



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

VÂNIA SAMPAIO ALVES

**MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DO CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSad)**

Salvador

2009

VÂNIA SAMPAIO ALVES

**MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DO CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSad)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes

Salvador

2009

Ficha Catalográfica
Elaboração: Maria Creuza Ferreira da Silva

A474m Alves, Vânia Sampaio.

Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no
Contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad / Vânia Sampaio
Alves. - Salvador: V.S. Alves, 2009.

365f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Mônica de Oliveira Nunes.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal
da Bahia.

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2. Redução do Dano. 3.
Políticas Públicas. I. Título.

CDU 615.099

VÂNIA SAMPAIO ALVES

**MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DO CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSad)**

Defesa: 26 de Agosto de 2009

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA)

Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA)

Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA)

Prof. Dr. Antonio Nery Alves Filho

Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, Universidade Federal da Bahia (CETAD-UFBA)

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EE-USP)

Aos meus pais,
Regina (*in memoriam*) e Cândido,
pelo amor e valores que fizeram de mim quem sou.

À minha tia Teresinha e minha irmã Vanessa,
pela cumplicidade nos desafios e nas conquistas.

Aos usuários, familiares e profissionais do CAPSad Pernambués,
meu respeito e gratidão por toda aprendizagem proporcionada.

Agradecimentos

A cada dia que vivo, mais me convenço que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que, esquivando-nos do sofrimento, perdemos também a felicidade.

Carlos Drummond de Andrade

Eu não arriscaria tanto nem abraçaria os desafios que escolhi para mim, se não fosse a presença amorosa daqueles que têm comigo participado desta complexa e deliciosa aventura que é a vida. Nesta oportunidade, todo afeto e gratidão...

À minha família, importante rede de solidariedade, proteção e suporte afetivo;

À Isabel Lima, minha *mãe-de-coração*, pelo carinho que transpõe distâncias geográficas, incentivo e inspiração de meus passos profissionais e pessoais;

À Anamélia Franco, Rosa Malena Xavier e Telma Lino, minhas *amigas-irmãs*, pela amizade sincera e companheirismo fraterno;

Aos amigos de todo sempre que embelezam os múltiplos territórios e caminhos da vida;

À professora Mônica Nunes, pela oportunidade de integrar o Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde Mental (NISAM) e, sobretudo, pela confiança em permitir que eu arriscasse na mudança de objeto de estudo deste trabalho de doutoramento;

Aos companheiros do NISAM, pela extraordinária experiência de construção compartilhada do conhecimento científico;

À Carol Andrade, Clériston Costa e Luana da Silveira, meu especial agradecimento pela colaboração no trabalho de campo, nossos múltiplos olhares e diálogos sobre o CAPSad Pernambués;

Aos professores Jairnilson Paim, Lígia Vieira da Silva e Eduardo Paes Machado, pela leitura/escuta interessada do trabalho ainda em construção e pelo encorajamento para que eu siga arriscando sempre e mais na vida acadêmica;

À professora Márcia Aparecida Oliveira, pela participação e contribuições no exame de qualificação deste trabalho;

À Creuza, Bia, Anunciação, Taís, Moisés, Clinger, Dirlene e demais profissionais do Instituto de Saúde Coletiva, pela delicadeza com a qual têm nos acolhido em nossas necessidades nestes anos de estudos, pesquisas e pós-graduação;

Aos colegas da pós-graduação, pelas muitas oportunidades de aprendizagem compartilhada;

Aos colegas da Escola Estadual de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, especialmente a Marcele Paim, Shirlei Xavier, Rafael Veloso e Jane Guimarães, pela convivência que agrega valores e conhecimentos à vida profissional;

Aos sujeitos participantes desta pesquisa, agradeço em especial a confiança em tornar público suas histórias, necessidades sociais de saúde, projetos de vida e expectativas quanto à construção de um serviço público de saúde de qualidade e resolutivo.

Viajando na vida presente
Eu navego para frente e para trás
De dia sei quem eu sou
À noite não sei mais
No sublime silêncio da noite
Vem a tristeza e a solidão
O meu colchão, o meu cobertor e o meu travesseiro é o papelão
Eu vejo o riso e a maldade nos que se fazem expectador
Curtem o meu sofrimento, não querem saber quem eu sou
Calo, sofro e choro, falo somente com Deus
Só Ele é soberano e não abandona os filhos seus.

J.C.S., usuário do CAPSad

Resumo

No Brasil, a rede de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas caracteriza-se incipiente. O modelo de atenção à saúde baseado na internação e na abstinência como meta terapêutica exclusiva ainda se apresenta hegemônico. Esta realidade tem sido apontada como um reflexo da lacuna assistencial resultante da pouca ênfase conferida pelas políticas públicas à atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas e suas famílias. A partir da presente década, observa-se a expansão do número de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), principal instituição pública de atenção especializada aos transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Por constituírem serviços de implementação recente no país, a produção de trabalhos empíricos sobre os saberes e as práticas de saúde em construção a partir dos CAPSad caracteriza-se escassa e de circulação restrita. Este trabalho tem por objetivo analisar o modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do CAPSad. Para tanto, realizou-se estudo de caso único e de cunho etnográfico em um serviço no Estado da Bahia. Os dados foram produzidos entre janeiro de 2007 e março de 2008 mediante a triangulação de múltiplas fontes de evidências: análise de documentos, entrevistas semi-estruturadas com gestores, grupos focais com profissionais e familiares, observação direta, observação participante, entrevistas narrativas com usuários. Os dados demonstram que a parceria estabelecida para a implementação do CAPSad estudado com um centro de referência pioneiro no país no desenvolvimento de programas de redução de danos contribuiu incisivamente para uma trajetória institucional diferenciada e favorável à construção de uma experiência de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas referenciada nos princípios da reforma psiquiátrica e da lógica de redução de danos. A abordagem de redução de danos distingue-se como uma estratégia potente para a atenção psicossocial de usuários de álcool e outras drogas no contexto de um serviço substitutivo de saúde mental. As práticas de atenção produzidas a partir do CAPSad estudado caracterizaram-se pela humanização do cuidado e o compromisso com o resgate da cidadania de usuários e suas famílias. Conclui-se que, a despeito dos desafios da atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas e suas famílias no contexto do CAPSad, o alcance de suas práticas de saúde evidencia a potencialidade de um modelo de atenção orientado pela lógica da redução de danos.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias, políticas públicas, atenção à saúde, redução de danos, CAPSad

Abstract

In Brazil, the network of attention to questions related to alcohol and other drugs is already low. The health care model based on hospitalization and abstinence as the sole therapeutic goal still appears hegemonic. This has been identified as a reflection of the gap resulting from the care little emphasis by public policies to address the health of users of alcohol and other drugs and their families. From this decade, there is the expansion of the number of Centers of Psychosocial Care Alcohol and other Drugs (CAPSad), the main public institution for specialized care for disorders resulting from abuse and dependence of alcohol and other drugs. The production of empirical research on the knowledge and practices of health in construction from CAPSad is characterized little and publication restricted because of recent implementation services in the country. This study aims to examine the health care model for users of alcohol and other drugs in the CAPSad. Thus, there was single case study and ethnographic in a service in the State of Bahia, Brazil. The data were produced between January 2007 and March 2008 by the triangulation of multiple sources of evidence: analysis of documents, semi-structured interviews with managers, focus groups with professionals and family members, direct observation, participant observation, narrative interviews with users. The data show that the partnership established to implement the CAPSad studied with a reference center in the country pioneering the development of harm reduction programs contributed effectively to a different institutional trajectory and the construction of a positive experience of health care for users of alcohol and other drugs referenced on the principles of psychiatric reform and the harm reduction. The harm reduction approach distinguishes itself as a powerful strategy for psychosocial care for users of alcohol and other drugs in the context of a substitute mental health service. The practices of care produced from CAPSad studied were characterized by the humanization of care and commitment to the recovery of the citizenship of users and their families. It concluded that, despite the challenges of psychosocial care to users of alcohol and other drugs and their families in the CAPSad, the meaning of their practice of health highlights the potential of health care model based by the harm reduction approach.

Keywords: Substance-related disorders, public policies, health care, harm reduction, CAPSad

