais desenvolvem outras estratégias para estreitar a parceria com a família. Além do contato telefônico, oferecem atendimentos pontuais quando as famílias demandam ou quando julgam que a evolução do projeto depende da colaboração mais próxima da família.

Embora se reconheça a fragilidade da rede para dar conta dos casos mais graves, para os profissionais do CAPS ad, o hospital psiquiátrico não é formalmente admitido como estratégia de tratamento, embora ele componha rede. Presenciou-se discussão de casos considerados graves pela equipe em que a sugestão de internação foi sumariamente rechaçada pela maioria absoluta. Em casos de emergência psiquiátrica com necessidade de hospitalidade noturna, o usuário é referenciado para o SUP que só dispõe de um leito noturno para ad e houve relatos de que nem sempre apresenta uma boa receptividade para esse tipo de usuário. Entretanto,

A gente tem leito, tá lá no SUP, a gente é recebido no SUP, não existe aquele sofrimento inicial que você tinha que ficar ligando, mendigando leito em hospital psiquiátrico, que além de ser hospital psiquiátrico...É duro ser serviço substitutivo e ter que demandar! Gente, isso para mim foi um passo gigantesco! (P1).

Em algumas situações em que a compulsão mostra-se como um desafio para o engajamento do usuário no tratamento e frente às dificuldades de continuidade do cuidado, embora o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas formalmente não façam parte da rede, um dos profissionais reconheceu lançar mão desse recurso em situações extremas:

Ad a gente não encaminha para internação porque a proposta do serviço não é essa. Às vezes a família quer uma internação, ela procura, paciente procura, hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica. Tem vezes que eu indico, não encaminho, mas indico. Porque, às

vezes, eu vejo que o caso tá se agravando, que a permanência dia, mesmo ele vindo todos os dias, não tem um efeito terapêutico porque ele usa compulsivamente à noite e acaba agravando (P4).

Essa verbalização sugere que:

Todo o trabalho implica julgamentos em termos de prestígio e de valores. E todo discurso sobre o trabalho efetuado comporta uma retórica da valorização de si e da distinção com as atividades e os ofícios próximos. Essa valorização e distinção passa também pela ocultação, evitação, delegação do "trabalho sujo". A noção de "dirty work" tomada por empréstimo a E. C. Hughes (1996) remete a tarefas "fisicamente repugnantes ou que simbolizam alguma coisa degradante ou humilhante". Mas também mais amplamente a "aquilo que vai ao encontro de nossas concepções morais, as mais heróicas". Se alguns ofícios comportam mais "trabalho sujo" do que outros (serviços de pouco prestígio, até considerados como indignos), todos os serviços comportam uma parte de "trabalho sujo", isto é, tarefas desvalorizadas ou desagradáveis. São essas que serão objeto de processos de delegação, mas também de invisibilização (LHUILIER, 2012, P. 24).

Os mesmos desafios são enfrentados também em relação às estratégias de reabilitação psicossocial, onde aparece mais uma vez o trabalho sujo:

Grande maioria não [se identifica com o Centro de Convivência] porque também o Centro de Convivência tem essa cultura da psicose. Pessoal tá mandando para cursos, cursos profissionalizantes. Tem uma orientação da Secretaria [Municipal de Saúde] que você não pode encaminhar para serviço particular, tem que ser público. Isso restringe um pouco. [...] Posso orientar o paciente, mas não posso escrever. Não posso me comprometer (P3).

Encaminhar para o hospital psiquiátrico, para comunidade terapêutica ou para serviços privados contraria um valor estruturante do serviço e, portanto, não pode aparecer oficialmente, embora oficiosamente, seja uma estratégia para alguns profissionais a se lançar mão em casos de manejo mais difícil, de inexistência ou desconhecimento dos recursos da rede intersetorial para a reabilitação psicossocial. Essas escolhas se fazem em função de valores sobre o que é fazer um trabalho bem feito, quanto à necessidade de responder a demandas que extrapolam os limites impostos pela rede.

Nós não temos o leito de hospital geral, que seria o grande mote (P1).

Hoje em dia, a gente tem um suporte do SUP, que é um serviço de urgência psiquiátrica. Às vezes, a gente consegue manter no pernoite um caso grave por uma semana, estourando, mas tem uma compulsão ao uso que é muito grave e que leva a morte mesmo, que uma semana não contém, duas semanas não contém, entendeu? Quando abrir noturno, a gente vai ter quatro ou seis leitos, então, é pouco (P4).

Nesse sentido, concorda-se com Souza (2008, p.123) quando afirma que:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira avançou muito nos últimos anos, e está sendo reconhecida por este feito. Mas estamos com problemas no campo da atenção às crises. A função de atendimento dos casos graves e das crises pelos CAPS ainda não foi incorporada ou não tem o

consenso em muitos locais e serviços.[...]A nossa experiência local e outras mostram que os CAPS, independente de seu tamanho e área de captação, só conseguem dar uma resposta aos casos mais graves se oferecerem atenção contínua e integral, o que significa incorporar a função Hospitalidade Noturna como elemento estratégico (SOUZA, 2008, p.123).

Além disso, especificamente no que se refere ao CAPS ad, verifica-se não só a necessidade de hospitalidade noturna, mas questiona-se alguns limites que o modelo CAPS apresenta para lidar com algumas demandas decorrentes do uso de álcool e drogas.

Então, acho que tem um limite muito grande porque eu acho que não dá para enquadrar modelos de assistência psiquiátrica, centros psiquiátricos, saúde mental, enfim, para os dependentes de álcool e droga. Eu acho que são clínicas completamente diferentes. Não dá para enquadrar modelos. O que eles fizeram, tem feito é isso, né? Enquadraram o modelo de CAPS no jeito que funciona no CAPS ad. É o mesmo modelo e as coisas não funcionam do mesmo jeito. A clientela é outra. Eu acho que tem muitos casos que precisariam de um suporte noturno mais intenso. Então, por exemplo, aqui não funcionamos 24 horas ainda, mas quando a gente funcionar, o pernoite vai ser por um tempo provisório, vai às vezes uma semana, dez dias. Eu acho que para alguns casos é pouco (P4).

No que se refere à tarefa de reabilitação psicossocial:

A gente meio que corre atrás também junto com o paciente e vai direcionando naquilo que é possível porque não tem muito conhecimento mesmo assim de como funciona. Aí, na prática, aqui, a gente acaba sabendo dos lugares que tem na rede, mas eu acho que é pouco, acho que teria que ter mais envolvimento (P4).

Outro aspecto a ser considerado é que, como o serviço recebe usuários de várias regiões do município, há dificuldades para acessar os recursos existentes em cada região:

A questão do território, ela é muito importante para o portador de sofrimento mental. E a gente estando muito longe desse território fica difícil de sustentar. A gente tenta contato com Centro de Saúde, com EJA, mas é muito difícil à pega, a costura (P1).

Com relação às estratégias para oferecer suporte social, ainda não existiam, na ocasião da pesquisa, dispositivos específicos para usuários de álcool e drogas no âmbito da rede, uma vez que os serviços residenciais terapêuticos eram destinados aos portadores de sofrimento mental egressos de longa internação em Hospital Psiquiátrico. Houve um relato de que existiam projetos municipais para acolher usuários em situação de vulnerabilidade social, mas que ainda não estavam concretizados. Dessa forma, os profissionais relataram que têm construídos “outros caminhos, o abrigo, à volta para casa, quem sabe de um parente” (P1).

Os resultados apresentados concordam com Lancman e Silva (2008) quando assinalam que a precariedade da rede instituída também é apontada como responsável por acarretar solidão de serviços e trabalhadores, comprometendo a concepção do modelo de atenção em saúde mental como um todo e funcionando como obstáculo a transição de modelos.



## **5 DESAFIOS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR: A DIVISÃO DO TRABALHO E O TRABALHO COLETIVO**

De modo a ampliar a análise do trabalho coletivo no CAPS ad, deve-se considerar inicialmente que, conforme apontam Ballarin e Carvalho (2007, p.168), a proposta da reforma psiquiátrica de promover a saúde e a cidadania exigiu dos trabalhadores uma nova ordenação do trabalho em equipe, que se ampliou com a presença de novos atores (profissionais de outras áreas que não necessariamente a saúde) e da proposta de trabalhar de forma interdisciplinar, entendendo que interdisciplinaridade consiste em “um projeto que questiona a fragmentação do conhecimento e busca sua totalização”.

Em se tratando do campo da saúde mental, Santos (2010) cita Vasconcelos (2002) para diferenciar as tipologias de uma equipe multiprofissional. Numa equipe multidisciplinar, as interações se resumem em referência e contra-referência, não existe coordenação técnica, apenas administrativa. Numa equipe pluridisciplinar, há trocas de informações com estudos de caso coletivos, planejamento, avaliações e ações assistenciais coletivas, no entanto, não há uma axiomática comum. No caso da equipe interdisciplinar, há capacidade de promover mudanças estruturais e enriquecimento mútuo, fundamentado em uma axiomática teórica e política comum, embora reconheça conflitos e diferenças. Há tendência à horizontalização do poder, busca de linguagem simples e acessível. Na transdisciplinar, há cristalização da interdisciplinaridade com estabilização de um novo campo teórico e disciplinar. Para o autor, uma equipe interdisciplinar capaz de articular redes intra e inter institucionais tanto facilita as mediações dialógicas na construção de um projeto terapêutico como facilita as ações de inserção social.

No entanto, Gomes e Deslandes (1994, p.109) afirmam que implementar esse diálogo não é uma tarefa fácil, pois esbarra em alguns aspectos: (a) a forte tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos problemas de saúde; (b) os espaços de poder que a disciplinarização significa; (c) a estruturação das instituições de ensino e pesquisa em departamentos, na maioria das vezes sem nenhuma comunicação entre si; (d) as dificuldades inerentes à experiência interdisciplinar tais como, a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas.

Rotelli, Leonardis, Mauri (2001) asseguram que o trabalho em equipe é fundamental na perspectiva da desinstitucionalização. Para os autores, esse tipo de trabalho em equipe serve para socializar as experiências, para enfrentar os problemas juntos e para avaliar, compartilhar e corrigir as decisões que cada profissional toma; a equipe funciona, também, como uma espécie de supervisor coletivo. Referem, ainda, que a experiência da Desinstitucionalização Italiana mostrou que a profissionalidade se explica menos em termos de competências técnicas especialistas e codificadas, mas muito mais na capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidade e recursos de intervenção.

A proposta de uma atenção integral para o usuário de álcool e drogas pressupõe uma prática interinstitucional e transversal que envolva vários saberes técnico-científicos e que supere a prática médico-curativa. Ao determinar a intersetorialidade, os documentos sugerem não só a interdisciplinariedade entre saberes especializados como entre diferentes instituições públicas e civis, de setores igualmente diversos.

Especificamente nos CAPS, Lobosque (2003) aponta alguns “embaraços” vivenciados pela equipe no sentido de construir ações interdisciplinares, os quais coincidiram com aqueles observados no contexto desse estudo. São eles: a dependência do profissional de formação psiquiátrica; a desmontagem da identidade desse profissional que implica, da mesma forma, a desmontagem das demais identidades profissionais e a sustentação de atividades coletivas, tais como, monitorar oficina terapêutica, coordenar assembleia, organizar passeio. A autora chama a atenção também para o impacto do desinteresse da gestão municipal no cotidiano de trabalho, prejudicando as práticas criativas, levando os técnicos a uma posição de descrença e desinteresse e revelando a importância do papel da gestão municipal e local para garantia da implementação e manutenção do projeto institucional.

Outros estudos também expuseram desafios para a efetividade do trabalho nos CAPS ad que se verificaram aqui: a construção de uma rede articulada que ofereça retaguarda ao tratamento e a superação da hegemonia do papel do médico e do modelo tradicional de tratamento, embora se reconheça que houve uma transformação do cuidado, se comparado ao modelo asilar (SOUZA *et al*, 2007; ALVES, 2009; FODRA; COSTA-ROSA, 2009; SANTOS, 2010).

Nesse sentido, as observações tenderam a confirmar também o que demonstrou Silva (2010) em relação à divisão do trabalho na equipe de nível superior nos CAPS: embora

houvesse cooperação entre os saberes, constatou-se a existência de uma divisão bem marcada entre médicos e não-médicos e pouca diferenciação entre as tarefas dos profissionais não-médicos, o que favorecia uma sobrecarga de trabalho para os médicos e uma fragmentação dos coletivos de trabalho.

O autor (2010, p. 162), ao analisar a atividade dos psiquiatras nos CAPS, apontou que:

Verificamos que os CAPS estão vivenciando um processo de psiquiatrização e medicalização. Vale ressaltar que tal processo tem ocorrido mais por parte de outros trabalhadores do que dos próprios psiquiatras que, não raro, também reforçam esse lugar a que são chamados. Quanto ao lugar ocupado pelos psiquiatras nos CAPS, primeiro vale reafirmar aqui que eles são sempre em menor número. Outro questionamento essencial sobre o lugar do psiquiatra diz respeito à sua não inclusão no rol de ‘trabalhadores dos CAPS’.

Abuhab *et al* (2005) apontaram a formação médico-hospitalocêntrica como o principal fator que contribui para a manutenção da hegemonia médica. Entretanto, a análise da atividade coletiva desenvolvida no Capítulo 4 permitiu evidenciar outros fatores que se referem tanto às condições concretas para a realização do trabalho, quanto às variabilidades do objeto e dos sujeitos trabalhadores e, sobretudo, das condições ou não de apropriação das competências necessárias para gerir as variabilidades, as quais não se restringem a formação acadêmica. De modo a compreender como essa divisão entre médicos e não-médicos impacta no trabalho, é necessário analisar separadamente cada um desses blocos para, em seguida, discutir como essa organização se constitui num obstáculo para o trabalho interdisciplinar.

## 5.1 Coletivos multiprofissionais e interdisciplinares

### 5.1.1 Os Técnicos Superiores de Saúde

Apesar dos TSS desempenharem tarefas comuns, a especificidade da formação de cada profissional se conserva, em parte, na forma como conduz os casos.

A gente não tem, muitas vezes - como eu vou dizer? - uma função específica de *determinada profissão*. Como é um serviço de urgência, ele tem a sua especificidade, então, eu percebo que todo técnico aqui, ele tem as mesmas funções, né? [...] ser técnico de referência, eu penso que é isso, dar o andamento da clínica mesmo, e é aí que eu acho que *minha profissão*, cada um vai ter sua especificidade nesta condução, é aí que eu utilizo das minhas técnicas profissionais para poder fazer essa condução. Aí que eu acho que entra o trabalho específico da *minha profissão* (P5).