Sumário

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Introdução | 10 |
| 2. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas | 25 |
| 2.1. Discursos políticos e a construção dos modelos de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas | 27 |
| 2.2. Políticas públicas de drogas no Brasil: entre o discurso proibicionista e o enfoque da redução de danos | 39 |
| 2.3. Política de saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas | 53 |
| 2.4. Saberes e práticas de saúde em construção nos CAPSad: Estado da Arte | 59 |
| 3. Caminho metodológico | 72 |
| 3.1. Hermenêutica: caminho do pensamento | 72 |
| 3.2. Contexto e planejamento da pesquisa | 78 |
| 3.3. O trabalho de campo no CAPSad: o <i>"Estar lá"</i> | 81 |
| 3.3.1. Fase semi-intensiva | 83 |
| 3.3.2. Fase intensiva | 92 |
| 3.3.3. A saída de campo | 105 |
| 3.4. Estratégia de análise dos dados: o <i>"Estar aqui"</i> | 107 |
| 3.5. Considerações éticas | 110 |
| 4. CAPSad Pernambués: implementação e organização do processo de trabalho | 111 |
| 4.1. Processo de implementação do CAPSad Pernambués | 111 |
| 4.1.1. Posição geográfica e infraestrutura | 117 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.1.2. Modelo de gestão do CAPSad Pernambucoés | 127 |
| 4.1.3. Os avanços e desafios da implementação do CAPSad Pernambucoés | 134 |
| 4.2. Organização do processo de trabalho no CAPSad Pernambucoés | 151 |
| 4.2.1. Processo de trabalho interdisciplinar | 162 |
| 4.2.3. Necessidades de qualificação na área de álcool e outras drogas | 170 |
| 5. Objeto de intervenção do CAPSad: demandas e necessidades sociais de saúde de usuários e familiares em tratamento | 176 |
| 5.1. O sujeito em tratamento no CAPSad | 176 |
| 5.1.1. O consumo de álcool e outras drogas | 177 |
| 5.1.2. Relação com o CAPSad | 204 |
| 5.1.3. Relação com os profissionais | 211 |
| 5.1.4. Sentidos atribuídos à redução de danos – abstinência | 216 |
| 5.2. A família dos sujeitos em tratamento no CAPSad | 224 |
| 5.3. Redes de solidariedade e conflito | 235 |
| 5.4. Desafios para a promoção da inclusão social | 239 |
| 5.4.1. Sentidos atribuídos à inclusão social | 244 |
| 5.4.2. Onde esbarra a promoção da inclusão social de usuários de álcool e outras drogas? | 251 |
| 6. Saberes e práticas de saúde no CAPSad Pernambucoés | 256 |
| 6.1. Planejamento e avaliação das intervenções de saúde | 256 |
| 6.2. Práticas de saúde intramuros | 258 |
| 6.2.1. Recepção e acolhimento | 258 |
| 6.2.2. Plano terapêutico individual | 264 |
| 6.2.3. Oficinas e grupos terapêuticos | 268 |
| 6.2.4. Assembléias | 280 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 6.2.5. Atenção à crise | 285 |
| 6.3. Intervenções extramuros | 287 |
| 6.3.1. Inserção do CAPSad Pernambués no território: potencialidades e limites de conformação da rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas | 288 |
| 6.3.1.1. Relação com outros serviços da rede de saúde | 289 |
| 6.3.1.2. Relação com dispositivos da rede intersetorial | 300 |
| 6.3.1.3. Relação com a comunidade | 310 |
| 6.3.1.4. Organização política de usuários e familiares em tratamento no CAPSad Pernambués | 311 |
| 6.3.2. Experiências de atividades extramuros promovidas a partir do CAPSad Pernambués | 314 |
| 6.3.2.1. Atividade de sala de espera em um centro de saúde | 319 |
| 6.3.2.2. Fórum de saúde mental da comunidade de Pernambués | 321 |
| 6.3.2.3. Projeto EspaSSos da Rua e a atenção à saúde de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas | 323 |
| 6.4. Avaliação das práticas de cuidado no contexto do CAPSad Pernambués: o ponto de vista de profissionais, usuários e familiares | 331 |
| 6.4.1. Freqüência e adesão dos usuários ao tratamento | 331 |
| 6.4.2. Avaliação das práticas de cuidado segundo o ponto de vista de usuários e familiares em tratamento | 335 |
| 6.4.3. Expectativas de profissionais do CAPSad quanto ao tratamento e a alta terapêutica | 341 |
| 7. Considerações finais | 345 |
| Referências | 349 |
| Apêndice – Categorias temáticas | 360 |

1. Introdução

O presente trabalho tem por objeto de investigação o modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) no Estado da Bahia. A construção deste objeto emerge da inserção da pesquisadora no campo empírico, proporcionada pela pesquisa “*Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil*”¹. A respeito desta aproximação, pondera-se que embora, a princípio, ocasional tenha sido fortemente instigante, capaz de despertar um grande interesse pelo tema da atenção à saúde de pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas em um serviço substitutivo de saúde mental. Deste modo, o campo empírico convenceu a pesquisadora da relevância da abordagem do tema a ponto desta abraçar o desafio de reorientar a trajetória de produção deste trabalho de doutoramento.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho de campo, o cotidiano do serviço e o contato com as histórias de vida de seus usuários tornaram explícita a atualidade da questão do consumo de álcool e outras drogas em nossa sociedade. Assim, um objeto que parecia inicialmente configurar uma problemática distante delineou-se próximo, contundente, desafiante e altamente relevante.

A abordagem do modelo de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas insere-se em um campo multifacetado marcado pela complexidade da questão do consumo de substâncias psicoativas na contemporaneidade. Inicialmente, faz-se necessário compreender o que são as *drogas* e como estas historicamente se constituíram em um problema social a demandar, de forma cada vez mais incisiva, a intervenção reguladora do Estado.

A relação dos homens com as substâncias psicoativas atravessa a história da humanidade. A literatura retrata o consumo de substâncias psicoativas desde civilizações antigas, sendo este descrito em função de sua finalidade religiosa, extática, recreativa,

¹ Pesquisa desenvolvida pelo Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental (NISAM-ISC-UFBA) sob coordenação da Professora Dra. Mônica de Oliveira Nunes e financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde 07/2005. Processo N. 554525/2005-4).

medicinal e nutritiva (FERREIRA e MARTINI, 2001; CARLINI, 2006; SILVEIRA e MOREIRA, 2006; ARAÚJO e MOREIRA, 2006). O consumo de substâncias psicoativas era, então, muitas vezes regulado pela rede de significados simbólicos derivados dos contextos socioculturais nos quais era efetuado. A expressão *drogas* era empregada, dos séculos XVI ao XVIII, com um sentido abrangente, nomeando um conjunto de substâncias naturais utilizadas especialmente na medicina e na alimentação (CARNEIRO, 2005). No Brasil, por exemplo, o pau-brasil e o açúcar figuraram como as duas *drogas* mais importantes nos dois primeiros séculos do período colonial.

A partir do século XIX, o consumo de substâncias psicoativas começa a assumir novas feições e implicações sociais. A princípio, a descoberta e a produção de medicamentos, a exemplo da morfina e da heroína, despertaram o interesse da classe científica e propiciaram um tipo de consumo realizado sob controle médico (ARAÚJO e MOREIRA, 2006). Com o tempo, o consumo destas novas apresentações das substâncias psicoativas popularizou-se, não necessariamente por sua finalidade terapêutica, mas em virtude do prazer que podiam proporcionar. No início do século XX, a comercialização de inúmeras substâncias psicoativas, dentre as quais a cocaína, era realizada livremente, sem quaisquer restrições. Deste modo, verifica-se uma expansão do consumo de substâncias psicoativas cada vez mais desatrelado de contextos socioculturais capazes de regulamentá-lo. Este novo padrão de consumo foi acompanhado pela emergência de danos à saúde e riscos sociais.

Na atualidade, as drogas são definidas como substâncias exógenas que agem no sistema nervoso central, modificando o seu funcionamento e acarretando alterações físicas, psíquicas e comportamentais. Os efeitos produzidos por estas substâncias têm sido descritos como conseqüentes de inibição, estimulação ou perturbação da atividade cerebral, com produção de estados de euforia, excitação, irritabilidade, depressão, insônia, relaxamento muscular, alucinações, delírios, perda de autocontrole, desorientação, entre outras alterações (MASUR e CARLINI, 2004; DIAS e PINTO, 2006). As alterações produzidas dependem do tipo e da quantidade de substância consumida, mas também das características de quem as consome, das expectativas em torno de seus efeitos e do contexto sociocultural em que o consumo é realizado (MASUR, 2004).

Entre os riscos e danos sociais e à saúde associados ao consumo de álcool e outras drogas, a literatura tem enumerado a exposição a situações de violência, como acidentes de trânsito, conflitos interpessoais e familiares, traumatismos, homicídios, suicídios, envolvimento com o tráfico e outras atividades delituosas (MINAYO e DESLANDES, 1998;

ZILBERMAN e BLUME, 2005; REHM e MONTEIRO, 2005; REIS, FIGLIE e LARANJEIRA, 2006; CHALUB e TELLES, 2006; PONCE e LEYTON, 2008; PONCE et al., 2008; HEIM e ANDRADE, 2008); práticas sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas e agulhas e exposição a infecções de transmissão sexual e parenteral, a exemplo do HIV, hepatites B e C, HTLV e sífilis (CARVALHO, BUENO e PROJETO BRASIL, 2000; SEIBEL e CARVALHO, 2000; BASTOS et al., 2000; CARDOSO, MALBERGIER e FIGUEIREDO, 2008); co-morbidades ou agravamento de condições clínicas e psiquiátricas (SILVEIRA e JORGE, 1999; MELONI e LARANJEIRA, 2004; BEHAR, 2004; ALVES, KESSLER e RATTO, 2004; RODRÍGUEZ et al., 2005), intoxicação aguda por uso de drogas (*overdose*), uso abusivo e dependência, entre outros. Dentre as possíveis conseqüências do consumo de substâncias psicoativas, admite-se que o uso abusivo e a dependência podem potencializar outros riscos e danos sociais e à saúde aos indivíduos e à coletividade. Neste trabalho, a abordagem do modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas contempla especialmente o segmento populacional que apresenta transtornos severos decorrentes do uso abusivo e dependências.

Nem todo consumo de substância psicoativa caracteriza dependência ou toxicomania. Esta condição é definida a partir da intensidade da relação estabelecida com as drogas, na qual o consumo passa a exercer determinação sobre os comportamentos do usuário (MASUR, 2004). Nesta perspectiva, a dependência envolve o comprometimento da possibilidade de escolhas, tendo em vista a restrição de respostas percebidas pelo usuário ao enfrentamento de situações da vida. A autonomia do sujeito em relação à organização da vida também pode ser fragilizada pela compulsão ao consumo. A condição de dependência é descrita, ainda, como solitária, pela perda de interesse que pode desencadear quanto às relações sociais.

Conforme Masur (2004), a dependência às drogas pode ser classificada como física e/ou psicológica. A dependência física resulta de uma adaptação do organismo aos efeitos da substância psicoativa e pode desencadear uma reação violenta do organismo quando há descontinuidade súbita do consumo – a síndrome de abstinência ². Outra questão a ser salientada na identificação de quadros de dependência física refere-se ao fenômeno da tolerância às substâncias psicoativas, o que implica na necessidade de consumo de doses cada vez maiores para a produção dos mesmos efeitos. O desenvolvimento de dependência

² A síndrome de abstinência caracteriza-se por um quadro clínico com sintomas bem definidos desencadeados dentro de um curso temporal determinado (MASUR, 2004).

encontra-se relacionado ao tipo de substância, a quantidade, a frequência e a duração do seu uso.

A dependência psicológica pode estar associada ou não a dependência física e ser produzida por substâncias psicoativas ou outros objetos (jogo, sexo, comida, entre outros) ou pessoas. Este tipo de dependência em relação às drogas pode ser reconhecida a partir de fenômenos que retratam a centralidade ou importância da substância psicoativa na vida do indivíduo, tais como a frequência do consumo, o tempo e o esforço envolvidos para obtê-la, a perda de interesse por outras dimensões da vida. Segundo Masur (2004, p. 30), *“ocorre dependência psicológica a uma droga quando ela ocupa um lugar central nos pensamentos, emoções e atividades da pessoa, de tal forma que não só se torna muito difícil parar de usá-la bem como prevalece um desejo intenso de usá-la constantemente”*.

A compreensão do fenômeno das dependências das drogas não pode, entretanto, ser restrita à sua dimensão bioquímica. A discussão em torno dos fatores determinantes das dependências ressalta a confluência de fatores biológicos, psicológicos e sociais, com delineamento de modelos explicativos complexos e não necessariamente consensuados pela comunidade científica (MATOS, 2007). Para além do discurso científico, a questão da dependência apresenta-se, ainda, permeada por discursos de ordem moral, religioso e jurídico-policial. A coexistência destas perspectivas discursivas torna ainda mais complexa não apenas a compreensão da questão das dependências, por vezes estigmatizante, como também contribui para a proliferação de medidas de intervenção e enfrentamento do problema nem sempre convergentes quanto às estratégias e os objetivos almejados.

Em sua complexidade, é indiscutível que o consumo de álcool e outras drogas, particularmente os transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência, constitui um dos maiores desafios contemporâneos à saúde pública em países do mundo. Dados produzidos por estudos epidemiológicos permitem dimensionar a extensão deste desafio no Brasil.

A prevalência do uso de drogas psicotrópicas foi estimada mediante levantamento domiciliar realizado, em 2001, nas 107 cidades do país com mais de 200 mil habitantes, envolvendo uma amostra de 8.589 pessoas (GALDURÓZ et al., 2005). A prevalência do uso na vida de qualquer droga ilícita foi estimada em 19,4%, sendo a maconha e os solventes as substâncias mais referidas – 6,9% e 5,8%, respectivamente. O uso na vida de cocaína foi referido por 2,3% das pessoas entrevistadas, o de crack por 0,4% e o de heroína por 0,1%. Entre os medicamentos psicotrópicos consumidos sem prescrição médica, a prevalência de

uso na vida de benzodiazepínicos correspondeu a 3,3% e o de estimulantes a 1,5% na população estudada. O uso na vida de drogas lícitas apresentou prevalência expressiva: 68,7% para o uso de álcool e 41,1% para o de tabaco.

Em 2005, realizou-se o segundo levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas nas 108 cidades do país com mais de 200 mil habitantes, envolvendo uma amostra de 7.939 pessoas (CARLINI et al., 2006). Os dados produzidos por este levantamento indicam um aumento do percentual referido para o uso na vida de drogas lícitas e ilícitas³. O uso na vida de qualquer droga, a exceção do álcool e do tabaco, correspondeu a 22,8%, permanecendo a maconha (8,8%) e o solvente (6,1%) como as duas substâncias mais referidas. O uso na vida de cocaína aumentou para 2,9% e o de heroína (0,1%) permaneceu inalterado entre 2001 e 2005. Um dado preocupante refere-se ao uso na vida de crack (0,7%), que quase duplicou em relação ao ano de 2001. Quanto aos medicamentos psicotrópicos consumido sem prescrição médica, a prevalência de uso na vida de benzodiazepínicos (5,6%) e de estimulantes (3,2%) também apresentou crescimento expressivo. O uso na vida de bebidas alcoólicas e de tabaco correspondeu a 74,6% e a 44,0%, respectivamente.

A despeito do crescimento do uso na vida de drogas ilícitas, entre 2001 e 2005, as prevalências de dependência destas substâncias, a exceção da maconha, apresentaram declínio no período. De acordo com os dados do levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas de 2005, cerca de 1,2% dos entrevistados apresentava dependência de maconha, 0,5% de benzodiazepínicos, 0,2% de solventes e 0,2% de estimulantes (CARLINI et al., 2006). Os dados deste estudo retratam, ainda, a relativa facilidade de acesso às drogas ilícitas. Entre os entrevistados, 65,1% declararam ser muito fácil obter a maconha, caso desejassem; 67,9% obteriam facilmente os solventes; 51,1%, a cocaína; 43,9%, o crack; 43,2%, os estimulantes; 39,4%, os benzodiazepínicos.

Os padrões de consumo de álcool e outras drogas foram analisados por Bastos, Bertoni e Hacker (2008) a partir de um inquérito de base populacional, realizado em 2005, envolvendo uma amostra representativa da população urbana brasileira composta por 5.040 pessoas de ambos os sexos e com idade entre 16 a 65 anos. O uso na vida de drogas ilícitas foi referido por 8,9% dos entrevistados, sendo a maconha apontada como a primeira droga

³ Ao comparar os dados do I e do II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizados em 2001 e 2005, os autores não consideraram o aumento do uso na vida de maconha, solventes, benzodiazepínicos, álcool e tabaco estatisticamente significativo. Apenas o aumento da prevalência do uso na vida de estimulantes foi considerado estatisticamente significante. Não foi feita observação quanto à significância estatística do aumento do uso na vida de crack.

ilícita consumida por 80,1% dos respondentes. Quanto à fonte da droga ilícita consumida pela primeira vez na vida, 79,6% dos entrevistados referiram tê-la obtido com amigos, parentes ou conhecidos, 8,3% em pontos de venda e 5,8% nas escolas. O uso na vida de drogas ilícitas apresenta-se mais elevado entre os homens (13,2%) do que nas mulheres (5%) e jovens com idade entre 16-24 anos (11,7%) e 25-36 anos (12,1%). Em relação às drogas lícitas, o estudo indica o uso na vida de bebidas alcoólicas por 86,7% dos entrevistados, dos quais 4,9% declararam beber três ou mais vezes por semana.

Os achados do inquérito populacional de 2005 foram comparados por Bastos, Bertoni e Hacker (2008) com aqueles obtidos a partir de estudo semelhante, do ponto de vista metodológico, realizado em 1998. Os autores identificaram uma redução na proporção de indivíduos que referiram ter feito uso na vida de drogas ilícitas – de 12,5%, em 1998, para 8,9%, em 2005. Considerando as drogas ilícitas de maior consumo, observou-se um incremento na proporção de indivíduos que referiram ter feito uso de maconha nos 12 meses que precederam a entrevista (41,0% em 1998 e 65,3% em 2005) e uma redução daqueles que referiam o uso da cocaína (21,4% em 1998 e 14,4% em 2005).

A despeito de variações nas prevalências descritas para o uso na vida e dependência de álcool e outras drogas, os resultados de estudos epidemiológicos apresentam-se convergentes quanto à caracterização do problema. Nesta direção, evidenciam que apesar da importância da prevalência do consumo de drogas ilícitas, o álcool desponta como a principal substância psicoativa de consumo. A análise temporal de estudos epidemiológicos acerca do consumo de bebidas alcoólicas, incluindo o uso abusivo e a dependência, aponta para a importância de atenção à questão, principalmente entre os mais jovens (GALDURÓZ e CAETANO, 2004).

Segundo o primeiro levantamento nacional de padrões de consumo de álcool na população brasileira, o consumo regular de bebidas alcoólicas entre adolescentes com idade entre 14 e 17 anos corresponde a 14,6%, a despeito de este consumo ser legalmente proibido no país para menores de 18 anos (LARANJEIRA et al., 2007). A intensidade do consumo de bebidas alcoólicas, expressa em termos de frequência e do número de doses ingeridas, também se apresenta mais elevada entre os jovens, caracterizando uma maior exposição deste segmento populacional a riscos e danos sociais e à saúde, inclusive o de dependência. Entre indivíduos maiores de 18 anos de idade, o levantamento identificou uso nocivo⁴ de bebidas

⁴ Os autores definem o uso nocivo de bebidas alcoólicas como o padrão de consumo capaz de produzir prejuízos físicos, psicológicos ou sociais sem, contudo, configurar dependência. Esta envolve adaptações neurofisiológicas

alcoólicas por 3% da população brasileira e um percentual de dependência correspondente a 9%.

O custo social e de saúde relacionado ao uso abusivo e dependência de álcool é bastante elevado em todo o mundo (MELONI e LARANJEIRA, 2004). Dentre os indicadores deste custo, ressalta-se a morbi-mortalidade diretamente atribuível ao consumo de bebidas alcoólicas. Os autores citam dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), relativos ao ano de 2003, que demonstram que o consumo de álcool determina 3,2% de todas as mortes no mundo, sendo diretamente responsável por 5,6% de todas as mortes na população masculina e por 0,6% das mortes ocorridas entre as mulheres. Outro indicador de saúde adotado pela OMS, denominado DALYs⁵, refere-se aos anos de vida perdidos ou incapacitados em razão de doença ou mortalidade precoce atribuível ao consumo de álcool. Estima-se ser o álcool responsável por 4% do DALYs em todo o mundo – 6,5% entre os homens e 1,93% entre as mulheres.