Quanto a essa questão da especificidade nas tarefas dos TSS, dois aspectos merecem ser considerados. Primeiramente que, a despeito do projeto institucional, havia uma percepção

de que cada um fazia a sua clínica, segundo suas próprias normas e valores, o que poderia levar a fragmentação do coletivo, uma vez que a existência deste pressupõe justamente que objetivos e valores sejam compartilhados.

Então, Modelo de Redução de Danos, falar que aqui é Modelo de Redução de Danos, eu não sei até que ponto que é. Eu tenho colegas, conversando e até vendo. Eu até já coloquei isso, é preciso discutir melhor isso, que compreensão que as pessoas têm de Redução de Danos. Acho que a verdade, tem colega que trabalha focado na lógica da abstinência (P3).

Principalmente a Redução de Danos, a primazia do serviço, reabilitar, reinserir, tal, mas fica muito no individual. Cada profissional faz do jeito que lhe convém, do jeito que acha, que acredita. Então, por exemplo, tem profissional que não acredita em Redução de Danos, que não consegue entender essa lógica. Ou para de usar ou para de usar. Não tem essa coisa de reduzir, de achar que aqui vai ficar protegido por um período (P2).

Eu percebi que aqui todos trabalham mais sozinhos, não sei se aquela salinha ali... (P3).

Essa última fala expressa que, “aquela salinha” – a sala de plantão – se constitui como o local “em que tudo acontece” (P1), em que “as coisas são resolvidas na hora que acontecem”(P4).

Especialmente nesse espaço garantido pela dinâmica institucional, onde a comunicação era possibilitada, que uma linguagem comum era construída, a partir da cooperação e das trocas de experiências.

Você pede socorro para um, discute com um, discute com outro, pondera com outro. Aquele profissional que quer realmente interagir, ali acontece (P1).

O que me atraiu para vir para cá foi aquela salinha, as pessoas sentadas evoluindo, conversando, discutindo casos, aquilo me chamou atenção, eu acho importante ouvir outras opiniões (P9).

Observou-se ainda outros elementos que garantiam a comunicação e troca de informações entre os profissionais, como por exemplo, o livro de plantão e o prontuário. Nesse livro eram registrados os principais eventos que ocorreriam durante um plantão. Os profissionais do próximo turno, ao chegarem, procuravam examinar tal livro de modo a se inteirarem dos imprevistos ocorridos e das demandas que ficaram pendentes no período anterior. Esse livro revelou-se como um instrumento que facilitava a antecipação e planejamento do trabalho. No prontuário, ficava registrada a história do usuário no serviço, a evolução do seu projeto. A implantação do prontuário eletrônico, durante o período em que as observações foram realizadas, não permitiu uma avaliação precisa do seu potencial de comunicação, mas presenciou-se situações em que possibilitou o conhecimento sobre a trajetória de um usuário na rede, contribuindo a elucidar uma questão diagnóstica mais difícil.

Outro aspecto a ser considerado quanto à especificidade é que, embora tenha se constatado um reconhecimento de que compartilhar tarefas comuns favoreça uma “circulação de saberes, sem que um se coloque hierarquicamente sobre o outro” (P5), houve afirmações de que a falta da especificidade de cada profissional, além de solidão, acarretaria também um prejuízo na qualidade da produção:

Aqui não existe enfermeiro, T.O., psicólogo, não. Aqui existe o Técnico Superior de Saúde... Quando acontece alguma intercorrência grave, eu sinto que terapeuta ocupacional e assistente social ficam boiando, no sentido de coisa médica, assim. Nesses casos, de intercorrência clínica, quando é o enfermeiro que tá aí, resolve melhor. Em compensação, as oficinas, quando tem esses outros profissionais são bem melhores. Oficina, assembleia, entendeu? Toda essa questão mais humana...(P6).

Aqui, acho que quem tem alguma especificidade é o enfermeiro e o psiquiatra. Nem psiquiatra, o clínico, aqui, ele faz exatamente o mesmo trabalho que o psiquiatra. Não tem diferença não, mas é diferente dos demais. Questão de técnico [TSS], nesse grupo, talvez o enfermeiro tenha alguma particularidade específica. Meu trabalho aqui é igual do T.O., do assistente social. Eu acho que deveria ter uma diferença porque tem coisas que eu não domino. Avaliação da situação sócio-econômica do paciente, por exemplo. Não tenho uma formação para isso (P3).

Algumas dificuldades verbalizadas pelos trabalhadores quanto a esse aspecto tornam-se mais penosas, especialmente nas situações de urgência sem a retaguarda médica no serviço.

Hoje a gente tem um número de médicos muito menor do que a gente deveria ter. E o que fica pesado é que o serviço vai funcionar tendo ou não médico aqui presente. Então, como é uma Clínica de Toxicomania, a gente tá falando do corpo o tempo inteiro, então, tem questões que eu não tenho como resolver, que eu não tenho nem como saber às vezes a dimensão da gravidade (P4).

De acordo com esse profissional, trata-se de uma clínica diferenciada, onde as complicações físicas são mais presentes e lidar com elas esbarra no limite da competência dos profissionais não-médicos nos plantões. Se não há médico e a rede não oferece suporte, o profissional fica exposto a situações de risco, com margens de manobra muito estreitas.

No momento da restituição dos resultados, houve afirmações de que, se a rede funcionasse de forma mais articulada, a ausência do médico não seria vivenciada com tanta angústia pela equipe. Por outro lado, como a rede também está deficiente quanto à equipe médica, as estratégias de enfrentamento do problema ficavam ainda mais limitadas. Embora o tratamento médico não seja considerado central no tratamento da dependência de substâncias psicoativas, não é possível prescindir da presença deste profissional, especialmente quando há o risco de vida.

Uma situação de sobrecarga de trabalho foi relatada por um profissional da enfermagem. Ter mais atribuições do que as que são prescritas para os TSS acarretaria uma sobrecarga de trabalho que não necessariamente era cumprida da mesma forma por todos os enfermeiros e que não era reconhecida pelos demais profissionais.

Aí a minha crítica, os outros também não querem nem saber da Enfermagem. Ninguém quer saber se a Enfermagem tá atolada, ninguém dá conta disso. Então, é hoje uma crítica que eu tenho porque a gente tem a mesma carga horária, as mesmas atribuições, mais a específica de Enfermagem. Então, eu acho que da Enfermagem a gente tem que ter mesmo, não tem como fugir disso, é o que a Enfermagem é. [...] E eu não dou conta de fazer tudo. Quando eu falo isso para a equipe, eles não querem saber porque se eu vou fazer só isso... Vou ter que reduzir dias de acolhimento, por exemplo, de alguém, por exemplo, não sei o que vai acontecer? Acho que não vai acontecer nada, vai ficar do jeito que tá. Mas impacta para eles. E aí, nesse sentido, eles não são apoiadores não... Eles são eles mesmos, vai arrumar mais serviço para a gente. Deveriam perceber que a gente tá com muito serviço. Deveria estar... Não se faz na verdade. Não são todos que fazem (P2).

Para um dos técnicos de enfermagem, a falta de especificidade das tarefas dos enfermeiros impacta diretamente na organização do trabalho da equipe técnica de enfermagem.

Mas aí, a equipe de enfermagem fica solta, por quê? Os enfermeiros pensam assim: “se eu tenho que fazer o que os outros tem que fazer, eu não vou acumular função, porque a minha carga horária é de 20 horas, a dela é de 20 horas e a dele é de 20 horas. Eu não ganho a mais que os outros”. Então, eu sinto esse problema, a gente não tem referência aqui não (P6).

## 5.2.2 Os médicos

Diante da dificuldade de se manter o profissional médico no serviço, buscou-se levantar as possíveis razões para sua ausência e rotatividade.

Segundo relatos da gerência e da coordenação de saúde mental em reunião trata-se de um problema que não é só do CAPS ad, mas de toda rede, que também está com dificuldade de manter os médicos, em especial, psiquiatras. Há relatos de que até mesmo os hospitais psiquiátricos públicos estão enfrentando problemas com a defasagem do profissional.

A gente tá tendo uma dificuldade para poder sustentar porque essa rede de médicos está muito difícil, né? Na rede como um todo, mesmo clínico é difícil e esse é um dificultador até para abertura de outro serviço (P1).

Especialmente no caso do serviço, considera-se que houve fatores de ordem pessoal que contribuíram para que cada um dos médicos não permanecesse, “contingências pessoais que deram outras opções e eles não conseguiram sustentar esse estar com a gente”(P1).

Entretanto, diversos outros elementos foram mencionados, com destaque para uma insatisfação dos médicos com o salário e a falta de flexibilidade para cumprir a carga horária, associadas a um aumento da demanda pelo profissional em outros municípios da região. Soma-se a esse fator, a escassez de mão-de-obra disponível no mercado de trabalho. Ainda que considerado insatisfatório, é necessário ressaltar que o salário dos médicos seja significativamente superior ao dos demais.

Eu acho, tem a questão da flexibilização do horário, porque em outras cidades, você tem a opção de fazer vinte horas em menos dias. Aqui, tem a exigência de vir quatro dias por semana, o que acaba dificultando a presença do médico no local. Mas tem outras questões também. O fato da própria clínica. A Dependência Química não é tão atraente para a maioria dos profissionais. A questão salarial. O salário também não é tão bom (P9).

Ambos os médicos entrevistados concordaram que essa clínica não é tão atraente para a maioria dos profissionais.

Aqui, especificamente, eu acho que o que pega é que a população de alcoolistas e drogadictos é difícil de trabalhar. Exige muito uma estrutura psicológica [...] A população é difícil, você tem que investir muito no seu paciente para obter sucesso (P8).

No entanto, alguns profissionais referiram conviver com médicos que saíram do CAPS ad e continuam trabalhando na área, o que sugere que o problema não seja só em função das características da clínica.

Deparar-se com o sofrimento do usuário e da família e não ter recursos para minimizá-lo no que se refere à precariedade de estrutura da rede de cuidados, especialmente para oferecer retaguarda em situações emergenciais, foi apontado como um fator causador de angústia e desmotivação para os dois médicos entrevistados.

Tem uma angústia também, assim, você não tem uma estrutura que te dá o suporte que você precisaria, né? Eu acho até que pelo fato de o serviço ser um serviço recente ainda e você não precisa de um único serviço, precisaria de ter uma rede de atendimento, e essa rede ainda não está montada: o leito de hospital geral, um lugar para o paciente ficar durante a noite que seria necessário... Essa falta de estrutura te desmotiva, né? Você tem a angústia de você saber o que o paciente precisa e não ter os recursos para oferecer o tratamento que ele precisa. Aí, você vê o sofrimento dele, o sofrimento da família e começa a angustiar. É insuficiente o que você tem para oferecer (P9).

Enquanto as tarefas dos demais técnicos mostram-se pouco diferenciadas e voltadas para uma clínica mais ampliada, as dos médicos remetem ao modelo tradicional. É possível que as representações dos profissionais, usuários e familiares contribuam para isso, mas não se pode negligenciar que o aumento da demanda da população pelo serviço também seja um fator relevante.

*Fulana*, ela tinha... Ela era muito técnica, inicialmente, quando ela tinha tempo de pegar o telefone, ligar, descobrir família, mas agora, por diversas situações, ela não dá mais conta [...] Hoje, eu não cobro isso deles [dos médicos] porque eu preciso que eles atendam o paciente pelo menos e que mantenham a prescrição, que tenham um olhar médico, mais do que um olhar técnico. Agora, eles têm que estar presentes para discutir todos os casos porque o projeto terapêutico tem que ser construído com os dois (P1).

Ainda que a atividade do médico praticamente se restrinja ao “olhar médico”, também houve verbalizações de que havia dificuldades para os clínicos de realizar diagnóstico e prescrição psiquiátrica, tanto devido aos limites de sua formação acadêmica, quanto ética. Apesar disso, eram cobrados a assumir essa tarefa de “médico do CAPS ad” (Diário de Campo). Da mesma forma, para um dos entrevistados, o serviço não dispunha das melhores condições para realizar a clínica médica com a qualidade que julgava necessária.

Teoricamente, minha função aqui é de clínica de apoio, eu teria que atender as intercorrências clínicas e urgências clínicas, por exemplo, paciente com diabete que pode ter uma hipoglicemia, paciente hipertenso, cardiopata, essas coisas que são comuns no paciente alcoolista. Mas, na realidade, não é isso que acontece. O que acontece é que eu faço o mesmo atendimento que o psiquiatra, só que com menos experiência e sem formação específica e a parte clínica mesmo, eu faço um pouquinho aqui, mas acaba que é encaminhado para o Centro de Saúde, porque aqui não tem o mínimo de equipamento necessário (P8).

Tem coisas que você tem que decidir sozinho e tem coisas que você tem que responder sozinho também: sobre a melhora ou piora do paciente, a respeito da medicação dele. Tem uma cobrança maior em cima do profissional médico. Acho que o Conselho da gente tem uma fiscalização que é maior. Tem um Código de Ética também que você fica meio refém: Será que isso eu poderia estar fazendo? (P9).

Responder a condutas de baixa qualidade ou de ações para as quais não se julgam aptos frente ao Conselho de Ética foi, portanto, um fator que os médicos referiram que os angustia. Isso fica ainda mais evidente numa fala de um dos médicos:

Não vou atender para quatro médicos. Não vou fazer um serviço porco. Tenho que atender os usuários. Meu compromisso é com meu paciente (P8).

Os médicos apontaram ainda sentir-se mais cobrados e mais visados que os demais profissionais. Além de atenderem um volume maior de usuários, referiram haver uma certa cobrança da equipe, do usuário e da família do porquê de o usuário não estar bem. Afirmaram que, se o usuário não for atendido pelo médico é como se não tivesse sido atendido por ninguém.

O técnico (TSS), quando ele atende, ele atende a pessoa que chegou, depois, ele vai passar por essa avaliação médica e a gente vai discutir o projeto, mas tem uma certa cobrança da equipe: porque este paciente não está bem, o que está acontecendo com esse paciente, a última vez que ele foi avaliado pelo médico, ele está na permanência dia e o médico não viu ele ainda. Tem a própria cobrança mesmo. A família tem essa impressão que se não foi atendido pelo médico, não foi atendido, né? (P9).



A própria representação dos outros profissionais do que seja a competência médica, o que, em alguns casos, se restringe a necessidade de medicação, possivelmente também contribui para isso:

Então, nós vamos avaliar a necessidade de ter uma avaliação médica, a partir do quê? A partir das queixas do paciente. Então, ele vai trazer sintomas mais corporais e também psíquicos que precisam de medicação. Então, se apresenta fissura ou se está em abstinência. Então, são coisas médicas, para atendimento médico (P4).

Um dos médicos mostrou-se ressentido com o tipo de condução de casos por parte alguns TSS, quando só esperam que o médico prescreva a medicação e que a medicação vai resolver todos os problemas do usuário:

*Fulana* só me encaminha: “Avalia aí”. Não discute caso, não tá nem aí. Eu não sou só um carimbo para prescrever medicação (P8).

Paciente que tem depressão há duzentos dias, querem que eu atenda. Eu entendo isso, mas não espere retorno de uma coisa que não tem, porque eu estou cheia de trabalho. A questão da medicação, né? Até que ponto que resolve?(P8).

Quanto a essa última fala, é possível fazer algumas especulações sobre como a gestão das práticas de saúde são atravessadas pelos debates que ocorrem nos níveis macro, do Mercado e da Politéia, retomando aqui o Espaço Tripolar proposto por Schwartz (2010). A demanda de medicalização dos problemas sociais, da incapacidade de tolerar o sofrimento numa sociedade cuja primazia é a busca da felicidade vai aparecendo como um valor que sustenta escolhas que se faz na atividade. Além disso, considera-se que o trabalho terapêutico é considerado um processo lento que o parcelamento do cuidado e o constrangimento de tempo e volume não permitem realizar.

Eu faço um atendimento, não é uma psicoterapia, mas um atendimento que tem um efeito terapêutico. Como o *CAPS ad* é um serviço de urgência, nossa prioridade não é ofertar psicoterapia, que seria um tratamento mais a longo prazo, onde você vai aprofundar questões subjetivas [...]. Então, procuramos durante o tempo dele aqui, de tratamento, trabalhar as questões envolvidas nesse uso mesmo de substâncias. Então, é uma escuta mais voltada, né, para esses aspectos, já que não tem como a gente aprofundar muito, né? Teria que fazer um trabalho de meses ou até de anos, né? Um psicoterapia, ela é a longo prazo, né?(P4).

Identificou-se também que o médico, em número menor, tem que dividir o referenciamento dos casos com os demais profissionais, o que acarreta sobrecarga. Ainda quanto à sobrecarga, os médicos referiram fazer muito mais plantões que os demais técnicos porque, se estão no ambulatório e não há médico no plantão, são chamados a atender as intercorrências e acabam tendo que deixar de atender os usuários que referenciam. São responsáveis por um número muito maior de usuários que os demais técnicos e não há um

limite de quantos usuários podem ter sob sua referência. Tal fato aparece nas falas dos médicos e também é reconhecido pelos demais profissionais:

Nós estamos sobrecarregados. Minha agenda está lotada (P8).

É uma opção do serviço. O médico tem que estar junto com o técnico na condução dos casos. Agora, é lógico que nós temos mais facilidade, em termos de volume de serviço que o médico. O médico é muito mais sobrecarregado porque ele é referência para vários técnicos. Olha a proporção... Acaba que o médico fica muito nesse lugar medicamentoso, mesmo, da urgência clínica, do atendimento dos pacientes que estão em leito... Então, eu acho que o problema maior é o volume (P5).

Eu tenho meu dia de plantão, quinta à tarde, tenho paciente de PD também como eles, mas acaba que como está tendo escassez de médico, eu acabo que tenho que olhar mais pacientes, correr atrás de mais pepininhos (P8).

Eu acho que é isso mesmo, o médico tem essa sobrecarga. Termina ficando sobrecarregado. É estressante mesmo. Eu vou te falar, tem dias que tem vários acolhimentos e tem vários pacientes da permanência dia aqui que pediram para avaliar. Eu tenho que pedir para quem pediu priorizar porque não vai ser possível atender aquela quantidade, né? E aí, às vezes tem paciente que você gostaria de ter atendido porque na sua avaliação ele precisava de atendimento e aí, você tem que tentar botar ele em algum lugar no meio disso (P9).

Finalmente, os médicos avaliaram que a sobrecarga de trabalho impacta tanto em sua própria saúde e atividade quanto na eficiência geral do serviço. No entanto, deve-se considerar que há questões pessoais que fazem com que esse impacto seja vivenciado de formas distintas por cada profissional. Fatores como a formação, a experiência e o valor que trabalhar no CAPS ad tem na vida de cada um deles contribuem para o desenvolvimento de diferentes estratégias de enfrentamento das adversidades.

Para um dos médicos, não dispor de recursos necessários para o agir competente, não poder oferecer um atendimento de acordo com sua concepção de qualidade e não concordar com o modelo de tratamento instituído e não dar conta de fazer tudo que lhe era demandado pela equipe ou pelos usuários e familiares acarretava um sofrimento que nem sempre acabava quando saía do trabalho.

Alguns fatores pessoais também foram relatados como contribuintes para que um deles permanecesse no serviço apesar das adversidades como, por exemplo, procurar agir conforme avalia que é correto, apesar da pressão da equipe para realizar alguns atendimentos. Para tanto, relata que precisa fazer julgamento de gravidade.

É meio como se você se sentisse assim: você está num campo de batalha e tem que escolher quem você vai salvar e quem você acha que está precisando mais naquele momento, é uma sensação angustiante mesmo (P9).

Além disso, quando os médicos sentem-se inseguros com relação às condutas medicamentosas, nem sempre tem oportunidade de discuti-las com outro médico, especialmente nos casos em que os usuários continuam fazendo uso de substâncias psicoativas concomitantemente com os medicamentos prescritos ou de co-morbidade psiquiátrica (Diário de Campo). Enquanto as responsabilidades quanto à condução do projeto psicossocial são compartilhadas entre médicos e não-médicos, a responsabilidade quanto à medicação é mais solitária.

No momento da restituição dos resultados, a equipe ressaltou que, desde que o serviço foi aberto, essa foi a primeira vez que vivenciava uma situação de ter a equipe médica tão defasada e que os motivos que levaram a essa situação não poderiam ser generalizados, que era preciso analisar cada caso. A equipe reconheceu que havia fatores culturais que contribuíam para que o médico fosse colocado num lugar central do tratamento, ainda que os esforços fossem sempre no sentido da horizontalização.

O prevalecer de um olhar médico, que se guia por um diagnóstico, pode orientar para um saber sobre o paciente que, na realidade, informa muito pouco sobre suas necessidades, seus desejos e suas possibilidades (SARACENO, 2001). Não se trata aqui de negar a importância do saber médico para o cuidado, mas de desenvolver estratégias que o façam dialogar com os outros saberes sem que prevaleça sobre os demais. Para que isso seja possível, é necessário que os demais saberes se desloquem de uma condição de não-médicos e restituam sua identidade sem perder de vista aquilo que é o axioma comum a todos.

## **5.2 Impacto da organização do trabalho para a atividade dos trabalhadores e a qualidade da produção**

Estima-se que a insuficiência do número de profissionais médicos no serviço impacta diretamente no trabalho de outros profissionais e na qualidade do tratamento dos usuários, uma vez que acarreta atraso na atualização de prescrições e dificuldade de agenda para atendimentos e discussão do projeto terapêutico.

Alguns TSS, com relação à condução dos casos, queixaram-se da dificuldade de discutir os casos com o médico em função da sua sobrecarga. Alegaram que algumas medicações precisavam ser revistas e questionaram algumas condutas entre si quando os médicos não estavam presentes. Assim como evidenciou Silva (2010, p. 205) quanto à relação

TSS-psiquiatra, também no contexto desse estudo se identificou que a maioria dos trabalhadores pouco (ou quase nada) interrogavam o médico no sentido de fazê-lo repensar, ressignificar esse lugar de visibilidade hierarquizada, histórica e culturalmente concedido a ele, não o interpelavam “nesse lugar (conflitivo) médico-centrado, de apresentação de um diagnóstico e apontamento de uma prescrição medicamentosa”. Ao contrário, confirma-se a afirmação do autor de que “quem mais aponta para a reconfirmação do psiquiatra no lugar médico-central não é, exatamente, o psiquiatra, antes os trabalhadores e os processos de trabalho daí decorrentes”(SILVA, 2010, p. 207).

O atraso na atualização das prescrições, por sua vez, impacta no trabalho na farmácia, impondo a necessidade de subversões das normas para garantir a qualidade da produção do cuidado:

Essa prescrição é válida por 30 dias, no hospital uma prescrição dessa vale por 24 horas. Tem prescrição aqui vencida há dois meses. Uai, se eu não der, olha o problema, um anti-convulsivante, por exemplo... Eu dou. Se não tem médico, você acha que eles vão brigar com o médico? Eu dou o remédio e não checo. [...] Eu não posso ficar tirando as prescrições da semana. Eu não posso ficar esperando a boa vontade do médico, a hora vaga do médico, até porque nós temos três médicos hoje.... Então, eu coloquei lá embaixo, dois fizeram, um não quis fazer. Só não posso fazer. Não posso prescrever. Antes eu ia lá, sobrava tempo, agora não dá mais. São muitos pacientes (P6).

A situação agravou-se ainda mais quando o serviço ficou com apenas um médico no final das observações. Estratégias para lidar com o problema foram discutidas entre a equipe nas reuniões para que o serviço não tivesse que fechar as portas. Entre tais estratégias pode-se citar a priorização de atendimento médico dos usuários em PD e agendamento de atendimento médico no Centro de Saúde para os novos casos, referenciando preferencialmente somente urgências para serem atendidas pelo médico no CAPS ad. Houve verbalizações do quanto a situação dificultava tanto o trabalho do médico quanto dos demais.

Entretanto, a fala de um dos profissionais acrescentou aos elementos já apresentados, a importância da formação dos trabalhadores para a efetivação desse trabalho, o que também ressaltou Silva (2010). Além disso, a fala resume os principais elementos do contexto identificados como condicionantes das atividades coletivas, tanto no que se refere aos aspectos dificultadores quanto aos facilitadores.

*A universidade tem um modelo de trabalho muito diferente desse. Aqui é mais dinâmico. Você tem a possibilidade de troca com outros profissionais. O fato de ter uma equipe multidisciplinar é muito bacana porque você tem outras visões dos pacientes, são visões complementares. Tem um conhecimento que você adquire nessa troca. O que eu acho que*

realmente complicada é isso, assim, o fato da gente ter *pouco tempo*, de você ter um *volume* tão grande que você não consegue aproveitar isso que você tem a sua disposição. Acho muito rico poder trabalhar com pessoas de outras áreas, ter outras visões, aprender outras coisas. *A equipe é uma das coisas bacanas que você tem no serviço*. O fato de você poder ter essa troca, sabe? Não é o modelo que é trabalhado na universidade. Acho que é uma pena. Realmente, assim, eu acredito no trabalho da gente, sabe? Só acho que *é uma coisa em construção que por enquanto ainda é insuficiente para o que a gente deseja*. Talvez seja por isso que ainda esteja aqui há três anos. De qualquer jeito, eu acredito no trabalho que a gente faz, acho que tem uma resposta. *Acredito que a gente poderia fazer mais se a gente tivesse a estrutura que a gente precisa, a rede que a gente precisa, a política que a gente precisa construída* (P9, grifos nossos).

Essa verbalização revela uma série de reservas de alternativas disponíveis para o enfrentamento das dificuldades. Se por um lado, há solidão e sobrecarga em função do *tempo* e do *volume*, por outro, acreditar no trabalho “da gente”, parece revelar o sentimento de pertencer a um coletivo que permite *trocadas e aprendizado*. Além disso, denota compromisso com o trabalho, com a criação, a transformação, a *construção* do que “a gente deseja”. Embora essa ação ainda se encontre limitada pelas condições concretas de execução no que se refere à estrutura do serviço, da rede e da política, reconhece-se aqui a existência de um coletivo desejante que compartilha não só objetivos, mas também valores.

#### **5.4 Estratégias Coletivas para enfrentamento das adversidades**

Apesar das dificuldades em relação ao trabalho da equipe, observou-se que havia um empenho na construção de estratégias coletivas de enfrentamento das dificuldades vivenciadas, o que se confirmou através das observações e das verbalizações dos entrevistados de uma maneira geral.

Eu acho que a gente tem, não sei se sou eu ou o ser humano, essa mania de lembrar mais das coisas ruins do que das coisas boas, mas a gente tem muito retorno de alguém que está bacana, que te encaminhou outro paciente. Às vezes você nem se lembra mais dele. “Eu vim porque fulano tá muito bem, tá trabalhando...” [...] O que fica para mim do serviço é a vontade que a equipe tem de construir um trabalho bacana, de fazer um trabalho bacana. Acho que a gente tem essa enorme vantagem (P9).

Ao reconhecerem que o trabalho real era bem diferente do trabalho prescrito, que havia dificuldades, até mesmo porque o serviço era relativamente novo e a própria rede ainda estava em construção, os profissionais verbalizaram uma série de estratégias que desenvolviam, cotidianamente, para dar conta desse trabalho, as quais evidenciam que o trabalho não é só execução, mas também criação, uso de si.

Em conformidade com o que apontou Uchida *et al* (2011, p.37) observou-se que:

A integração da equipe, a cooperação e a solidariedade eram pontos fundamentais que ajudavam os trabalhadores a se protegerem dos sentimentos de impotência, das coisas que não davam certo, da inoperância do sistema que dificultava um trabalho já tão árduo.

Isso se verificou na criação de novos dispositivos para fazer frente às variabilidades. Por exemplo, frente à insuficiência de médicos no serviço e sobrecarga dos poucos que permaneceram, buscava-se ampliar a geometria da configuração coletiva ao referenciar os casos para serem avaliados pelos médicos dos Centros de Saúde ou ao buscar estabelecer parcerias com abrigos para retaguarda noturna de pessoas em situação de rua. Outro exemplo se refere à iniciativa da equipe em mobilizar a rede para discussão de um caso para o qual os recursos disponíveis no serviço não se mostravam suficientes, no momento da supervisão técnica.

Pode-se citar também situações vivenciadas pelos profissionais na PD, tarefa que em si pressupõe fazer escolhas o tempo todo em função do coletivo. Por exemplo, o profissional podia oferecer retaguarda para o plantão, realizar atividades coletivas como assembleia e oficina ou realizar atendimentos individuais. A disponibilidade em deslocar-se de sua atividade para não sobrecarregar o colega implicava em fazer escolhas que eram fruto tanto de valores individuais quanto de negociações coletivas.

Outro exemplo é a regulação da porta-de-entrada realizada pelo profissional de plantão que, ao priorizar os casos mais graves, não sobrecarrega o serviço. Assinala-se ainda outras invenções locais como fazer atendimento ambulatorial ou acolhimento em conjunto entre médico e TSS de modo a otimizar o tempo e as decisões de encaminhamento, os murais e livro de plantão para facilitar a comunicação são também exemplos de arranjos coletivos que se fazia para dar conta do trabalho nas condições dadas. Apesar disso, é certo que:

A gente não tem governabilidade num monte coisa (P2).