Em relação ao Brasil, considera-se que o consumo de álcool constitua importante causa de adoecimento, mortalidade precoce e incapacidade, sendo apontado como fator determinante de mais de 10% do total dos problemas de saúde do país (MELONI e LARANJEIRA, 2004). Marín-León, Oliveira e Botega (2007) descrevem que, em 2002, o Brasil apresentou uma mortalidade atribuível diretamente ao uso abusivo ou dependência de álcool correspondente a 0,8% de todas as mortes nos homens e 0,1% nas mulheres. Considerando a população de pessoas com transtorno mental, o estudo conduzido pelos autores apontou que 83,3% das mortes nos homens e 34,8% nas mulheres estavam relacionadas ao uso abusivo ou dependência de álcool. Em contrapartida, estima-se que pelo menos metade das pessoas que precisam de tratamento para o uso abusivo ou dependência de álcool não recebe assistência de saúde no país (KOHN, MELLO e MELLO, 2007).

As dimensões e a complexidade do fenômeno do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas no país salientam a necessidade da ampliação das ações e serviços de atenção à saúde nesta área. Uma caracterização inédita e extensiva desta rede assistencial resulta de um mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no país, realizado entre os anos de 2006 e 2007 (CARVALHO, 2007). Foram mapeadas 9.503 instituições governamentais e não-governamentais que

ao álcool, com manifestação de tolerância à substância e de sintomas típicos de síndrome de abstinência (LARANJEIRA et al, 2007).

⁵ DALYs corresponde à sigla de *Disability Adjusted Life Years*.

desenvolvem ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, ensino e pesquisa. O mapeamento demonstra que, com exceção das instituições de ensino e pesquisa, a rede de atenção às questões do consumo de álcool e outras drogas constitui-se predominantemente por instituições não-governamentais. Este fato tem sido apontado como um reflexo da lacuna assistencial resultante da pouca ênfase conferida pelas políticas públicas à atenção às questões relativas à demanda de drogas em detrimento às ações de repressão à sua oferta (MACHADO, 2006; DELGADO et al., 2007).

Em relação ao tempo de funcionamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no país, o mapeamento da rede revela que a grande maioria destas instituições teve suas atividades iniciadas nas duas últimas décadas. O crescimento do número de instituições que desenvolvem ações de prevenção e de redução de danos foi acentuado a partir da década de 1990, período em que a emergência da epidemia do HIV/AIDS colocou em evidência a necessária prevenção de sua transmissão na comunidade, particularmente entre usuários de drogas injetáveis (UDIs).

As instituições que referem o desenvolvimento de ações de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas no país são relativamente numerosas⁶. As ações realizadas objetivam prevenir, retardar ou reduzir o uso, abuso ou dependência na população geral e em grupos específicos, bem como danos sociais e à saúde associados ao consumo de álcool e outras drogas. Dentre as estratégias adotadas por estas instituições constam a formação de multiplicadores para atuação na prevenção do consumo de álcool e outras drogas, contemplando como público-alvo privilegiado pais e/ou responsáveis, educadores, ex-usuários de drogas, religiosos, líderes comunitários. Os estabelecimentos escolares e outros dispositivos sociais no território figuram como principal contexto de desenvolvimento destas intervenções preventivas. A participação de profissionais de saúde nestas ações, seja como agente ou como público-alvo, pode ser caracterizada como incipiente.

Após grande polêmica em torno de sua implementação no país, a redução de danos foi reconhecida pela Política Nacional sobre Drogas e pelas Políticas de Saúde como uma estratégia de saúde pública orientada para a minimização das consequências adversas do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas para o indivíduo e a coletividade (BRASIL, 2002, 2005a, 2005b). Nesta direção, busca-se resgatar a autonomia do usuário e sua auto-

⁶ Do total de 1.642 instituições pesquisadas, 1.255 informaram realizar atividades de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Destas, 61,8% são de natureza não-governamental. (CARVALHO, 2007).

regulação do consumo de drogas, sem a exigência imediata e autoritária da abstinência. Entretanto, as práticas de redução de danos mostram-se, ainda, pouco disseminadas no país. Dentre as instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas mapeadas, menos de um terço⁷ mencionou o desenvolvimento de ações de redução de danos.

De acordo com a caracterização das atividades promovidas por estas instituições, infere-se que as ações de redução de danos já não se restringem à substituição de seringas e agulhas e distribuição de preservativos masculinos como nos anos iniciais de sua implementação no país. Um amplo leque de ações foi mencionado pelas instituições como estratégias de redução de danos: aconselhamento, encaminhamento para a rede social e de saúde, encaminhamento para a testagem do HIV, distribuição de material informativo, grupos de discussão e orientação para os usuários do serviço, alimentação, banho, atividades culturais, artísticas e recreativas, entre outras. Como contexto de realização destas ações, a própria sede da instituição desponta como o principal local de intervenção, mas também foram referidos diversos dispositivos do território: serviços de saúde, residência de usuários, grupos e organizações religiosas, centros comunitários, associações de bairro, ruas e locais de consumo, instituições prisionais, bares, entre outros. Ressalta-se que nem sempre o desenvolvimento das ações de redução de danos encontra o apoio da comunidade, podendo inclusive esbarrar em manifestação de resistência, um reflexo do preconceito e do estigma que ainda permeia o universo do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Por outro lado, as ações de redução de danos no âmbito do território desempenham um papel importante na promoção do acesso da população às instituições.

As estratégias de redução de danos são dirigidas para um público composto, em sua maioria, por adultos, crianças e adolescentes em situação de risco social, adolescentes em medida socioeducativa, pessoas com HIV/AIDS, trabalhadores do sexo, egressos e população carcerária, profissionais de segurança pública, freqüentadores de bares e *raves*. Entre os agentes destas estratégias – os redutores de danos –, identifica-se o envolvimento de profissionais de saúde, voluntários, ex-usuários e usuários de álcool e outras drogas. A participação de ex-usuários e usuários nas ações de redução de danos mostrou-se mais pronunciada nas instituições não-governamentais.

⁷ Do total de 1.642 instituições pesquisadas, 574 responderam que realizam atividades de redução de danos. Destas, 54,5% são de natureza não-governamental (CARVALHO, 2007).

A rede assistencial, composta por instituições que desenvolvem ações de tratamento, recuperação e reinserção social aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas, foi caracterizada a partir do mapeamento das seguintes instituições governamentais e não-governamentais: hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), clínicas particulares, comunidades terapêuticas, residências terapêuticas, grupos de auto-ajuda, entre outras. Dentre as instituições pesquisadas (N=1.256), muitas referiram o desenvolvimento concomitante de ações de prevenção (72,4%) e, em menor proporção, a realização de ações de redução de danos sociais e à saúde (39%) e de ensino e/ou pesquisa (3,7%).

A maioria das instituições assistenciais na área de álcool e outras drogas existente no país é de natureza não-governamental (67,7%), localizada na área urbana e voltada para a atenção de adultos de ambos os sexos e com idade entre 18 e 59 anos. Entre as instituições não-governamentais, destacam-se as Comunidades Terapêuticas (55,2%), os Grupos de Auto-Ajuda (12,9%) e os Hospitais Psiquiátricos (7,5%). A rede de instituições governamentais é composta principalmente por serviços substitutivos de saúde mental: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad (33,7%) e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS/ Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS (23,4%). Os dados demonstram que a rede de serviços públicos de saúde complementar à rede de saúde mental na assistência a usuários de álcool e outras drogas caracteriza-se bastante restrita: Hospitais Gerais (2,1%), Hospitais-dia (1,0%), Residências Terapêuticas (0,5%).

No que diz respeito ao modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, depreende-se que embora a rede hospitalar de assistência ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas seja pouco expressiva e que se acompanhe uma redução de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2007a, 2008), a predominância das comunidades terapêuticas tem contribuído, de forma incisiva, para a hegemonia do modelo de atenção baseado na internação e na abstinência como objetivo terapêutico exclusivo. Todavia, a análise dos dados relativos ao tempo de funcionamento das instituições assistenciais na área de álcool e outras drogas permite retratar uma realidade em transformação, induzida particularmente pela política de saúde mental e pela política de saúde específica para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, editadas no país a partir de 2001 (BRASIL, 2001, 2002, 2004a). A maior proporção de instituições não-governamentais (63,5%) existentes no país foi implementada até o final da década de 1990. A partir da década de 2000, observa-se a expansão das instituições assistenciais de natureza governamental, especialmente os Centros

de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). O percentual de instituições governamentais pesquisadas que foram implementadas na presente década corresponde a 52,4%. Tendo em vista a predominância do atendimento ambulatorial e da incorporação crescente de estratégias de redução de danos nestas instituições, depreende-se deste dado um movimento de reorientação do modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. A comparação, a seguir, entre as práticas de cuidado adotadas pelas instituições assistenciais governamentais e não-governamentais oferece outros elementos para a análise acerca desta realidade.

O acesso às instituições assistenciais tem sido decorrente principalmente da demanda espontânea do próprio usuário e/ou familiares, de encaminhamentos de outros dispositivos sociais e de saúde (rede hospitalar, conselhos tutelares, instituições religiosas, sistema de justiça, entre outros) e de atividades desenvolvidas pelas instituições no âmbito do território. O principal motivo de busca por tratamento nas instituições assistenciais pesquisadas são os transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool, seguido daqueles relacionados a outras drogas. Para a admissão do usuário ao tratamento, as instituições apontam a concordância do usuário como o principal requisito. Outros aspectos valorizados como condição para a admissão do usuário a estas instituições são o compromisso da família no acompanhamento do tratamento, o encaminhamento formal de profissionais de outras instituições, a indicação médica formal e a autorização judicial.

Em relação à abordagem terapêutica, constata-se uma expressiva diversidade teórico-metodológica das práticas de cuidado adotadas. Entre estas, foram mencionadas como as mais freqüentes a psicoterapia individual e em grupo, o acompanhamento familiar e as oficinas terapêuticas. O desenvolvimento de atividades de redução de danos sociais e à saúde, visitas domiciliares, acompanhamento social e o atendimento de pessoas com problemas psiquiátricos e clínicos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas foram referidos mais freqüentemente entre as instituições assistenciais de natureza governamental. O tratamento aos problemas associados ao consumo do tabaco, assistência religiosa e os grupos de auto-ajuda, por sua vez, apresentam-se mais freqüentes entre os recursos terapêuticos de instituições não-governamentais.