Nesse sentido, em concordância com o pressuposto ergonômico de que o trabalho real sempre difere do prescrito, recorre-se ao que apontou Saraceno (2001) para afirmar que as condições reais de trabalho nos serviços de saúde mental não permitem que se ponham em ação quaisquer condições recomendadas porque não se trata somente de *settings* físicos, mas de cenários emotivos. O autor chama atenção para os “fatores de confusão”, mais potentes que os modelos, e mais influentes e disruptivos que qualquer técnica, os quais “*consomem as técnicas e modelos e cria técnicas e modelos operativos, que se constituem em objetos desconhecidos e não descritos*” (p.80). As condutas são, para o autor, a resultante da interação

de variáveis que incluem o usuário, a família, o serviço e sua organização. Acrescenta-se aqui como variável, o profissional, sua história de vida, sua formação e sua subjetividade.

A verdadeira capacidade de trabalhar em equipe está em compreender que cada homem, em função de sua história, de sua vida escolar, de suas possibilidades e impossibilidades, de suas experiências de vida, tem um perfil mais ou menos diferente: ele tem um perfil que não é meu, ele é mais rico em tal coisa que em outra; e quanto a mim, devo ser modesto, quando isso se justifique e assumir minhas responsabilidades quando sei que sou mais competente em determinado plano (SCHWARTZ, 2010c, p.219).

Não se trata, portanto, de anular as especificidades de cada disciplina, mas de criar dispositivos para que favoreçam o diálogo e cooperação entre elas frente as demandas de cada caso.

Quanto a esse aspecto, a manutenção de espaços que possibilitavam a comunicação e a cooperação mostraram-se fundamentais para a construção de estratégias de regulação individuais e coletivas. Por exemplo, através da observação, verificou-se que, nos intervalos entre os atendimentos, os profissionais frequentemente se direcionavam a sala de plantão, onde preenchiam prontuário, anotavam no livro de plantão, faziam ligações e, sobretudo, trocavam informações entre si, estabelecendo laços de confiança e apoio mútuo.

Da mesma forma, observou-se que as reuniões semanais de equipe constituíam-se em espaços privilegiados para compartilhamento de angústias e dificuldades, construção de saberes sobre o trabalho, onde se reafirmavam os valores e pressupostos da Redução de Danos e se desenvolviam estratégias de ação que não se reportassem ao modelo manicomial, apesar de considerado por alguns profissionais como pouco democrático e resolutivo.

A FIG. 10 resume os principais elementos identificados como potencializadores para o desenvolvimento das estratégias coletivas de enfrentamento das adversidades no serviço.

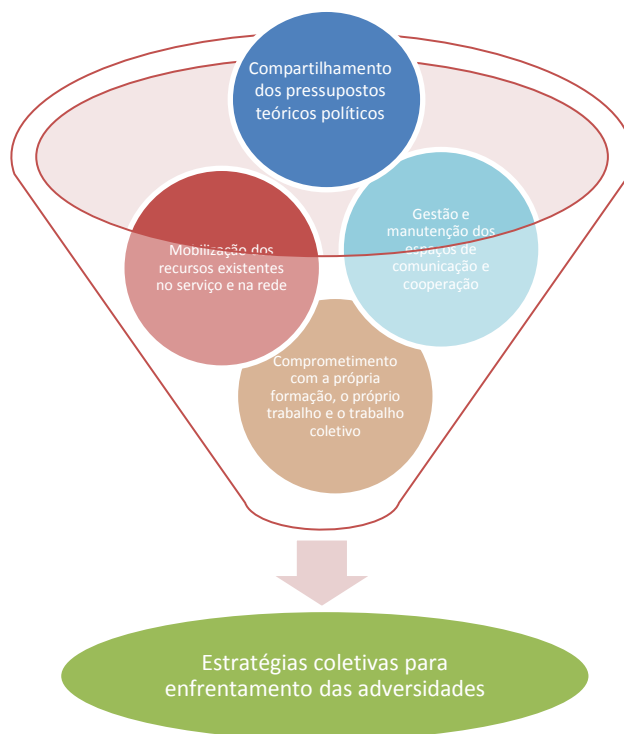


Figura 10: Fatores que contribuem para o desenvolvimento de estratégias coletivas de enfrentamento das adversidades no CAPS ad

Fonte: elaborado pela autora

Além de fortalecer os laços do coletivo e favorecer o desenvolvimento de estratégias de regulação, cabe acrescentar que, no contexto desse estudo, também se verificou o que apontaram Lancman e Silva (2008) no que se refere ao desenvolvimento dos processos de regulação. As estratégias de regulação permitiam tanto minimizar a carga de trabalho individual quanto absorver uma quantidade maior de usuários. No entanto, o aumento de demanda comprometia o trabalho coletivo uma vez que as soluções criadas se revertiam em sobrecarga. Os resultados concordam também quando apontam que num contexto de ausência de suporte material e psíquico, o engajamento militante mostra-se fundamental para continuar a trabalhar apesar de tantas carências, embora pare a dúvida sobre a viabilidade da proposta.

Nesse sentido, a atuação clínica é também um posicionamento político para a sustentação desse modelo em um momento delicado em que é duramente questionado por setores mais conservadores da sociedade. Daí afirmar que clínica é política uma vez que as escolhas que se faz através da atividade determinam “a relação com os outros ou o mundo no qual você quer viver” (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2010d, p. 192).



## 6 A PENOSIDADE NA CLÍNICA DE REDUÇÃO DE DANOS

Marx (1996) apontou que o processo de trabalho possibilita satisfação, à medida que o homem se objetiva no produto desse trabalho. Por outro lado, trabalhar também implica em esforço e desgaste, posto que ao transformar algo, o homem também se transforma.

Na mesma perspectiva, o sofrimento pode ser compreendido enquanto consequência última do real que confronta o sujeito “ao fracasso, de onde surge um sentimento de impotência, até mesmo de irritação, cólera ou ainda de decepção ou de esmorecimento”. Ao mesmo tempo, o sofrimento se constitui em um elemento que permite “a proteção da subjetividade com relação ao mundo, na busca de meios para agir sobre o mundo” e, portanto, que está na origem da inteligência. Em outras palavras, não é o trabalho que produz sofrimento, mas o sofrimento que produz o trabalho (DEJOURS, 2004, p.28; 2011).

Schwartz, Durrive e Duc (2010d, p. 195), por sua vez, afirmaram que o sofrimento no trabalho advém dos debates de normas e das escolhas que deles decorrem, na dramática entre o uso de si por si e pelos outros, “tentando valer as próprias normas de vida, as próprias referências através de uma síntese pessoal dos valores. Essa tentativa também é um risco, pois os fracassos são possíveis”.

Dependendo da forma como é organizado, o trabalho pode desencadear desgastes, desmotivação e perda da expectativa de realizar um trabalho bem feito. Pode levar ainda a fragmentação dos coletivos, diminuição da produção, absenteísmo, *turn over* e sofrimento psíquico elevado (LANCMAN; PEREIRA, 2008).

O caráter penoso do trabalho, portanto, pode prevalecer em contextos “geradores de incômodo, esforço e sofrimento físico e mental, sentidos como demasiados e sobre os quais o trabalhador não tem controle” (SATO, 1993, p. 197). Esse controle, para a autora, depende de três requisitos que devem estar presentes simultaneamente: *familiaridade* com a situação, *poder* para modificar as tarefas e *limite subjetivo* sobre o que possível aguentar no trabalho.

Como o trabalho real sempre difere do prescrito, para gerir as variabilidades advindas da tarefa ou de si próprio, o trabalhador desenvolve estratégias de regulação, tentando ao mesmo tempo realizar a tarefa e evitar efeitos negativos em si mesmo, ajustando suas

condições internas às exigências da tarefa, o que pode impactar diretamente sobre sua saúde, competência ou desempenho (FALZON, 2005).

Nesse sentido, Luz (2012, p. 193) demonstrou que “a penosidade está vinculada ao contexto das situações de trabalho nas quais as margens de regulação, relacionadas ao desenvolvimento de estratégias para lidar com o incômodo, são restritas”.

O sofrimento no trabalho, portanto, ao tornar-se penoso ou patogênico, pode incidir em várias dimensões: 1) do corpo (lesões, fadiga, carga excessiva de trabalho, riscos ou ameaças à saúde, etc.); 2) do psiquismo ou da subjetividade (*stress*, *burnout*, transtornos mentais, enfraquecimento ou aniquilação do poder de agir do sujeito etc.); 3) do relacionamento entre os sujeitos (falta de reconhecimento, enfraquecimento dos coletivos de trabalho, empobrecimento das relações afetivas, competição exacerbada, etc.); 4) da perspectiva do sujeito moral (assédio, dominação de classes, exclusão social, invisibilidade social, etc.); e 5) do ponto de vista do próprio trabalho (atividade impedida, esvaziada ou suspensa; perda do significado ou da função psicológica do trabalho; ausência de atividade)(BENDASSOLLI, 2011).

Quanto a esse último ponto, Clot (2001, p.5) salientou que a fadiga, o desgaste violento, o estresse correspondem tanto ao que os trabalhadores fazem quanto o que são impedidos de fazer. Para o autor “sofrimento é uma atividade contrariada, um desenvolvimento impedido. É uma amputação do poder de agir [...] uma atividade envenenada ou intoxicada”, sentida como um atentado a própria integridade.

Especificamente no trabalho em saúde, a exigência de lidar cotidianamente com pessoas adoecidas e com risco de morte, impõe com frequência um fluxo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadoras que exigem ajustes e adequações psíquicas para seu desempenho. “O risco de ser invadido por ansiedade intensa e incontrolada está presente na própria natureza do trabalho” (PITTA, 2003, p. 65).

No trabalho em Saúde Mental, Uchida *et al* (2011) apontaram que:

a atividade de cuidar de pessoas com transtornos mentais se constitui, entre outros fatores, pelo encontro entre uma pessoa que sofre e outra encarregada de lhe propiciar a intervenção técnica que visa diminuir o seu sofrimento. Sendo o próprio aparelho psíquico o instrumento terapêutico principal do trabalhador, este tem que lidar tanto com o sofrimento do usuário quanto com o seu próprio (p.30).

No contexto desse estudo, durante as entrevistas e observações realizadas com os profissionais do CAPS ad, as palavras desgaste, incômodo e angústia, relacionadas às tarefas ou às condições para sua execução, se repetiram diversas vezes. No entanto, assim como apontou Sato (1993), detectou-se uma grande disparidade tanto em relação aos fatores identificados como penosos quanto ao peso atribuído a cada um deles entre os trabalhadores, uma vez que a penosidade depende ao mesmo tempo do contexto de trabalho e das características de cada trabalhador, suas necessidades e limites subjetivos.

Conforme foi demonstrado no Capítulo 4, lidar com o usuário que apresenta dano cerebral decorrente do uso ou “co-morbidades psiquiátricas que destoa completamente dos outros” (P2), em vulnerabilidade social foram consideradas algumas das situações mais difíceis. Além disso, considera-se que, por um lado, “a adesão é pequena e as recaídas frequentes” (P2; P4), e por outro, as altas também são complicadas, porque alguns usuários criavam certa “dependência do serviço” (P4) difícil de manejar. Acolher pacientes intoxicados, coibir as tentativas de uso de drogas no serviço, furtos, conflitos entre os usuários, desrespeito às normas de convivência também se constituíam em alguns dos enfrentamentos cotidianos da clínica.

Como nem sempre a demanda para o tratamento provém do usuário, que na maior parte das vezes chega trazido pela família, pela abordagem de rua, pelo SAMU ou pela polícia, manejar essa falta de demanda também pode constituir-se em fonte de sofrimento para o profissional.

Outro dia, teve um paciente que me chocou muito, eu até cheguei em casa e chorei. Um paciente usuário de crack, veio com a mãe. A mãe falou que precisava internar o menino porque o menino quebrava a casa inteira e batia nela. Não sei se foi porque no dia eu estava mais... Cheguei em casa, até chorei, fiquei com pena do paciente mas também fiquei com pena da mãe, mas não posso tratar uma pessoa à força se ela não tem um mínimo de demanda. Eu tive que mandar embora. Estava além da minha capacidade (P8).

Se à medida que o trabalhador vai adquirindo experiência, vai desenvolvendo também estratégias individuais e coletivas para gerenciar tais situações, a *familiaridade* (SATO, 1993), enquanto processo gradativo de aproximação com o trabalho mediante a construção de um saber que permite antecipar e gerenciar as variabilidades próprias da clínica, tende a favorecer a diminuição do sofrimento inicial.

Mas é um negócio que me desgasta. A clínica desgasta, tudo bem, já dá para trabalhar com isso, eu já aprendi a não me envolver tanto com o paciente, chorava, já chorei muito. Eu já melhorei muito (P2).

Da mesma forma, o trabalhador dispor de *poder* para organizar e cumprir as tarefas da clínica com relativa autonomia também favorece o desenvolvimento de estratégias de regulação, embora se trate de um objeto de trabalho sobre o qual não se tenha muito controle.

Outro dia eu falei: daqui a pouco vai ter que levar a gente para o X [Hospital Psiquiátrico] porque é sério, o desgaste é muito grande. Então, assim, por exemplo, eu não consigo atender cinco pacientes um atrás do outro. Eu paro, fico pensando, depois eu venho... (P2).

Entretanto, houve situações em que a familiaridade com a situação até contribuía para a diminuição do sofrimento inicial, mas a um custo da banalização do próprio sofrimento. Situações sobre as quais “o *poder* para interferir é restrito ou inexistente” (SATO, 1993, p.198), sendo o trabalhador obrigado a suportar, tolerar e submeter-se às condições de trabalho insatisfatórias, promovendo uma ruptura do equilíbrio entre a familiaridade, o poder e o limite subjetivo.

Nesse sentido, embora disponha de um projeto bem estruturado, nem sempre a organização do trabalho e a estrutura do serviço e da rede assistencial oferecem as condições necessárias para o desenvolvimento do trabalho, o que acarreta angústias, frustrações, desmotivação, irritabilidade e impossibilita ao profissional se apropriar das objetivações necessárias para a realização de sua atividade. Trata-se de situações que subjetivamente impactam “mais do que o público em si e a gravidade dos casos” (P4), tais como: insatisfação com o salário e “falta de apoio” (P5), “não ter limite de acolhimento” e “o *stress* que a gente passa da falta de estrutura do serviço e da rede” (P4), especialmente de médicos e de leitos noturnos para retaguarda em situações de urgência e dificuldade de interlocução com outros serviços, conforme já exposto.

Um exemplo dessa deficiência da rede refere-se a um caso ocorrido em um final de semana. Um técnico de enfermagem percebeu que uma paciente estava com baixa saturação de oxigênio, avisou o TSS de plantão, que entrou em contato com o SAMU. O SAMU orientou a fazer um determinado procedimento até o socorro chegar. O técnico de enfermagem se recusou a fazer o procedimento porque, segundo sua experiência, a ingestão de líquido poderia agravar o quadro. A seguinte verbalização de um TSS expressa a dramática vivenciada nestas situações:

Então, é difícil, eu acho que esse é o grande ponto, a mesma coisa ocorre durante a semana, a gente tá com vários buracos assim, né? Ausência de médicos em vários lugares e aí você está aqui sozinha como plantonista, tem os colegas, mas que também não são médicos. Se acontece uma urgência, o que a gente pode fazer? É colocar no leito, pedir para a enfermagem fazer

uma assistência imediata naquilo que ela pode fazer porque ela não pode fazer muita coisa, não pode dar nenhuma medicação e aí, aguardar o SAMU ou transporte sanitário. E aí, igual aconteceu no domingo, que eu estava de plantão, o SAMU demorou 3 horas e meia para chegar. É um absurdo tanto o SAMU demorar três horas para chegar quanto a gente não ter mais nada para fazer. Aí, pode ter um agravamento do paciente. Isso gera um *stress* demais, uma ansiedade. Hoje eu já lido melhor, no início, quando eu não tinha muita experiência, eu acho que era pior. Agora dá angústia ainda mais porque a gente já viveu tanto isso, mas não deixa de ser uma situação grave, do meu ponto de vista, é muito grave. É uma situação complicada para o profissional e para o paciente. Então, eu acho que é grave, entendeu? E o mesmo acontece durante a semana. Às vezes não tem médico e o paciente agita, tem convulsão, é muito frequente paciente ter convulsão aqui dentro e a gente tem que ficar dependendo do outro, né? Depende do SAMU chegar, depende de alguma intervenção mais rápida e aí, nesse tempo, pode ter um agravamento. Nunca aconteceu de um paciente morrer aqui dentro, de ter uma coisa assim tão grave aqui dentro, de chegar a óbito, mas isso pode acontecer por falta de preparo, de estrutura do serviço. Então, eu acho que esse é o ponto mais complicado, mais grave no meu ponto de vista (P4).

Por um lado, essa situação pode ser considerada penosa porque os profissionais não se sentiam instrumentalizados para agir e, ao mesmo tempo, não estavam autorizados nem contavam com apoio para responder a elas. Os profissionais amparam-se em sua experiência ao fazer uma escolha de descumprir uma ordem médica, assumindo os riscos em função de seu saber, até mesmo porque o médico que passou a ordem por telefone não quis se identificar. O evento evidencia, assim, tanto o debate de normas que acontece na atividade, quanto o sofrimento decorrente da atividade impedida (CLOT, 2001): não poder fazer nada e, ao mesmo tempo, ter que se responsabilizar pelas consequências da não-ação.

Subtende-se que se trata de uma clínica em que o profissional está cotidianamente confrontado com limites. De um lado, o limite do desejo do próprio usuário e de outro, a insuficiência da estrutura da rede, no sentido de oferecer dispositivos mais especializados para cuidado e proteção e maior articulação entre os serviços.

A própria falta de estrutura te desmotiva, né? Você tem a angústia de você fazer o atendimento, saber que a pessoa precisaria daquilo e não ter os recursos para oferecer o tratamento adequado. Aí, você vê o sofrimento dele, o sofrimento da família e começa a angustiar. É insuficiente o que você tá oferecendo (P9).

Estima-se, portanto, que a precariedade da rede potencializa uma penosidade que já é inerente aos limites da própria clínica, conforme se observa na seguinte verbalização:

E é difícil mesmo, é difícil conduzir caso. Eu acho. A adesão é muito pequena, as recaídas são frequentes, a implicação do paciente, ai! Vai indo você fala: Ai, meu Deus, não aguento mais!” O que você faz? Você fica sem recurso. Tem essa coisa da rede que também deixa muito a desejar. Não tem apoio da rede quando você precisa, não tem. Isso é muito difícil, tem hora que é só o serviço e você não tem muito o que fazer. As possibilidades se esgotam. Isso é muito difícil para a condução dos casos (P2).

Esse momento em que o profissional do CAPS sente que esgota o seu conhecimento acerca das possibilidades de intervenção com determinado usuário, que não consegue mais ajudar, Uchida *et al* (2011) nomeia de *impotência técnica*, termo que expressa bem as dificuldades relatadas pelo profissional.

No que se refere ao limite subjetivo (SATO, 2003), observa-se que quando as diretrizes do Modelo de Redução de Danos são congruentes com os próprios valores, esse modelo contribui para minimizar o sofrimento psíquico decorrente das dificuldades de condução dos casos.

Eu consegui esses três anos, não é que não tenha peso, que não seja cansativo, acho que é muito, tanto que eu pedi para reduzir minha carga horária. [...] Realmente, teve uma época que eu achei que estava adoecendo mesmo. Acho que tem isso mesmo assim. Tem uma coisa que é o volume de trabalho e tem esse peso que você tem mesmo.[...] Tem toda essa questão da frustração, de você ter que reconhecer que tem limites mesmo do quanto você pode fazer, independente do tamanho da estrutura que você vai ter no futuro. Sempre vai ter um limite do desejo do outro. Você tem que respeitar esse desejo, né? Você pode até tentar trabalhar isso. Mas tem um limite mesmo. Você não pode escolher pelo outro. Você precisa ficar atento, lembrar disso. Você não pode escolher o caminho do outro. Você pode estar do lado, tentar conversar com ele sobre isso, mas não dá para escolher por ele, né? Leva um tempo para você aprender... (P9).

A partir do momento em que o modelo permite reconhecer o direito do usuário à liberdade de escolha, possibilita assumir o compromisso de fazer o que é possível, respeitando o limite que ele impõe. Quando as demandas que estão além do consumo de drogas são reconhecidas e trabalhadas, sem julgamento, a construção de um vínculo solidário entre o profissional e o usuário parece favorecer seu engajamento no tratamento.

Eu tento trabalhar focando na redução, na reabilitação, na reinserção, pensando que as recaídas acontecem, que não tem como segurar isso. Isso foi uma coisa que eu aprendi. O sofrimento é muito grande quando você quer uma coisa diferente, mas as coisas não acontecem do jeito que você quer (P2).

Apesar do Modelo de Redução de Danos ser um valor instituído que implica tolerância com a diferença, com a liberdade de escolha dos sujeitos atendidos, de considerar sua história de vida singular e coletiva como parte do projeto terapêutico, a apropriação desse valor pelo coletivo não se deu de maneira tranquila e uniforme. Coincidindo com as considerações de Nardi e Remminger (2007), o discurso médico-científico e o discurso moral e religioso, em algumas situações, apareceram subjacentes ao discurso da cidadania, talvez porque:

Os valores surgem na comunidade do viver, nós não os inventamos, eles pertencem ao domínio das coerências mútuas entre os indivíduos, mas nós os re-trabalhamos, re-

hierarquizando-os conforme seu grau de incorporação em nós, o que depende da integração destes valores às normas que nos regem (ECHTERNACHT; SCHWARTZ, 2007, p. 23).

Como o Modelo de Redução de Danos não se mostrou consenso entre os profissionais, tolerar escolhas dos usuários que nem sempre condizem com os próprios valores, pode tornar-se incômodo e fonte de sofrimento.

Não concordo com Redução de Danos. Por um lado, tem o benefício social, o paciente, por exemplo, parar de fumar crack todo dia, fumar só uma vez por semana, alguns dias, usar medicação, começar a trabalhar, mas vai continuar usando crack. Por outro lado, na questão médica, ele vai continuar sendo dependente químico. No caso do alcoolismo, vai continuar prejudicando o fígado dele, vai continuar tendo chance de ter um problema, ter uma cirrose. Não acho que funciona porque uso de álcool e de droga, acho que está muito ligado a questões emocionais mesmo. [...] Se ele ficar aqui um ano sem beber, ele vai ter um equilíbrio emocional maior. Essa é uma questão que me incomoda. Eu tô trabalhando de uma forma que eu não acredito. Para mim, paciente vir aqui alcoolizado só para comer, para mim não é tratamento, para mim está errado. Me incomoda (P9).

A relação com a violência também apareceu associada à experiência e aos valores e posturas pessoais e profissionais. Embora para a maioria essa questão não tenha aparecido como algo relevante, mas como eventos isolados e passíveis de manejo, para alguns, o contato com os usuários é permeado pelo medo.

Aqui a gente *mexe* com pessoas que devem para o tráfico, mexe com traficante. Vem para cá porque quer fugir da polícia e do traficante. *Sobra* para quem? *Sobra* para quem está trabalhando aqui, uai. Tinha um paciente usuário de crack, eu comecei com ele na PD, depois ele mesmo se tirou da PD. Ele tinha uma personalidade assim, mais mandona. Ele que queria decidir o tratamento dele, ele que mandava. Uma vez, eu tive um problema com ele aqui. Ele me chamou: “Ou, não sei o quê”. Eu estava com pressa, falei: “Bom dia, Dra. *Fulana!*”. Não é porque sou enjoada não, é porque ele é um paciente, um paciente! Demorei a atender ele naquele dia. Quando atendi ele falou: “Eu nunca matei ninguém, mas tô com vontade de matar alguém”. Eu assustei! Depois ficou batendo porta aqui. Isso me deixou com muito medo (P8, *grifos nossos*).

Antes de tratar da questão relativa ao medo da violência que aparece no conteúdo deste relato, é necessário examinar alguns aspectos relativos à forma como esse medo é comunicado. Primeiramente, questiona-se: “a gente *mexe*” com pessoas? “*Sobra*” o quê? O uso dessas expressões não estaria sugerindo uma objetivação do sujeito?

Além disso, chama-se a atenção para a demarcação da assimetria na relação terapêutica *doutora-paciente*. Esse termo “paciente”, empregado também por outros entrevistados, embora em sua etimologia signifique “doente ou pessoa que sofre” (GOLDIM; FRANCISCONI, 1999), a partir do Modelo Biomédico, passou a ser utilizado, basicamente, com a conotação de passividade, o que não condiz com a proposta de ampliar a autonomia do sujeito na construção da própria vida e saúde. Além de paciente, o usuário ora é considerado

pessoa que deve para o tráfico, ora é considerado traficante, revelando ainda um estigma que dificulta a aceitação do sujeito desejante, que quer *decidir, mandar*, enfim, participar ativamente do próprio tratamento. Conforme ressalta Basaglia (1991, p. 109), nessas situações, a comunicação entre profissional e usuário “ocorre somente através de um filtro, um rótulo que não deixa qualquer possibilidade de apelo. Esta abordagem da questão revela-nos uma realidade invertida, onde o problema já não é tanto a doença em si, mas a relação que se estabelece com ela”.

Esse relato remete, enfim, a questão posta por Revuz, Noël e Durrive (2010, p. 242):

A violência não é uma coisa boa, temos que contê-la. Porém, será que a gente se interroga sobre o que ela diz, sobre o sentido que ela tem?[...] O homem não vive apenas de pão, ele vive de sentido. Portanto, se não o interrogarmos sobre o sentido, estamos praticando uma violência em relação a ele.

Ainda segundo os autores:

as organizações de trabalho concentram conflitos sociais, inter e intra individuais, ou ainda conflitos com a resistência da realidade material, técnica etc. Negar a existência desses conflitos e das regulações políticas que eles convocam é colocar sobre pressão um gerador de violência (REVUZ, NOËL, DURRIVE, 2010, p.243).

Desse ponto de vista, a verbalização do profissional permite, no mínimo, questionar se as relações pautadas no Modelo Biomédico não favorecem o medo e a violência em contextos de trabalho com pessoas marginalizadas. Sobretudo, o que representa trabalhar com sujeitos triplamente marginalizados, pela sua condição social precária, pelo estigma de criminoso e de doente? De que forma essas representações sobre os usuários interferem no desenvolvimento do trabalho?

Longe de apontar respostas definitivas a essas questões, recorre-se a Lhuillier (2012, p.24), que em suas análises do trabalho chama a atenção para o trabalho que denominou “negativo psicossocial”. Esse tipo de trabalho é considerado aquele que:

recobre as atividades realizadas no avesso da decoração, na sombra do social, que devem contribuir essencialmente para a preservação dos pactos denegativos (KAËS *et al.*, 1996), para a neutralização do que é o objeto de negação e, por isso, colocado à margem ou no esquecimento.

Nesse tipo de trabalho são tratados “os resíduos”, aquilo que escapou a ordem e foi relegado: o lixo, os cadáveres, mas também os sujeitos que Castel (1997) define como marginalizados e Souza (2009), como ralé estrutural brasileira.



Souza (2009) salienta que essa classe de sujeitos só é percebida no debate público como um conjunto de “indivíduos” carentes ou perigosos que se reproduz como mero “corpo” com “estigma inato”, incapaz, portanto, de atender às demandas de um mercado e que, ao mesmo tempo, estão sempre vulneráveis à delinquência e do abandono.

Castel (1997) questiona se, diante desse mal-estar, a solução consistiria em, como querem alguns, sofisticar os sistemas de categorização, fazendo-os corresponder a formas de proteção social específicas, mesmo correndo riscos de acarretar efeitos perversos consideráveis.

Esses impasses sociais mostram-se, portanto, subjacentes aos valores que perpassam a atividade, provavelmente porque, conforme aponta Lhuillier (2012, p. 25), “a segurança encontrada numa representação do mundo ordenado e previsível é um poderoso motivo para a manutenção dessa busca infinita de organização e de dominação do real”, ainda que o real sempre escape de alguma forma.

Basaglia (1991, p.115) aposta que o ponto sobre o qual se pode apoiar é o da “agressividade individual”. Para o autor é justamente essa agressividade que torna possível estabelecer uma relação autêntica com o usuário a partir de uma tensão recíproca que permita romper os laços de autoridade e paternalismo que causam a institucionalização.

Ao contrário do que preconizam as abordagens tradicionais (psiquiátrica, religiosa e cognitivo-comportamental) que se pautam num plano terapêutico focado na abstinência, do qual o usuário pouco participa da elaboração, a Redução de Danos permite uma aproximação com a origem dos conflitos, as condições de vulnerabilidade ou desfiliação (CASTEL, 1997) e o preconceito a que essa população encontra-se submetida, através de uma relação mais horizontalizada. Trata-se de “um pensamento, uma forma de filosofia de trabalho” (P9) que rejeita a ideia de que o tratamento em saúde se estruture como forma de dominação e controle social, à medida que:

Você não pode pegar alguém e obrigá-lo a fazer o tratamento. [...] Como você vai tentar construir um projeto com alguém, fazer um laço, uma empatia, começando desse jeito? [...] Para ser ético, você tem que explicar para ele quais os riscos que ele tem e as perdas que ele está tendo pelo uso, o que isso pode acarretar para ele, mas escolha tem que ser dele (P9).