A articulação com outros dispositivos sociais e de saúde do território desponta como uma ação necessária às instituições assistenciais tendo em vista a promoção da (re)inserção social dos usuários assistidos. O encaminhamento foi descrito pelas instituições como a principal ação orientada para esta finalidade. Apesar da relevância desta articulação,

dentre as instituições pesquisadas apenas 60,7% referiram realizar o encaminhamento de usuários assistidos para dispositivos sociais e de saúde com o claro objetivo da (re)inserção social. Neste quesito, não foi verificada distinção significativa entre as instituições governamentais e as não-governamentais.

O papel da família no tratamento do usuário de álcool e outras drogas foi referido como de grande importância pelas instituições assistenciais pesquisadas. Entretanto, o acompanhamento familiar apresenta-se mais freqüente e intenso entre as instituições governamentais (77,2%). A participação da família no acompanhamento do tratamento caracteriza-se restrita em instituições orientadas pelo modelo de atenção baseado na internação, a exemplo das comunidades terapêuticas. Em muitas destas instituições, a visita da família ao usuário em tratamento é limitada a uma vez ao mês, uma vez na semana ou quinzenalmente e em alguns casos chega a ser proibida. O tempo decorrido entre a internação e a autorização da visita da família também se mostra bastante variável, podendo esta ser permitida desde o primeiro dia até noventa dias depois de decorrido a internação.

Esta caracterização das instituições assistenciais faz sobressair aspectos que se reportam a antigos questionamentos no campo da saúde mental acerca da eficácia de um modelo de atenção baseado na internação, com repercussão na fragilização ou mesmo ruptura dos laços de convivência do usuário com a família e a comunidade. Considerando-se a magnitude da problemática do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas, este modelo de atenção apresenta alcance limitado no que diz respeito à sua cobertura assistencial e a produção de impacto na realidade epidemiológica. Em contrapartida, o modelo de atenção alternativo, orientado para atenção contínua, integral e de base comunitária, almeja a ampliação do acesso às ações de prevenção, redução de danos sociais e à saúde, tratamento e reinserção social, além da produção de profundas transformações nos valores culturais e sociais em torno do cuidado aos transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Este modelo fundamenta-se, ainda, na configuração de uma rede articulada de atenção que, englobando instituições governamentais e não-governamentais, de saúde e de outros setores (assistência social, educacional, jurídico etc), pretende responder de forma mais efetiva à complexidade da problemática do uso abusivo e dependência de drogas.

No que concerne à reorientação do modelo de atenção em saúde mental, a reforma psiquiátrica tem avançado com o processo de desinstitucionalização a partir da redução progressiva, pactuada e planejada do número de leitos psiquiátricos e a expansão da rede de

serviços substitutivos à internação hospitalar em saúde mental (DELGADO et al., 2007). Na área de álcool e outras drogas, a expansão dos serviços substitutivos tem implicado no fortalecimento da rede de serviços públicos de atenção à questão. A implementação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), em especial, podem vir a propiciar a construção de práticas de cuidado cada vez mais compromissadas com a perspectiva da redução de danos sociais e à saúde, sensíveis à singularidade das necessidades de saúde dos usuários e orientadas para a promoção de seus direitos de cidadania.

Dentre as muitas instituições que compõem a rede assistencial na área de álcool e outras drogas, o presente trabalho enfocará o CAPSad, principal instituição pública de atenção especializada aos transtornos decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Outra justificativa para este recorte refere-se ao papel estratégico atribuído pelas políticas de saúde mental e de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a, 2004b) a este dispositivo quanto à reorientação do modelo de atenção na área. Em conformidade com este propósito, foram delineados objetivos abrangentes ao CAPSad: 1) oferecer atendimento diário e de base comunitária a pessoas com transtornos graves e persistentes decorrentes do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas dentro da lógica de redução de danos, em regime de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo⁸; 2) gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico personalizado; 3) promover a inserção social dos usuários através do desenvolvimento de ações no território e articulação da rede de saúde e intersetorial de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas; 4) desenvolver ações junto aos usuários, familiares e comunidade para minimizar fatores de vulnerabilidade e potencializar fatores de proteção ao consumo de álcool e outras drogas; 5) desenvolver ações no território de enfrentamento do estigma e do preconceito relativos ao consumo de álcool e outras drogas; 6) oferecer apoio matricial às equipes de atenção básica e de saúde da família na área de álcool e outras drogas, entre outros (BRASIL, 2004a, 2004b). Composto por uma equipe

⁸ Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar. A definição do regime de atendimento não depende apenas do diagnóstico, inclui consideração de recursos pessoais, familiares e sociais disponíveis, capazes de favorecer a permanência do indivíduo na comunidade (BRASIL, 2004b).

multiprofissional⁹, as atividades terapêuticas ofertadas pelo CAPSad incluem: acolhimento, atendimento individual e em grupo, atenção às famílias, visitas e atendimentos domiciliares, oficinas e grupos terapêuticos, repouso e desintoxicação ambulatorial, atividades comunitárias, assembléias ou reuniões de organização do serviço (BRASIL, 2002, 2004b).

Os primeiros serviços substitutivos de saúde mental especializados na atenção aos transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de drogas surgiram como experiências pontuais na segunda metade dos anos 1990 – em 1996 em Natal/RN e em 1998 em Santo André/SP (MACHADO, 2006) –, uma década depois da criação dos primeiros serviços substitutivos para a atenção aos transtornos mentais. Em 2002, o CAPSad foi regulamentado pela Portaria GM nº 336/2002. A sua implementação está prevista em municípios com mais de 200 mil habitantes ou que apresentem um quadro epidemiológico importante quanto ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, até junho de 2009 haviam sido implantados 200 CAPSad no país, um quantitativo ainda inferior aos 250 CAPSad propostos (BRASIL, 2004a, 2009). No Estado da Bahia, o número de CAPSad implantados no período correspondia a onze, dos quais um localiza-se na capital¹⁰.

Por constituírem serviços de implantação recente no país, a produção científica de trabalhos empíricos sobre o modelo de atenção em construção nos CAPSad caracteriza-se escassa, mas de tendência ascendente em reflexo ao próprio processo de expansão destes serviços na rede pública de saúde. A compreensão dos saberes e das práticas de cuidado produzidos a partir destes serviços mostra-se de grande relevância para a consolidação do processo de reorientação do modelo de atenção na área de álcool e outras drogas, haja vista que a criação de novas estruturas organizacionais não implica, necessariamente, em renovação imediata do pensar e do fazer dos profissionais de saúde e da comunidade assistida. Nesta conjuntura, o presente trabalho orienta-se pela seguinte pergunta de investigação: **“Como se caracteriza o modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas em um Centro de**

⁹ A equipe mínima para atuação no CAPSad para atendimento de 25 usuários por turno, máximo de 45 usuários por dia, deve ser composta por um médico psiquiátrica, um médico clínico, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), seis profissionais de nível médio (entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). A contratação de redutores de danos não é explicitada na Portaria GM nº 336/2002, o que pode estar relacionado ao baixo índice de redutor de danos entre as instituições governamentais (CARVALHO, 2007).

¹⁰ Os demais CAPSad em funcionamento no Estado da Bahia encontram-se distribuídos nos municípios de Eunapólis, Feira de Santana, Itabuna, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista.

Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad?”. Para respondê-la, delineou-se um estudo de caso único de cunho etnográfico com os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar o modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad no Estado da Bahia.

Objetivos específicos:

- Descrever o processo de implementação do CAPSad estudado e suas implicações para a construção do modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas;
- Caracterizar o objeto de intervenção do CAPSad a partir dos problemas e necessidades sociais de saúde expressos por usuários e familiares e de suas expectativas em torno do tratamento demandado;
- Descrever e analisar os saberes e as práticas de saúde produzidos a partir do CAPSad para a atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas e suas famílias;
- Discutir as potencialidades e os limites das práticas de saúde produzidas pelo CAPSad a partir do ponto de vista de profissionais, usuários e familiares.

2. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas

O debate em torno dos modelos de atenção à saúde foi deflagrado no contexto do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Este debate tem problematizado a adequação das práticas e dos processos de trabalho à resolutividade dos problemas de saúde e atenção a necessidades sociais de saúde da população. A partir da década de 1980, verifica-se no país a emergência de algumas experiências alternativas de reorganização dos serviços a partir da promoção de “*mudanças no conteúdo e na forma de organização das práticas de saúde*” (TEIXEIRA, 2006, p.23). Trata-se de iniciativas inovadoras, consideradas pontuais pelo seu caráter local e diversificadas quanto aos fundamentos teórico-conceituais e as estratégias adotadas, mas de grande relevância para a reflexão crítica e política, a qual tem sido transversal à implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Três dimensões têm sido contempladas na discussão acerca do modelo de atenção à saúde: a político-gerencial, a organizacional e a tecnológica (TEIXEIRA, 2006). A dimensão política é relativa a mecanismos de condução do processo de organização das ações e serviços de saúde, corresponde à esfera de formulação e implementação de políticas. A dimensão organizacional refere-se às relações estabelecidas entre as unidades de saúde, que geralmente considera a hierarquização dos níveis de complexidade assistencial. Trata-se da esfera da gestão e organização do sistema de serviços de saúde. A dimensão tecnológica ou operacional contempla as práticas e os processos de trabalho em saúde, seus conteúdos e organização social (TEIXEIRA e SOLLA, 2006). Em conformidade com uma concepção sistêmica, a reorientação do modelo de atenção deve resultar da conjugação de propostas e estratégias sinérgicas nas três dimensões, ainda que mudanças parciais, operadas em dimensões isoladas, possam propiciar o desencadeamento de transformações mais amplas.