Revuz, Noël e Durrive (2010) assinalaram que a competência primordial para alguém que trabalhe na relação com pessoas é justamente a de se interrogar sobre o dispositivo

institucional que o coloca em presença de um outro, sobre o que carrega como discurso, ou seja, interrogar-se se o usuário é recebido como pessoa ou como coisa. Pode ser recebido como pessoa se houver o objetivo de “não quebrar nele o sujeito, a capacidade de dizer “eu” e a capacidade de se colocar como responsável por ele e pelo seu mundo” (p. 237). Por outro lado, a dimensão do humano fica anulada se ele for tomado como “transparente, na realidade, ao nosso saber, ao nosso desejo”: onde eu o coloco? O que é melhor para ele? O que eu faço com ele?

Se a gente partir do ponto em que está a pessoa com quem se está trabalhando, o que ela está vivendo e a maneira pela qual ela se vira na sua situação, como a interpreta, qual o sentido que ela dá as coisas, se encontrará sempre lugar para esses dois elementos: a forma pela qual individualmente eu costuro minha vida e o que se produz histórica e socialmente em torno de mim (REVUZ; NOËL; DURRIVE, 2010, p. 242).

Apesar de considerada como uma clínica *difícil, desgastante, cansativa*, a Clínica de Redução de Danos permite reconhecer-se como protagonista de um outro modo de tratar os sujeitos que não passe pela via de sua objetivação. Isso se dá a partir dos casos exitosos, do reconhecimento e dos encaminhamentos que vem dos próprios usuários e dos pares. Nesse sentido, assim como fizeram Garcia e Jorge (2006), identificou-se cumplicidade no cuidar do usuário, mesmo a custa de sofrimento psíquico.

A dinâmica prazer-sofrimento se coloca a partir da grandiosidade do projeto e da impossibilidade de executá-lo. Dessa forma, “o desafiador e grandioso horizonte proposto pela reforma torna-se um peso a ser carregado em função do desfiladeiro entre a proposta e a prática, denotando uma vivência de sofrimento” (VASCONCELLOS; AZEVEDO, 2010, p. 571).

Entretanto, a sensação de não ter seu trabalho reconhecido, seja através de retribuição material (salário e gratificações) ou simbólica, advinda do reconhecimento dos pares ou dos níveis hierárquicos superiores, também foi relatada como fonte de sofrimento, conforme se verificou na fala de alguns trabalhadores:

Eu fico muito triste é com a falta de apoio que a gente não tem (P5).

Agora, o que me angustia é a relação entre os colegas, que eu acho que às vezes ainda não é tão legal, sabe? (P2).

Eu acho isso muito ruim. Eu acho que elogios seriam uma forma de dar uma motivada na equipe. Eu acho que a equipe tá muito desmotivada, de profissionais e técnicos também (P2).

Para Dejours, citado por Uchida *et al* (2007), o reconhecimento se dá a partir de dois tipos de julgamentos: de utilidade e de beleza, ou seja, da admiração dos pares e dos superiores. Se estes dois pilares ficam ameaçados, para o autor, a transformação do sofrimento em prazer no trabalho, a construção identitária, a saúde mental e a sensação de pertencimento a uma coletividade também ficam ameaçados.

Desse modo, conclui-se que a Clínica de Redução de Danos contém características penosas para os profissionais, agravadas pelo aumento expressivo da demanda, as deficiências na estrutura do serviço e da rede assistencial e pelas dificuldades de interlocução entre os serviços, especialmente em situações de urgência.

Destaca-se a necessidade de continuar investindo na ampliação da rede de atenção psicossocial e dos espaços de produção de saberes sobre o trabalho, de modo a impedir que sua realização se constitua num processo de sofrimento patogênico. A organização do trabalho deve oferecer as condições necessárias para a execução do trabalho e para que os profissionais possam instrumentalizar-se sem, no entanto, permitir que o sofrimento do outro e o próprio sejam banalizados.

## 7 REFLEXÕES FINAIS

A análise das atividades dos profissionais no CAPS ad estudado revelou uma tensão permanente entre o peso da gestão das variabilidades e a leveza dos movimentos afetivos e criativos do agir competente nas atividades industriosas de construção de uma Clínica de Redução de Danos.

Pode-se afirmar que o CAPS ad, no contexto do projeto de saúde mental do município, rompe não só com a dimensão material do Hospital Psiquiátrico, mas com uma determinada forma de agir e interagir com os usuários, com a racionalidade e a lógica do manicômio. O serviço tem como valores instituintes o Modelo de Redução de Danos e o pressuposto de “ser substitutivo” em contraposição à Psiquiatria Tradicional, inaugurando um modo de abordagem muito diferenciado.

A humanização do cuidado através do acolhimento e das relações mais horizontalizadas entre técnicos e usuários demonstraram favorecer o protagonismo dos sujeitos no seu processo de construção da saúde. Estima-se que o trabalho de referenciar casos, construindo projetos terapêuticos singulares que consideram não só a condição psicopatológica, mas as habilidades sociais e o contexto familiar propicie a superação de um tratamento que exclui e estigmatiza. No CAPS ad estudado, houve relatos de casos em que os usuários conseguiram não só abandonar ou reduzir o consumo, mas também restabelecer os vínculos com o trabalho e rede social. Da mesma forma, houve relatos de procura espontânea para iniciar tratamento por parte de usuários encaminhados por outros que já passaram pelo serviço ou para retomá-lo em caso de recaída. O próprio aumento da demanda pode ser considerado indício de efetividade e reconhecimento do serviço.

Se por um lado, havia solidão e sobrecarga em função do tempo e do volume, por outro, a equipe dispunha de reservas de alternativas para o enfrentamento das dificuldades, denotando compromisso com o trabalho e com o coletivo. Embora as ações ainda se encontrassem limitadas pelas condições concretas de execução, no que se refere à estrutura do serviço, da rede e da política, revelou-se a existência de coletivos desejantes que permitiam trocas e aprendizado e que compartilhavam não só objetivos, mas também valores.

Todos esses elementos confirmam que o “trabalho bem feito”, quando ele é realizado, só o é em razão da eficácia, “apesar de tudo” demonstrada por aqueles que trabalham, “se virando” (CLOT, 2001, p.4). Nesse sentido, apesar das dificuldades enfrentadas, encontrou-se “*trabalhadores-coletivos*” (SILVA, 2010, p.210) que fazem a diferença no trabalho do CAPS ad, direta ou indiretamente, desenvolvendo ações para além da própria reforma. Se por um lado, a eficiência da produção depende de um projeto bem elaborado e dos recursos necessários para sua concretização, não pode prescindir, por outro, do comprometimento dos profissionais com a melhoria de sua formação, da reflexão acerca de sua experiência, da análise de cada situação de forma singular e do reconhecimento dos recursos disponíveis para viabilizar o tratamento dos usuários. Esses fatores mostraram-se igualmente imprescindíveis para a eficiência do trabalho. Da mesma forma, o compromisso com os pressupostos teórico-políticos do projeto institucional pela maior parte dos trabalhadores e da gestão e a manutenção de espaços onde ocorrem comunicação e cooperação garantem que o serviço avance na direção das práticas humanizadas e favorecem a criação de estratégias coletivas para o enfrentamento de adversidades.

Concorda-se com Lancman e Silva (2008, p. 206) quando afirmam que analisar um processo dessa dimensão não pode se restringir à racionalidade instrumental, nem tampouco, desconsiderar o contexto sócio-histórico em que o trabalho está inserido. Compreendê-lo em sua complexidade, requer identificar “os limites e as fragilidade do sistema como desafios e etapas a serem superados e não como falhas de um processo terminado capazes de desqualificá-lo”. Caso contrário, corre-se o risco de contribuir para desencadear um refluxo conservador que invalida todo esforço empenhado na transformação.

Desse modo, justamente por se tratar de um processo, embora tenham sido identificados grandes avanços, grandes desafios ainda precisam ser enfrentados para a concretização do novo modelo. Verificou-se que os conflitos entre Redução de Danos x Proibicionismo, Saúde Mental x Psiquiatria, Clínica Ampliada x Modelo Biomédico que aparecem no nível macro, atravessam as práticas e desencadeiam dramáticas nas atividades de trabalho.

Estima-se que tais conflitos são resultado do momento histórico de transição de modelos, o que requer não só desenvolver diferentes estratégias para implantação e

manutenção do novo modelo, mas também tempo para sua assimilação por parte dos usuários, profissionais e sociedade.

Contudo, pode-se afirmar que o trabalho coletivo no CAPS ad se caracteriza como multiprofissional e interdisciplinar. Os processos de trabalho são organizados de modo a garantir acolhimento, permanência-dia e atendimentos ambulatoriais, conforme o que é preconizado pelas diretrizes políticas. As tarefas dos profissionais dividem-se mais em função dos processos de trabalho previstos do que da especificidade da formação profissional. Entretanto, observou-se que há uma divisão bem marcada entre médicos e não-médicos. Ainda que se busque construir uma atuação interdisciplinar, persiste o desafio de superar as representações do Modelo Biomédico que perpassam tanto os processos de formação profissional, quanto às práticas. Nesse sentido, aponta-se desafios a serem enfrentados quanto à organização do trabalho de modo a não acarretar sobrecarga de trabalho para algumas categorias profissionais e hierarquia entre os saberes. Reconhece-se, conforme Silva (2010) que os TSS, no geral, orientam suas ações por uma clínica ampliada e assumem uma identidade coletiva de Técnicos Superiores de Saúde independente de sua formação acadêmica, porém, revelaram-se “contribuintes/destituintes” da centralização do médico, dependendo da forma como foram formados (na academia, na experimentação e/ou nas suas histórias de vida-escolhas teóricas/profissionais) e como entram na relação com a Psiquiatria e a Medicina. Apesar das valiosas contribuições do autor acerca do trabalho dos psiquiatras nos CAPS, considera-se que haja necessidade de realizar outras pesquisas que aprofundem a análise da atividade do médico de modo geral nos CAPS ad, uma vez que este serviço, embora estruturado nos mesmos moldes do CAPS, tem particularidades que modificam a sua atividade. Além disso, é preciso considerar que a rotatividade do profissional neste serviço e a sobrecarga de trabalho identificada revelaram dificuldades que merecem ser mais bem exploradas. Como o objetivo principal desse estudo era analisar o trabalho coletivo, esse tema foi tocado, mas não esgotado.

Deve-se considerar que acolher e manejar o sofrimento do outro na Clínica de Redução de Danos acarreta sofrimento para os trabalhadores, especialmente no que se refere a lidar com situações em que não há motivação do usuário para o tratamento, rede social de suporte ou quando há co-morbidade psiquiátrica associada. No entanto, a precariedade de dispositivos especializados na rede e a dificuldade de interlocução entre os serviços constituem-se em elementos que potencializam esse sofrimento.

Nesse sentido, à consolidação da estrutura do serviço e da rede de cuidados podem ser considerados como os maiores desafios a serem enfrentados. Mostrou-se necessário, o equacionamento da demanda da população atendida pelo serviço com a quantidade de trabalhadores disponível. Além disso, é preciso ampliar os dispositivos de cuidado em situações de urgência no serviço, especialmente através implantação de hospitalidade noturna e ampliação da equipe médica, que deveria estar presente durante todo o período de funcionamento do serviço. Finalmente, destaca-se a necessidade de continuar investindo na construção de uma rede articulada de atenção psicossocial. Assim como se observou a nível macro, também a nível local se constatou inegável avanço na criação de dispositivos técnico-assistenciais, teórico-assistenciais, jurídico-políticos e sócio-culturais (AMARANTE, 1995b), especialmente voltados para usuários com transtornos mentais severos e persistentes. No entanto, no que se refere aos dispositivos específicos para usuários de álcool e drogas e sua articulação com a rede de atenção psicossocial pré-existente, o processo ainda é insipiente. Há necessidade de melhorar os processos de comunicação entre as equipes, criação de leitos de urgência/emergência em Hospital Geral, ampliação do número de Serviços Residenciais Terapêuticos voltados para essa população, Consultório de Rua e estratégias para promover a reabilitação psicossocial dos usuários. Além disso, a criação de outros CAPS ad permitiria dividir a área de abrangência do serviço estudado e a demanda, além do que, favoreceria o trabalho no território. Sobretudo, identificou-se iniciativas de promover a transformação do imaginário dos trabalhadores da rede como um todo acerca do estigma de vagabundo ou criminoso que envolve os usuários e o desconhecimento e preconceito com o Modelo de Redução de Danos através da organização de vários eventos educativos. Acredita-se que essas ações mereçam ser continuadas e ampliadas de modo a fomentar as transformações sócio-culturais indispensáveis para a continuidade do processo. Nessa direção, é necessário também intensificar ações que promovam diálogo dos trabalhadores entre si e com os gestores de modo a incentivar sua participação na gestão do trabalho e no desenvolvimento das políticas e das ações necessárias.

Concorda-se com Mehry (2004), quando destaca que os trabalhadores dos CAPS estão “no olho do furacão” porque os CAPS são lugares de grandes conflitos e desafios pela proposta inovadora. A aposta numa atenção voltada para a cidadania e inclusão social exige a constituição de novos coletivos de trabalhadores que sejam capazes de “produzir mais vida e interditar a morte manicomial, onde quer que ela esteja” (p.4). O autor aponta que trabalhar

nessa linha de cuidado tem colocado sobre os ombros dos trabalhadores um peso para seu agir, tornando o trabalho árduo, desencadeando tristeza, sofrimento, impotência. Aponta que uma rede de serviços articulados de urgência e emergência, por um lado, pode gerar alívio produtivo nas equipes e, por outro, naqueles que convivem com os usuários em crise. Sugere ainda apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados tanto para os usuários como para os cuidadores.

Quanto a esse último aspecto, embora as supervisões institucionais para a rede tenham se mostrado instrumento valioso para promover a comunicação entre os serviços e reflexões sobre a condução de casos considerados mais difíceis, estima-se que supervisões mais frequentes voltadas especificamente para o serviço pudessem contribuir para a ampliação dos espaços de produção de saberes sobre o trabalho, a melhoria dos processos de trabalho e o acolhimento do sofrimento psíquico dos trabalhadores na lida cotidiana com a Clínica de Redução de Danos.

Finalmente, cabe refletir sobre algumas vicissitudes do processo de realização da pesquisa.

Acredita-se que os aportes teóricos e metodológicos das abordagens qualitativas Dialética, da Ergologia e da Ergonomia da Atividade permitiram articular tanto o que é feito quanto o que é dito sobre o que é feito (ou impedido de fazer) no trabalho, valorizando o saber dos trabalhadores sobre o próprio trabalho e colocando-o para dialogar com os saberes instituídos, conforme propõe o DD3P (DURRIVE; SCHWARTZ, 2008).

Entretanto, ao comparar as formulações contidas no projeto original com os procedimentos metodológicos construídos ao longo da investigação, percebe-se que houve mudanças. Essas mudanças, além de confirmarem o pressuposto de que o trabalho prescrito se difere do real, também revelam debates de normas na atividade do pesquisador.

No sentido ergológico, a atividade de pesquisa não pode ser desvinculada da subjetividade do pesquisador que, nesse trabalho, faz *uso de si* para ver, ouvir, indagar, silenciar, organizar o material, analisá-lo e discuti-lo; que se deixa usar pelo outros, através do direcionamento dado pelo próprio campo de pesquisa, emprestando seu ouvido, sua voz, seu saber e seu afeto investido em seu *corpo si*. No anseio de compreender, o trabalho de pesquisa contribui para transformar tanto o contexto e os sujeitos pesquisados quanto o próprio sujeito



pesquisador. Conforme aponta Schwartz, Durrive e Duc (2010d), arbitrar esse uso que se faz de si por si mesmo ou pelos outros é sempre uma dramática, cujas escolhas são sustentadas pelos valores. Nesse caso, os valores da ética de pesquisa e da própria pesquisadora.

Cabe acrescentar que uma postura de rigor e humildade para valorizar o saber dos sujeitos sobre a própria atividade e colocá-lo para dialogar com os saberes instituídos não pode desconsiderar a necessidade de se identificar “simulações que contribuem maciçamente para o desconhecimento do real do trabalho e dos processos de degradação da saúde no trabalho” (LHUILIER, 2012, p.27). Esse pressuposto pode ser aplicado tanto em relação à atividade dos trabalhadores quanto do próprio pesquisador, sendo preciso atentar para o que se faz e não pode ser dito e o que é dito que deve ser feito, mas que não se pode fazer. De outra forma, “as possibilidades de pensar, compartilhar, debater dificuldades encontradas, provas que a atividade comporta, se reduzem” (LHUILIER, 2012, p.29).

Nesse sentido, se a ideologia presente na instituição favorece o direcionamento de ações no sentido dos padrões pré-estabelecidos, por outro lado, pode invisibilizar as dificuldades enfrentadas e, conseqüentemente, as possibilidades de enfrentamento porque “a reforma tem que dar certo”, conforme bem salientaram Nardi e Reminger (2007). Esse foi um desafio inclusive para a pesquisadora, no sentido de ter que despir-se de sua militância antimanicomial para enxergar as dificuldades do trabalho real.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento de políticas, dispositivos e estratégias que permitam tanto melhorar a atenção à saúde dos usuários quanto às condições de trabalho para os profissionais, considerando as variabilidades enfrentadas no cotidiano de trabalho.

Além disso, é desejável que este estudo sirva de embasamento para a realização de outras pesquisas relacionadas ao trabalho coletivo nos CAPS ad e que contribua para fundamentar a pertinência da aplicabilidade das ferramentas teórico-metodológicas das abordagens qualitativas, em especial a Ergonomia da Atividade e da Ergologia para a compreensão e transformação do trabalho nestes contextos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-YD, M.; SILVA, R. Residências terapêuticas: o percurso de Belo Horizonte In: NILO, K.; MORAIS M. A. B.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, M.E ; NOGUEIRA, T. G. (Org.) **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008, p. 167-172.

ABUHAB, D.; SANTOS, A.B.A.P.; MESSENERG, C.B.; FONSECA, R.M.G.S; ARANHA E SILVA, A.L. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), n. 26, v.3, dez/ 2005, p. 369-80.

ALVES, V. S. **Avaliação da eficiência da rede de atenção à saúde mental e da resolutividade do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia, 2009.

ALVES, W. F. ; CUNHA, D. . Da atividade humana entre Paideia e Politeia: saberes, valores e trabalho docente. In: **34ª Reunião Anual da Anped**, 2011, Natal. Educação e Justiça Social - 34ª Reunião Anual da Anped, 2011.

AMALBERT, R. Introduction. In: AMALBERT, R.; MONTMOLLIN, M.; THEUREAU, J. **Modèles en analyse du travail**. Paris: Mardaga, 1991.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995a.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n. 3, v.11, , Jul/Set, 1995b, p. 491-494.

AMARANTE, P. O nascimento do hospital: sob o signo da exclusão. In: Abou- Yd, M. N. **Hospitais Psiquiátricos: Saídas para o fim**. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 2002, p. 39-45.

ANGELL, M. A epidemia da Doença Mental. **Piauí**, n.59, ago/2011, p.44-49.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA, O que é Ergonomia. Disponível em: <[http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o\\_que\\_e\\_ergonomia](http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia)> acesso em 10 de agosto de 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Proposta de Diretrizes Técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil**. São Paulo: ABP editora, 2009.

BALLARIN, CARVALHO, B Considerações acerca da Reabilitação Psicossocial: aspectos históricos, perspectivas, experiências. in: CAVALCANTE, A. GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007, p.162-170.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde & Sociedade** n.1, v.11, 2002, p.67-84.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: Basaglia, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1991, p.99-134.

BASTOS, C.L. **Manual do Exame Psíquico**: uma introdução prática à psicopatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

BENCHEKROUN, T. H. Les espaces de coopération proxémique. In: BENCHEKROUN, T. H.; WELL-FASSINA (orgs.), A. **Le travail collectif**: perspectives actuelles en ergonomie. Toulouse: Octarès Éditions, 2000.

BENDASSOLLI, P. F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v.10, n. 1, mar/2011, p.63 - 98.

BENETI, A. A toxicomania não é mais o que era. **Almanaque On-line revista eletrônica do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais**. n. 9, ano 5, p.1-10, julho-dez/2011. Disponível em: < <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/09/textos/A%20toxicomania%20n%C3%A3o%20%C3%A9%20mais%20o%20que%20era-BENETI-FINAL.pdf>> acesso em 10 de maio de 2012.

Brasil, Ana Cristhina de Oliveira. Curso de capacitação em classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – CIF. Florianópolis: CREFITO 10; UDESC/CEAD, 2012a.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Altera o Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília: Casa Civil, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional Anti-drogas. Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL, Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Modelos de Tratamento. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>> acesso em 18/10/2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde/UNODC, 2001. (Edição Manuais 49)

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no. 224/MS em 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial/hospitalar em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/MS em 19 de fevereiro de 2002. . Estabelece as diretrizes e normas para funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 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. Brasília, DF, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 7, Edição Especial, Ano V, nº 7, junho de 2010. Brasília, 2010. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25p. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em 08/11/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, nº 10, março de 2012b. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) e [www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)> Acesso em 2 /08/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. **Relatório de Gestão 2007-2010**. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD, 2009.

BRITO, J. E. Reflexões epistemológicas sobre a ergologia. In: Reunião anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação, 29, 2006, Caxambu. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPED, 2006. CD-Rom.

BRITO, J. C. Trabalho prescrito. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.S. **Dicionário de Formação profissional em Saúde**, 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>>. Acesso em 20 de julho de 2012.

BUENO, M.L.; CAPONI, S. A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.13, n.28, p.137-50, jan./mar. 2009.

CAMPOS, G. W; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.9, n.3, 2004, p. 745-749.

CAMPOS, G.W.S. Apresentação. In: Santos-Filho, S. B. & Barros, M.E.B. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Ijuí: Unijuí, 2007.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: forense Universitária, 2010.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARLINI, E.A. NAPPO, S.A. GALDURÓZ, J.C.F., NOT, A.R. Drogas Psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, n.3, 2001, p.9-35.

CARLINI-MARLATT, B.; REQUIÃO, D.H.; STACHON, A.C. Redução de danos: uma abordagem de saúde pública. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, Set-Out, 2003, p. 381-386.

CARLINI, E.A. Redução de danos: uma visão internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, Set-Out, 2003, p. 335-339.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX **Revista Outubro**, n. 06, 2002, p.115-128.

CASTEL, R. A dinâmica dos processo de Marginalização. **Caderno CRH**, Salvador, n. 26/27, jan./dez. 1997, p. 19-40.

CLOT, Y. Clínica do trabalho, clínica do real. Publicado originalmente no **Le journal des Psychologues**, n. 185, mars/2001. Tradução para fins didáticos: Kátia Santorum e Suyanna Linhales Barker.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer CFM no. 1/11. Sistema de Centros de Atenção Psicossocial e políticas na área de saúde mental. Relator Emmanuel Fortes Silveira Cavalcante. Brasília-DF, 12 de janeiro de 2011. Disponível em <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/1\\_2011.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/1_2011.htm)> acesso em 19/08/2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.) **Ensaio**: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168. (Coleção Loucura & Civilização)

CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21.ed. São Paulo: Vozes, 2004.

CRUZ, M.S.; SAAD, A.C.; FERREIRA, S.M.B. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, Set – Out/2003, p. 355-352.

CUNHA, Daisy Moreira. Saberes, qualificações e competências: qualidades humanas na atividade de trabalho. In: Reunião anual da ANPED, 28, 2005, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ANPED, 2005.

DANIELLOU, F. Introdução. Questões epidemiológicas acerca da Ergonomia. In: DANIELLOU, F. **A Ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Edgar Blücher, 2004, p. 1-18.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, Set./Dez. 2004, p. 027-034.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DIAS, J.C; SCIVOLETTO, S.; SILVA, C.J.; LARANJEIRA, R.R.; ZALESKI, M.; GIGLIOTTI, A.; ARGIMON, I.; MARQUES, A.C.P.R., Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, Set-Out/2003, pp. 341-348.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Glossário da Ergologia. **Laboreal**, v.4, n1, 2008, pp. 23-28.

ECHTERNACHT, E.H. Atividade Humana e Gestão da Saúde no trabalho: elementos para reflexão a partir da abordagem ergológica. **Laboreal**, v.4, n1, 2008, pp.46-55.

ECHTERNACHT, E.H.O.; SCHWARTZ, Y. O trabalho e a Abordagem Ergológica: “usos dramáticos de si” no contexto de uma central de teleatendimento ao cliente. **Informática na Educação: teoria e prática**. Porto Alegre, v.10, n.2, jul./dez. 2007.

FODRA, R.E.P.; COSTA-ROSA, A. Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 129-139, jan./abr. 2009.

FALZON, P. Natureza, objetivos e conhecimentos da Ergonomia. In: Falzon, P. (org.) **Ergonomia**. São Paulo: Edgar-Blücher, 2005, p. 3-44.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. Volume1: A vontade de saber, 15.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999a.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Graal, 1999 b.

FORMIGONI, M. L. O. S. et al. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e o efeito biológico comum das drogas. In: Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas – SENAD. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) **SUPERA - Sistema para detecção**

**do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:** Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Módulo 2, capítulo 1, p.2 Brasília: SENAD, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2009.

FRANÇA, J. L. **Manual de Normalização de publicações técnico-científicas.** 8. ed. rev. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

GARCIA, M.L; JORGE, M.S. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 3, v.11, 2006, p.765-774.

GENTIL FILHO, V. Por uma reforma mais psiquiátrica. **Jornal Mineiro de Psiquiatria**, ano 4, edição 5, 2002.

GIANESI, A. P. L. A Toxicomania e o sujeito da Psicanálise. **Psyche**, São Paulo v. 9, n 15, 2005, p. 128-133.

GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDIM, J. R. FRANCISCONI, C. F. Modelos de Relação médico-paciente, 1999. disponível em <<http://www.bioetica.ufrgs.br/relacao.htm> > Acesso em 20/06/20102.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 1994, vol.2, n.2, p. 103-114.

GUÉRIN, F. *et al.* **Conhecer o trabalho para transformá-lo:** a prática da Ergonomia. São Paulo: Edgar-Blücher: Fundação Vanzolini, 2001.

INTERNACIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Report of the International Narcotics Control Board for 2009.** New York: United Nations Publication, 2009.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a Transdisciplinaridade: Algumas Linhas Históricas, Fundamentos e Princípios Aplicados ao Trabalho de Equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2003, v. 3, n.16, p. 483-490.

KODA, M.Y.; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, pp.1455-1461, jun, 2007.

LANCMAN, S.(org) **Políticas públicas e processos de Trabalho em Saúde Mental.** Brasília: Paralelo 15, 2008.

LANCMAN, S.; PEREIRA, L.M.F. Introdução. In: LANCMAN, S.(org) **Políticas públicas e processos de Trabalho em Saúde Mental.** Brasília: Paralelo 15, 2008, p. 9-28.

LANCMAN, S. SILVA, M. T. Conclusão. In: LANCMAN, S.(org) **Políticas públicas e processos de Trabalho em Saúde Mental.** Brasília: Paralelo 15, 2008, p. 105- 121.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol.26, suppl.1, São Paulo. 2004.

LARANJEIRA, Ronaldo *et al.* **Usuários de substância Psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as possibilidades de inclusão social, **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, p.95-106, 2008.

LEPLAT, J. Aspectos da complexidade em Ergonomia. In: DANIELLOU, F. **A Ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Edgar Blücher, p. 57-78, 2004.

LEPLAT, J. Compétence et Ergonomie. In: AMALBERT, R.; MONTMOLLIN, M.; THEUREAU, J. **Modèles en analyse du travail**. Paris : Mardaga, 1991.

LIMA, M. **Entre o discurso e a prática**: Há Reforma? Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica).Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006.

LHULLIER, D. A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.21, n.1, p.13-38, jan./abr.2012.

LISITA, H.G.; ROSA, M.M.V. Os usos que o psicótico faz da droga. **Psicologia em Revista**, v. 17, n. 2, p. 261-277, ago/2011.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond; 2001. (Coleção loucura XXI)

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em Movimento**: Por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond; 2003. (Coleção loucura XXI)

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n.1, jan 1999, p.26-40.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: aspectos históricos e técnicos assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**,v.10, n.20, p.281-98, jul/dez 2006, p. 281-98.

LUZ, T. R. **A produção e propagação dos sons em uma escola de música e a penosidade nas situações de ensino-aprendizagem**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2012.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P.S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde –Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.801-821, jul.-set. 2007.

MACRAE, E.; GORGULHO, M. Redução de Danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos: **J. bras. psiquiatr.** v.52, n.5, 2003, p. 375-380.



MAIA, M.A.B.; OSÓRIO, C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 56, n. 1, 2004, p.71-81.

MALBERGIER, A.; ANDRADE, A.G; SCIVOLETTO, S. Redução de danos: Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5 Set/Out 2003, p. 375-380.

MANFREDI, Silvia Maria. Trabalho, qualificação e competência profissional - das dimensões conceituais e políticas. **Educ. Soc.**, set. 1998, v. 19, n. 64, p.13-49.

MARLATT, G.A.; DONOVAN, D. M. **Prevenção de recaída**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARQUES, A.C. P. R. O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, n.3, 2001, p.73-86.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. vol.2, seção 3 São Paulo: Nova Cultura, 1996 pp. 297-417. (Coleção Os Economistas).

MEHRY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface** (Botucatu)[online], vol.4, n.6, fev/2000, p.109-106.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n. 65, Set/Dez de 2003, p. 316-23.