Uma vertente de discussão de modelo de atenção à saúde tem privilegiado o enfoque na dimensão tecnológica, argumentando que a sua reorientação não pode prescindir de mudanças no âmbito das práticas e dos processos de trabalho em saúde. A respeito destas mudanças, Teixeira (2006) enfatiza a necessária redefinição dos propósitos ou finalidades da atenção em saúde, bem como dos objetos e dos meios de trabalho, no perfil dos sujeitos dos

processos de trabalho em saúde e principalmente nas relações estabelecidas entre estes e a população usuária do serviço.

Ao focar a dimensão tecnológica do modelo de atenção à saúde, reconhece-se a importância dos saberes e das práticas encarnados pelos sujeitos dos processos de trabalho para a reorientação dos modos de intervenção em saúde. Nesta perspectiva, Paim (2003, 2008) define modelo de atenção como as combinações de técnicas e de tecnologias utilizadas pelas instituições de saúde para resolver problemas e atender necessidades de saúde de indivíduos e coletividades. Assim, modelo de atenção distingue-se da noção de norma, exemplo ou padronização, corresponde a uma “lógica” ou “racionalidade” que orienta as intervenções em saúde, o modo como os meios de trabalho (saberes e instrumentos) são organizados e aplicados nas práticas e nos processos de trabalho em saúde. Quanto às práticas de saúde, admite-se que estas apresentam tanto uma dimensão técnica, cientificamente embasada, quanto uma dimensão relacional do cuidado, ambas permeadas por uma dimensão ética, política e cultural (TEIXEIRA, 2006). Os processos de trabalho em saúde, por sua vez, referem-se à organização destas práticas nos planos da assistência, prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

A reorientação do modelo de atenção à saúde, conforme ressalta Teixeira (2006), consiste em um processo extremamente complexo, cuja concretização exige tanto iniciativas “macro” sistêmicas (político-gerencial e organizacional) quanto “micro” (tecnológica). A formulação e implementação de políticas, por exemplo, pode contribuir para a reprodução de um modelo de atenção hegemônico ou propiciar condições para a reinvenção das práticas em saúde. Neste capítulo, pretende-se discutir o modelo de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas a partir de sua dimensão “micro” ou tecnológica. Entretanto, admitindo a interdependência entre as três dimensões do modelo de atenção, a dimensão política será considerada como importante cenário ou contexto do qual sobressaem as lógicas ou racionalidades orientadoras da organização de serviços e das práticas de saúde na área de álcool e outras drogas.

Na Figura 1, propõe-se uma representação gráfica dos contextos políticos que circunscrevem as práticas e os processos de trabalho em saúde na área de álcool e outras drogas. Neste esforço inicial de contextualização política e discursiva, ressalta-se a influência de políticas públicas sobre drogas internacionais e nacionais na construção deste modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. A análise desta questão será objeto deste capítulo. Ao final, são revisadas pesquisas empíricas realizadas no âmbito de Centros de

Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) com o objetivo de problematizar os saberes e as práticas de saúde que estão sendo produzidos a partir destes serviços para a construção de um modelo de atenção à saúde pautado pela integralidade do cuidado e o respeito à cidadania dos usuários.

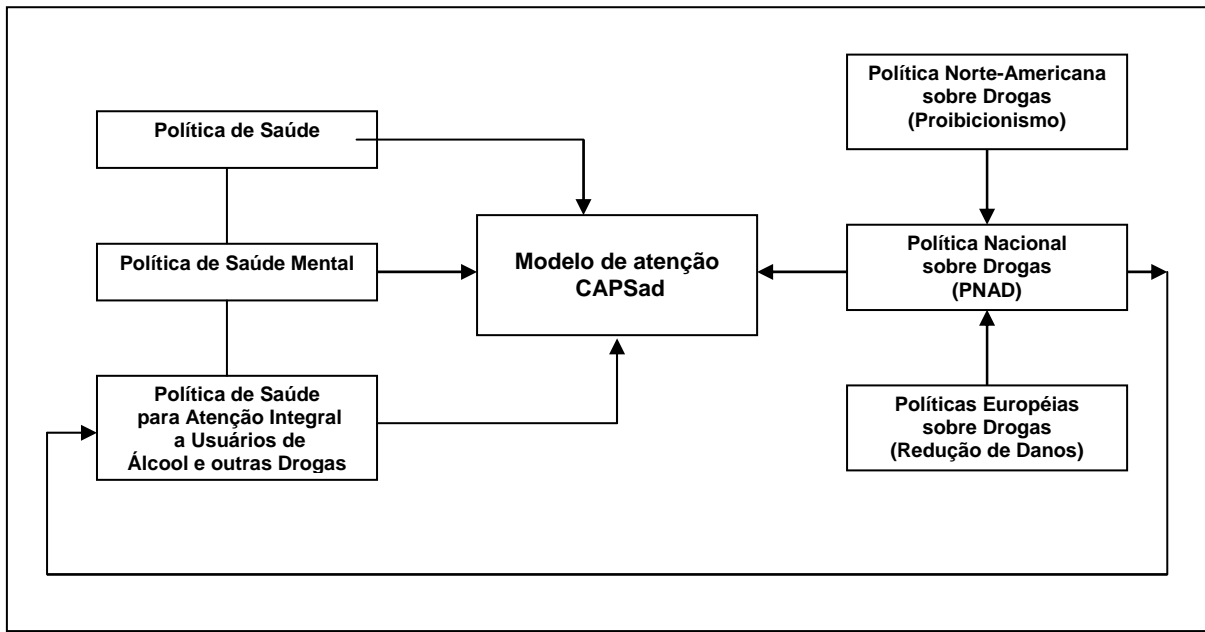


Figura 1 – Contextualização política do modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad.

2.1. Discursos políticos e a construção dos modelos de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas

O consumo de substâncias psicoativas, desde civilizações antigas, sempre esteve sob regulação social. A princípio, esta regulação estabeleceu-se em contextos socioculturais específicos que condicionaram o consumo de determinadas substâncias mediante normas e convenções socialmente compartilhadas. O isolamento de princípios ativos de substâncias psicoativas e sua industrialização, a partir do século XIX, resultaram em formas de apresentação mais potentes. Este fato foi acompanhado por popularização crescente destas substâncias e expansão de seu consumo com finalidade terapêutica e também recreativa – esta última não tardaria a ser enquadrada como prática ilícita. Esta expansão, entretanto, foi acompanhada pelo enfraquecimento das estratégias socioculturais de regulação do consumo de substâncias psicoativas e da emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde a ele associado. Na ausência de um lastro cultural que contextualizasse o padrão

contemporâneo de consumo de substâncias psicoativas, fez-se evidente a necessária intervenção reguladora do Estado, a qual tem se concretizado mediante a formulação e implementação de políticas públicas.

A respeito da formulação das políticas públicas, Ribeiro e Araújo (2006) pontuam o componente ideológico que permeia este processo político, expresso no conflito de interesses, sejam estes morais, religiosos, políticos, econômicos. No que tange à problemática do consumo de drogas, este componente ideológico se expressa com muita veemência nas políticas públicas relacionadas à questão e produz ressonâncias na assistência à saúde às pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas.

A revisão da literatura permite identificar dois principais posicionamentos políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos (CANTY, SUTTON e JAMES, 2005; RIBEIRO, 2006; TAMMI e HURME, 2007). Enquanto as políticas proibicionistas concentram esforços na redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas; as políticas e programas de redução de danos têm disseminado intervenções orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas sem necessariamente coibi-lo (RITTER e CAMERON, 2005; TAMMI e HURME, 2007; WODAK, 2009). Os pressupostos ideológicos bem como os benefícios e os danos associados às diferentes tônicas das políticas públicas sobre drogas têm fomentado um profícuo debate (WEATHERBURN, 2009), particularmente no que concerne ao modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas (RITTER e CAMERON, 2005; TAMMI e HURME, 2007; BALL, 2007).

O proibicionismo constituiu-se no alicerce ideológico da política pública sobre drogas nos Estados Unidos (MACMASTER, 2004; CANTY, SUTTON e JAMES, 2005; PERDUCA, 2005; WODAK, 2009). Os acontecimentos que determinaram a emergência do discurso proibicionista na cultura norte-americana e, posteriormente, a sua disseminação no plano internacional foram revisados por Ribeiro e Araújo (2006). De acordo com estes autores, o movimento proibicionista em relação às drogas teve sua origem no Estado de Ohio, no início do século XIX, onde a aliança entre igrejas protestantes e católicas locais defendia a proibição do comércio de álcool. Naquele momento, observava-se o crescimento exponencial da industrialização de bebidas alcoólicas no país, do número de bares – os *salloons* – e,

conseqüentemente, do seu consumo. Logo esta racionalidade se disseminou na sociedade norte-americana e, em 1869, foi fundado o Partido Proibicionista. A proibição da comercialização de bebidas alcoólicas tornou-se uma reivindicação ampla de segmentos daquela sociedade e culminou, em 1920, com a promulgação da Lei Seca, que conferiu ao álcool o *status* de droga ilícita naquele país, entre 1920 e 1932 ¹¹.

O discurso proibicionista, entretanto, não se restringiu à questão do consumo de álcool. Em conseqüência do aumento do consumo de ópio no país, substância introduzida por imigrantes chineses, os Estados Unidos lideraram a campanha pela supressão gradual do comércio internacional de ópio, a qual desencadeou a realização de uma série de eventos internacionais para o debate em torno da questão – os Encontros de Xangai, em 1906 e 1911, e as Conferências em Haia, em 1912 e 1914. Convenções internacionais foram sendo firmadas para a repressão do comércio e o consumo de drogas ¹² – ópio, morfina, cocaína e toda substância que pudesse levar ao uso abusivo. Com grande apelo à adesão das nações, o discurso proibicionista conquistava hegemonia.

Nos Estados Unidos, criou-se, na década de 1930, ao final da vigência da Lei Seca, um importante aparelho estatal de repressão ao comércio e ao consumo de substâncias psicoativas: o *Federal Bureau on Narcotics* (FBN). Trata-se de uma estrutura político-organizacional altamente militarizada e que serviu de inspiração à criação de aparelhos semelhantes em outros países.

A fundação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, na cidade de Nova Iorque, representa outro importante marco histórico para a consolidação de políticas públicas sobre drogas de orientação proibicionista. Com a ONU, os debates em torno da questão das drogas foram reacendidos no plano internacional. Ao final da II Guerra Mundial, os Estados Unidos afirmaram-se como potência mundial e, assim, seguiram propagando o discurso proibicionista e a repressão como intervenção política privilegiada, utilizando-se, para tanto, da estrutura da ONU para a sua legitimação. Em 1946, foi criada pela ONU a Comissão de Narcóticos (CDN), com a atribuição de formular políticas para o fortalecimento do sistema de controle e repressão internacional às drogas.

¹¹ Neste mesmo período, constituiu-se no Brasil uma comissão para analisar os caminhos legais para o combate ao alcoolismo no país. Em conclusão, esta comissão apontou a inexistência de ambiente moral e de condições materiais para a aplicação da Lei Seca na realidade brasileira (MUSUMECI, 1994).

¹² O comércio de psicotrópicos para fins terapêuticos deveria ser regulado e o seu consumo realizado sob prescrição e acompanhamento médico.

A CND organizou três Convenções Internacionais – conhecidas como *as Convenções-Irmãs da ONU* – com o objetivo de construir um programa em relação à questão das drogas comum aos seus estados-membros. A *Convenção Única sobre Estupefacientes* foi realizada em 1961, na cidade de Nova Iorque, e promoveu a discussão sobre a necessidade de estabelecer regras claras para o controle da produção, comércio e consumo de drogas. O rótulo drogas cabia tanto às plantas a partir das quais eram produzidas substâncias psicoativas quanto à sua apresentação final para o consumo. Entre as resoluções da primeira Convenção constam a restrição da produção e comércio de drogas para uso médico ou pesquisa científica; a classificação das substâncias psicoativas segundo a sua aplicação médica e potencial de dependência, resultando em uma lista de substâncias de uso regulado; criação do *International Narcotics Control Board* (INBC), um órgão fiscalizador do comércio de substâncias psicoativas para uso médico e/ou científico; proibição do porte de substâncias psicoativas; combate nacional e cooperação internacional contra o tráfico de drogas.

A *Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas* (Viena, 1971) e a *Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas* (Viena, 1988) ratificaram as resoluções da primeira Convenção, apenas enfatizando alguns aspectos, como a repressão às novas drogas sintéticas e o fortalecimento de medidas de combate ao tráfico de drogas e à lavagem de dinheiro frente à expansão do crime organizado. A terceira Convenção propunha, ainda, a intensificação da repressão ao usuário mediante a criminalização do porte e uso de drogas. Para Ribeiro e Araújo (2006, p.462), “*As Convenções-Irmãs da ONU estabeleceram o sistema internacional de combate das drogas, reafirmando o proibicionismo como a política a ser seguida por todas as nações*”.

Em 1998, as Nações Unidas convocaram uma Sessão Especial da Assembléia Geral (UNGASS) para a discussão da política mundial de drogas. Este evento não apenas ratificou as Convenções-Irmãs como também estabeleceu a meta de erradicação do cultivo de plantas e vegetais para a produção de drogas ilícitas, uma estratégia considerada chave para a supressão do consumo de drogas ilícitas no mundo. O plano de ação da UNGASS, intitulado *Um mundo livre de drogas: nós podemos fazê-lo*”, estabelecia o ano de 2008 como prazo para o alcance desta meta (PERDUCA, 2005; RIBEIRO e ARAUJO, 2006). Em 2003, tanto a meta quanto o prazo para atingi-la foram reafirmados durante uma conferência promovida pela ONU de acompanhamento do plano de ação estabelecido. Este posicionamento firme da ONU, segundo análise de Perduca (2005), consistia em uma resposta a posturas moderadas em relação às drogas que vinham sendo assumidas por alguns países, permitindo inclusive uma

abertura ao debate em torno da legalização de drogas, e que representavam uma ameaça ao sistema internacional de controle de drogas.

As contradições produzidas pelas políticas proibicionistas em relação às drogas são destacadas por muitos autores (CANTY, SUTTON e JAMES, 2005; PERDUCA, 2005; WODAK, 2009; WEATHERBURN, 2009). Para Perduca (2005, p. 61), “*o proibicionismo é um conjunto de leis e políticas que não deslancharam; na realidade, um conjunto de leis e políticas que falharam*”. As ações de repressão à produção, comércio e consumo de drogas ilícitas definitivamente não contiveram estes fenômenos em qualquer parte do mundo. Em contrapartida, observou-se o crescimento do tráfico ilícito de drogas e de sua repercussão na política e na economia mundial (MORAIS, 2005; RIBEIRO e ARAÚJO, 2006). Em relação ao consumo, estudos epidemiológicos retratam o crescimento do número de usuários de drogas lícitas e ilícitas, com a facilidade de acesso a estas substâncias propiciando o início cada vez mais precoce do uso na vida (WODAK, 2009; GALDURÓZ et al., 2005; CARLINI et al., 2006). A criminalização do porte e do consumo de drogas ilícitas tem se revertido em sobrecarga ao sistema de justiça, onerando-o tanto pela lotação de unidades prisionais quanto pelo aumento de investimentos financeiros para a militarização das ações policiais de “*combate às drogas*” (PERDUCA, 2005). A ênfase na redução da oferta de drogas, através da proibição e da severa penalização criminal para o tráfico e o uso de drogas ilícitas, conferiu uma importância secundária à redução da demanda promovida mediante as intervenções de prevenção e tratamento aos dependentes químicos. Estima-se que dos recursos financeiros da política de drogas norte-americana menos de 10% sejam destinados às ações de tratamento (MORAIS, 2005; FONSECA e BASTOS, 2005). Esta talvez possa ser apontada como a mais profunda das contradições do proibicionismo.

O proibicionismo encontra-se atrelado a dois modelos explicativos para a questão do consumo de drogas: o modelo moral/criminal e o modelo de doença (MARLATT, 1999; TAMMI e HURME, 2007; WODAK, 2009). Para o primeiro, o consumo de drogas configura um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos. O modelo de doença concebe o consumo de drogas e a dependência como uma patologia biologicamente determinada e, como tal, deve ser abordado com a oferta de tratamento e reabilitação (MARLATT, 1999). Embora estes modelos explicativos diverjam quanto às suas propostas de intervenção, ambos compartilham do propósito de eliminação do consumo de drogas – seja pelo encarceramento seja pelo tratamento. De acordo com uma perspectiva de não-tolerância às drogas, as ações de prevenção objetivam especialmente a

redução da demanda por drogas e o tratamento admite a abstinência como única meta plausível.

As ações de prevenção ao consumo de drogas dirigem-se principalmente a escolares. Em linhas gerais, estas ações educativas realçam o perigo ou a ameaça representada pelas drogas, assumindo uma entonação moralista, coercitiva e autoritária. A ilegalidade do consumo e as penalizações previstas aos usuários estão entre os temas abordados. O principal objetivo destas ações é preparar os jovens a dizer “*não às drogas!*”. De acordo com Ribeiro e Araújo (2006), pesquisas sobre ações preventivas como estas têm apontado o seu alcance limitado para a redução de demanda de drogas no contexto norte-americano.

O tratamento oferecido segundo esta perspectiva proibicionista tem sido caracterizado como de “alta exigência” (MARLATT, 1999). Destaca-se a indistinção feita pelos adeptos desta vertente entre o consumo de drogas ocasional daquele considerado abusivo e/ou prejudicial, caracterizado como um padrão de consumo capaz de produzir danos sociais e à saúde, inclusive a dependência química. Nenhum padrão de consumo é tolerado e a abstinência desponta como condição, meio e finalidade do tratamento:

A única meta aceitável de quase todos os programas de tratamento para alcoolismo e drogas nos Estados Unidos é a abstinência vitalícia, juntamente com atendimento contínuo em grupos de recuperação do tipo Doze Passos. Na verdade, a abstinência é quase sempre pré-requisito para o tratamento, uma vez que a maioria dos programas de tratamento de dependência química recusa-se a admitir pacientes que ainda estejam usando drogas. A exigência de que o indivíduo deve primeiro abster-se a fim de receber o tratamento que visa a manter a abstinência exemplifica uma abordagem de “alta exigência”, a qual muitas vezes torna-se um obstáculo para aqueles que procuram ajuda (MARLATT, 1999, p.46).

Uma das limitações apontadas para o modelo de atenção baseado exclusivamente na abstinência refere-se ao fato de esta condição representar uma importante barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência a drogas às instituições de saúde. A alta exigência em torno da abstinência implica ainda em censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores àqueles estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem-vergonha”, “imorais”.

Em relação ao tratamento de usuário de drogas, na década de 1980, emergiu nos Estados Unidos o Movimento de Corte de Drogas (*Drug Courts*), uma experiência conhecida

no Brasil como Justiça Terapêutica (RIBEIRO e ARAÚJO, 2006). O endurecimento da repressão ao porte e comércio de drogas naquele país repercutiu em um número crescente de indivíduos penalizados com a privação de liberdade. Por um lado, o sistema penitenciário foi sobrecarregado; por outro, uma parcela importante destes indivíduos caracterizava-se apenas como consumidores de drogas, sem engajamento direto na atividade de tráfico. Para esta parcela composta por consumidores, a passagem pelo sistema prisional oferecia dificuldades para a posterior reinserção social. Para atender a necessidades destes indivíduos e também desafogar o sistema penitenciário, foi concebido um programa de reabilitação que inclui o tratamento compulsório ao uso de drogas a ser realizado sob supervisão do sistema judiciário.

O modelo de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas construído a partir da racionalidade proibicionista caracteriza-se, então, pelo autoritarismo das intervenções propostas. A criminalização dos usuários de drogas repercute na garantia de direitos sociais e de cidadania, dentre os quais o de livre acesso aos serviços de saúde e tratamento e mesmo o de fazer uso de drogas em condição não prejudicial ao indivíduo e à sociedade. Apesar das crescentes críticas a este modelo de atenção, ele mantém-se hegemônico nos Estados Unidos (MACMASTER, 2004; CANTY, SUTTON e JAMES, 2005; WODAK, 2009) e fortemente influente na Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns outros países asiáticos (REGHELIN, 2002).

A hegemonia do discurso político proibicionista em relação às drogas não impediu, entretanto, a emergência de um enfoque político alternativo, contra-hegemônico (RITTER e CAMERON, 2005; TAMMI e HURME, 2007). A este respeito, Ribeiro e Araújo (2006, p.464) pontuam que *“historicamente, os países europeus sempre defenderam a redução da demanda como política preferencial, em detrimento de políticas fortemente centradas na redução de oferta”*. Ainda que tal enfoque político não seja consenso em toda Europa¹³, esta se constituiu no berço da redução de danos como uma alternativa de saúde pública aos modelos de atenção fundamentados exclusivamente na abstinência (MARLATT, 1999; REGHELIN, 2002). A Holanda e o Reino Unido desenvolveram iniciativas precursoras do modelo de redução de danos, que se consolidou na década de 1990 pelo impacto produzido na prevenção de transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) (RITTER e CAMERON, 2005; BALL, 2007). A I Conferência Internacional, realizada em Liverpool, Inglaterra, em

¹³ A Suécia mantém uma política de droga proibicionista e forte oposição ao enfoque de redução de danos. A Espanha, Portugal, Itália, Alemanha e Suíça estão entre os países europeus que têm revisado suas políticas públicas de drogas segundo o enfoque da redução de danos (MARLATT, 1999; RIBEIRO e ARAÚJO, 2006). A França e a Grécia iniciaram este processo mais recentemente (REGHELIN, 2002).

1990, é apontada por Reghelin (2002) como marco inicial do movimento de redução de danos¹⁴.

Os princípios da redução de danos sustentam-se no pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade (MARLATT, 1999; RITTER e CAMERON, 2005; TAMMI e HURME, 2007; BALL, 2007). Assim, o ideário de uma sociedade livre de drogas perde por completo o seu sentido. Se o consumo de drogas não pode ser suprimido da sociedade, admite-se ser possível traçar estratégias para reduzir os danos a ele relacionados, tanto para os usuários quanto para a coletividade. Este enfoque confere maior racionalidade ao enfrentamento da questão das drogas, propiciando, por exemplo, compreender o consumo de drogas como um problema de saúde pública e o tráfico como um problema jurídico-policial (MARLATT, 1999; TAMMI e HURME, 2007; BALL, 2007; WODAK, 2009).

A reforma na política pública de drogas na Holanda teve início na década de 1970, desencadeada pela constatação do aumento dos problemas relacionados com drogas em um país até então aderente ao discurso proibicionista e às medidas de repressão ao tráfico e ao consumo de drogas ilícitas. No ano de 1972, o Comitê de Narcóticos da Holanda publicou um documento que definia que a política de drogas deveria ser coerente com os riscos associados ao uso das drogas. Em 1976, foi aprovada a *Lei Holandesa do Ópio*, que distinguia as drogas de “risco inaceitável” à saúde (heroína, cocaína, anfetaminas e LSD) e as drogas de “menor risco” (maconha e haxixe). Com essa medida política, buscava-se proteger os usuários de drogas de “menor risco” ou “leves” dos ambientes de tráfico e das relações com os usuários de drogas “pesadas”, pressupondo que estas relações poderiam conduzir o usuário de drogas “leves” ao consumo de substâncias mais prejudiciais. O comércio das drogas “leves” foi legalizado em espaços conhecidos como “cafeterias” (*coffeeshops*), onde a maconha ou o haxixe ali adquirido pode ser consumido no próprio local ou levado para uso em casa (MARLATT, 1999).

Na década de 1980, o movimento social de usuários e dependentes de drogas fundou, em Roterdã, a Liga de Dependentes ou *Junkies* (a *Junkiebond*), que passou a reivindicar por melhorias das condições de saúde e de qualidade de vida dos usuários de drogas. Através desta organização política, estabeleceu-se a interlocução entre os usuários de drogas e o governo holandês com a discussão de questões como a disponibilização de seringas e agulhas esterilizadas e o tratamento de manutenção de metadona. Em 1984, foi lançado o primeiro

¹⁴ O Brasil sediou na cidade de São Paulo, em 1998, a IX Conferência Internacional de Redução de Danos.

programa de troca de seringas e agulhas em Amsterdã, o qual foi consideravelmente ampliado nos anos seguintes à medida que a epidemia da AIDS avançava e o risco de infecção pelo HIV em decorrência do compartilhamento destes recursos entre os UDI apresentava-se fortemente evidenciado (MARLATT, 1999). O êxito da experiência holandesa na diminuição de casos de infecção por HIV entre UDI contribuiu para a popularização desta estratégia de redução de danos em outros países (RITTER e CAMERON, 2005; BALL, 2007).

A moderação da política de drogas holandesa não invalida o papel de regulação do Estado no que diz respeito à comercialização e ao consumo de drogas. Dentre as críticas dirigidas à política de drogas holandesa, encontravam-se aquelas referentes aos turistas consumidores de drogas e ao contrabando destas substâncias legalmente adquiridas nas muitas “cafeterias” do país. Para contornar estes problemas, a política holandesa instituiu a quantidade máxima que as “cafeterias” podem comercializar de maconha e a produção em grande escala desta substância é proibida. Nas “cafeterias”, também são proibidos a comercialização de drogas “pesadas”, a venda de qualquer tipo de drogas para menores de 16 anos e a propaganda sobre as drogas e seu uso. Outra estratégia de regulação refere-se ao cadastramento no sistema de saúde dos usuários de drogas que obtém doses diárias de metadona dos programas de redução de danos, a qual é administrada por profissional de saúde e não pode ser levada para casa.

As primeiras intervenções na área de saúde no Reino Unido referidas como precursoras do movimento de redução de danos datam da década de 1920. Em 1926, um grupo de médicos recomendou a prescrição de drogas como a heroína e cocaína para usuários dependentes com o propósito de reduzir os danos de seu uso e assim melhorar a sua qualidade de vida. A prescrição de drogas não foi aprovada como uma política pública, predominando no país o enfoque proibicionista, mas continuou sendo praticada pelo Departamento de Saúde de Merseyside, que atendia à população da cidade de Liverpool. Com a epidemia da AIDS, na década de 1980, a prescrição de drogas para dependentes ganhou novo impulso como estratégia de redução de danos entre UDI (MARLATT, 1999; FONSECA e BASTOS, 2005; GOSSOP, 2008).

Aos dependentes de drogas cadastrados no Serviço de Dependência de Drogas na área de Merseyside era oferecido tratamento, desde aquele voltado para a abstinência até aqueles orientados pela lógica de redução de danos. Este cadastro também conferia ao usuário o direito legal de portar drogas para o consumo pessoal. As estratégias de redução de danos, em Merseyside, incluíam a troca de seringas e agulhas; serviços de aconselhamento, de

emprego e de moradia; ações educativas na comunidade e a prescrição de drogas para dependentes, na apresentação fumável, em ampolas e em aerossol.

A prescrição de drogas para dependentes como estratégia de redução de danos pauta-se em algumas premissas. Entende-se que a prescrição reduz os sintomas da abstinência e constitui uma espécie de atrativo ao tratamento oferecido aos usuários de drogas, contribuindo, inclusive para a adesão a ele. Outra função atribuída a esta estratégia seria o estabelecimento de “metas intermediárias” no processo de mudança no padrão de consumo de drogas, de forma a reduzir gradualmente os danos relacionados. Para aqueles usuários dependentes que não podem ou não desejam alcançar a abstinência, a prescrição de drogas teria a função de proporcionar-lhe redução de danos e qualidade de vida. De acordo com Fonseca e Bastos (2005), a prescrição de metadona contempla 98% dos usuários britânicos de heroína que realizam tratamento “não-abstinente”.

Se o movimento social dos usuários de drogas exerceu grande importância para a construção e consolidação do modelo holandês de redução de danos, o êxito da experiência inglesa tem sido remetido, em parte, à articulação estabelecida com a polícia (MARLATT, 1999; REGHELIN, 2002). Esta, ao invés de restringir o seu papel à repressão ao consumo de drogas, passou a atuar em aliança e cooperação com os serviços de saúde, oferecendo apoio público aos programas de troca de seringas e encaminhando usuários infratores para tratamento. A articulação com a rede de farmácias para a distribuição gratuita de seringas e agulhas estéreis, ampliando o acesso dos usuários a estes recursos, também merece destaque pela sua relevância ao programa de redução de danos inglês. Para Marlatt (1999), a organização política de usuários de drogas e a articulações do sistema de saúde com outros dispositivos e setores sociais são aspectos que caracterizam a redução de danos como uma política construída de “baixo para cima”, tendo em vista que o desenvolvimento de programas de redução de danos local ou regional tem precedido, em muitos casos, a formulação de políticas públicas de drogas referenciadas pelos princípios da redução de danos.

Os receios que alimentaram desconfianças