MEHRY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial . Alegria e Alívio como dispositivos analisadores, 2004. disponível em: <[www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf)> acesso em 08/11/2011.

MELO, R. A. C. Onde o mal está na civilização? **CliniCAPS**, Vol 4, nº 10 , 2010, p 1-9.

MENDES, D. P. ; ECHTERNACHT, E. H. . Gestão do risco de violência em hospitais públicos psiquiátricos e as competências dos técnicos de enfermagem. In: III Congresso Latino-Americano de Ergonomia/XVI Congresso Brasileiro de Ergonomia, 2010, Rio de Janeiro. **Anais...**, 2010.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional**. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 24, n.2, p.70-77, abr/jun, 1991.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/ rio de janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MONTMOLLIN, m. La compétence. In: MONTMOLLIN, M. **Les Compétences em Ergonomie**. Toulouse: Octares Editions, 2001.

MOREIRA, F. E SILVEIRA, D. X. Posicionamento do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, Set – Out/2003, p.366-369.

NARDI, H.C.; RAMMINGER, T. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.17, v. 2, 2007, p. 265-287.

NICACIO, F.; CAMPOS, G. W. S.. Instituições de "portas abertas": novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, abr. 2005, p. 40-46.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde, **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, set-dez 2004, p.44-57.

NOUROUDINE, A. Norma. **Laboreal**, n.5, v.1, 2009, pp. 125-126.

NUNES, M. et al, A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, jan, 2008, p.188-196.

ODDONE, I. **Redécouvrir l'expérience ouvrière**. Messidor: Éditions Sociales, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2000.

PELBART, P.P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (org.) **Saúde Loucura 2**. 3.ed. São Paulo : Hucitec, 1990.

PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como Ofício**. 5.ed. São Paulo: Anablume/Hucitec, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes,1998.

PINHO, P. H. Desafios na Atenção ao usuário de álcool e drogas e a Reabilitação Psicossocial. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, 2009.

QUÉINNEC, Y.; MARQUIÉ, J. C.; THON, B. Modèles, compotement et analyse du travail. In : AMALBERT, R.; MONTMOLLIN, M.; THEUREAU, J. **Modèles en analyse du travail**. Paris : Mardaga, 1991.

RAMOS, F. Em Busca do Modelo Ampliado de Saúde Mental, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modeloampliado.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/modeloampliado.pdf)> acesso 08/11/2011.

REVUZ, C.; NOËL, C. E DURRIVE, L. O Trabalho e o sujeito. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana**. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010, p. 225-243.

RANGÉ, B.P.; MARLATT, G.A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Rev Bras Psiquiatr**. 2008, v.30 (Supl. II), pp. 588-95.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRAS, R.R. Posicionamento da Unidade de Atendimento a Dependentes (Uniad) , **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, Set- Out/ 2003,p365-366.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; CIVIDANES, G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. **Rev. psiquiatr. clín.** 2005, vol.32, suppl.1, p. 78-88.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In : NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SANTOS, J.L. G. **Políticas de saúde Pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil**: a prática no CAPS ad em Feira de Santana, na Bahia, Brasil. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania). Universidade Católica do Salvador, 2010.

SARACENO, B.A. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 9, n.1, 1998, p.26-31.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: Da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível, 2.ed Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/ Instituto Franco Basaglia, 2001.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, set/dez 2005, p.521-36.

SATO, L.A. Representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. P. (org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993, p.188-211.

SCHECHER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**,; v.43, n.4, 2009, pp.721-25.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Revista Trabalho e Educação**, jul-dez, n.7, 2000, , p. 38-46.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.** [online]. 1998, vol.19, n.65, pp. 101-140.

SCHWARTZ, Y. **Campos, Conceitos, disciplinas**. Material didático do curso proferido na Faculdade de Educação da UFMG, 2009.

SCHWARTZ, Y. DURRIVE, L. DUC, M. O homem, o mercado e a cidade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre atividade humana. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010a, p.249-276.

SCHWARTZ, Y. DURRIVE, L. DUC, M. Técnicas e competências. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre atividade humana. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010b, p.85-102.

SCHWARTZ, Y. DURRIVE, L. DUC, M. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia**: conversas sobre atividade humana. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010, p. 25-46.

SCHWARTZ, Y. DURRIVE, L. DUC, M. Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana**. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010, p. 189-204.

SCHWARTZ, Y. A Dimensão coletiva do trabalho e as entidades Coletivas Relativamente pertinentes (ECRP) In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana**. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010, p. 149-164.

SCHWARTZ, Y. Introdução In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana**. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010, p. 21-22.

SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana**. 2.ed. Niterói: EdUFF, 2010, p. 205-221.

SCHWARTZ, Y. O dicionário: “atividade”. **Laboreal**, v.1.n.1, 2005, p.63-64.

SCHWARTZ, Y.; ECHTERNACHT, E.H.O. Le corps-soi dans les milieux de travail: comment se spécifie sa compétence à vivre ? **Corps au travail**, n. 6, Mars/ 2009, p31-37.

SHIOKAWA, E. **Avaliação da eficiência da rede de atenção à saúde mental e da resolutividade do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad**. Tese (Doutorado em Farmacologia), Universidade Federal do Paraná, 2010.

SILVA, A. M. **Tratamento do Centro de atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPS ad II leste – Natal/RN: uma avaliação da efetividade**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2006.

SILVA, E.R. **A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...** Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SILVA, R. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. **Almanaque On-line revista eletrônica do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais** n. 9, ano 5, p.1-10, julho-dez/2011. Disponível em: < <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/09/textos/No%20meio%20de%20todo%20caminho-Rose-final.pdf>> Acesso em 20/05/2012.

SILVA, M. T. *et al.* Transformação do modelo de Atenção em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores. In: LANCMAN, S. (org.) **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo15, 2008, p. 87-128.

SILVEIRA, D. X.; JORGE, M.R. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol.21, n.3, 1999, p. 145-151.

SOUZA, P.J.C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, K.; MORAIS M. A. B.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, M.E.; NOGUEIRA, T. G.; (Org.) **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia Belo Horizonte**: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008, p.111-128.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; GONÇALVES, S. E., MIELKE, F.B., GUADALUPE, D.B. Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novos desafios, **Rev. Enferm. UERJ**, n.15, v.2, p. 210-7, abr/jun 2007.

SOUZA, W. F.; VERISSIMO, M. **A Ergogestão**: por um outro modo de gerir o trabalho e as reservas de alternativas. Aix en provence: Université de Provence, 2009, p. 68-83.

SOUZA, J. Introdução. In: SOUZA, J. *et al.* **Ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SZENELWAR, L.I.; MASCIA, F.L.; MONTEDO, U.B.; BRUNORO, C.M; ABRAHÃO, J. I. Análise Ergonômica do Trabalho: Ação Ergonômica. In: LANCMAN, S.(org) **Políticas públicas e processos de Trabalho em Saúde Mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008, p.129-174.

TEDESCO, S.; LIBERMAN, F. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? **Mundo Saúde** (Impr.), v.32, n.2, abr.-jun./2008, p.254-260.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira: da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 9, n.1, 2002, p.25-59.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. ATHAÍDE, M. BRITO, J. ALVAREZ, D. (Org.) **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 63-90.

TERSAC, G.; MAGGI, B. O trabalho e a abordagem Ergonômica. In: DANIELLOU, F. **A Ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Edgar Blücher, 2004, p. 79-104.

THEREAU, J. Les entretiens d’autoconfrontation et de remise en situation par lês traces matérielles et Le programme de recherche “cours d’action”. **Revue d’anthropologie des connaissances**, 2010/2.

TIBURI, M. DIAS, D. **Sociedade Fissurada**. Seminário proferido na Casa Fiat de Cultura, Belo Horizonte, 13-14/07/2012.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR online**, número especial, ago/2010, p. 93-113.

UCHIDA, S., SZNELWAR, L. I. L., BARROS, J. O. & LANCMAN, S. (2011). O trabalhar em serviços de saúde mental: entre o sofrimento e a cooperação. **Laboreal**, v.7, n.1, 2011, 28-41.

VARGAS, E.V. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, v. 49 nº 2, 2006, p.581-623.

VASCONCELLOS, V. C.; AZEVEDO, C. S. Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.14, n.34, p.563-76, jul./set. 2010.

VIEIRA, C.E.C. BARROS, V.A. E LIMA, F.P.A. Uma abordagem da Psicologia do Trabalho, na presença do trabalho. **Psicologia em Revista**, v. 13, n. 1, jun/2007, p. 155-168.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**. São Paulo: Oboré,1987.

WISNER, A. Questões epistemológicas em Ergonomia e em análise do trabalho. In: DANIELLOU, F. **A Ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Edgar Blücher, 2004, p. 29-56.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, jun/2008, p. 131-150.

## ANEXO I

### **Roteiro de entrevista semi-estruturada com gestores e trabalhadores**

1. Qual função exerce no CAPS ad?
2. Há quanto tempo trabalho no CAPS ad?
3. Fale-me do seu trabalho
4. Em sua experiência, como é sua rotina de trabalho diário?
5. Como lida com as imprevisibilidades no acolhimento de urgências, faltas, desistências?
6. Considerando que as políticas públicas orientam uma atenção com base no modelo de redução de danos e reabilitação psicossocial, que estratégias tem sido traçadas nesse sentido? Qual as dificuldades de implementação dessas políticas?
7. Qual o encaminhamento quando há necessidade de internações?
8. Como diferencia o tratamento em Capsad, hospital psiquiátrico e comunidade terapêutica? Há alguma articulação entre esses equipamentos?
9. Os recursos humanos, materiais e financeiros são compatíveis com o projeto institucional?
10. Quantos leitos são oferecidos? A oferta atende a demanda?
11. De que forma o CAPS ad se situa na rede de atenção em Saúde Mental no município? E na rede intersetorial? Que tipos de interlocuções existem? Como você participa desse processo, por exemplo, relativo ao fluxo de um usuário do qual você é técnico de referência?
12. Qual é a participação da família no tratamento?
13. Quais os profissionais que fazem parte da equipe?
14. Qual o papel de cada um na equipe? Como as tarefas são divididas? Como se desenvolvem as ações da clínica e psicossociais?
15. Como ocorre sua inserção na equipe?
16. Em que situações há interação entre a equipe?
17. Há elaboração de projetos terapêuticos individuais? De que forma?
18. Quais os critérios para alta?
19. Como você avalia a adesão dos usuários ao tratamento?

20. Dentre os usuários de álcool e drogas, qual o perfil daqueles que mais se beneficiam do serviço?
21. Qual a sua formação e experiência em saúde mental e álcool e droga?
22. Já foi observado rotatividade algum índice de rotatividade ou absenteísmo entre os profissionais?
23. De que forma você relaciona a prática e formação no seu trabalho?
24. Já trabalhou em outros equipamentos de atenção à saúde do usuário de álcool e drogas?
25. Quais as atividades específicas de seu trabalho? O que o trabalho exige de você?
26. Como o seu trabalho no Caps ad interfere em sua vida cotidiana?



## ANEXO II

### **Roteiro de entrevista semi-estruturada para usuários**

1. Como é o seu tratamento aqui no CAPS ad?
2. Há quanto tempo está em tratamento aqui?
3. Quais as atividades que participa aqui?
4. Sua família também participa das atividades no CAPS ad? Quais?
5. Já fez tratamento em outro lugar? Onde?
6. O que diferencia o tratamento aqui de outros locais?
7. Na sua opinião, o que o Psiquiatra faz?
8. E o Psicólogo?
9. Enfermeiro?
10. Assistente social?
11. Terapeuta ocupacional?
12. Outros profissionais?
13. Na sua opinião, como as decisões são tomadas pela equipe com relação às medicações, os dias que devem frequentar o CAPS ad, alta?

## ANEXO III

### Termo de consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Daniela Tonizza de Almeida, juntamente com a Prof. Dra. Eliza Helena de Oliveira Echternacht, estou desenvolvendo uma pesquisa através do Laboratório de Produção e Saúde, na Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Mestrado em Engenharia de Produção, cujo objetivo geral identificar os fatores do trabalho coletivo que atuam como limitantes ou facilitadores para a estruturação de competências e consequente consolidação da Reforma Psiquiátrica, nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas.

Para tanto, pretendo conhecer como o trabalho e o processo produtivo estão organizados; analisar como se configuram os aspectos de complementaridade e interdependência de saberes disciplinares, de articulação desses saberes, da autonomia técnica e da interação dos profissionais e compreender quais os debates de normas e valores estão presentes no trabalho.

Estima-se que, nos últimos dez anos, foram instituídas mudanças políticas que trouxeram repercussões diretas para o trabalho com usuários de álcool e drogas, ainda pouco estudadas pelas comunidades de pesquisa. Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho a nível local e para a avaliação e ampliação de políticas públicas de atenção à saúde de usuários de álcool e drogas, numa perspectiva mais ampla.

Será utilizado como método de coleta de dados uma análise do trabalho como base na Análise Ergonômica do Trabalho, o qual envolve entrevistas com trabalhadores e usuários e observação das atividades de trabalho.

A sua participação é voluntária e não oferece riscos à sua integridade pessoal. O(A) senhor(a) tem a liberdade de desistir de participar da pesquisa, durante o processo de investigação, não havendo quaisquer prejuízos. Nenhuma publicação o(a) identificará. Seu nome será mantido em sigilo e as informações obtidas serão igualmente tratadas sigilosamente. O(A) senhor(a) terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa, podendo discuti-la com a pesquisadora, se for de seu interesse. Não haverá qualquer despesa ou compensação financeira por sua participação nesse estudo.

Sua colaboração será da maior importância para a realização do estudo.

#### Declaração de Consentimento Livre e Esclarecido

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro estar ciente das informações fornecidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar da pesquisa, até que eu decida o contrário. Declaro que li e entendi as informações contidas acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas. Autorizo a utilização do material fonográfico para uso *a posteriori* das pesquisadoras, com o devido resguardo da minha identidade. Recebi uma cópia assinada desse consentimento.

Ass

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável

#### Dados das pesquisadoras:

Daniela Tonizza de Almeida  
Telefones: (31) 32863826

Endereço eletrônico: [daniela\\_tonizza@yahoo.com.br](mailto:daniela_tonizza@yahoo.com.br)

Eliza Helena de Oliveira Echternacht  
Telefone: (31) 3409-4885

Endereço eletrônico: [eliza@dep.ufmg.br](mailto:eliza@dep.ufmg.br)

Laboratório Integrado de Produção e Saúde

Escola de Engenharia, sala 3300 tel.3409-4885

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627- Pampulha

#### COEP - Comitê de Ética em Pesquisa:

Av. Antônio Carlos, 6627

Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005,  
Campus Pampulha

Belo Horizonte, MG – Brasil

31270-901 telefax 31 3409-4592

[coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

#### CEP- Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura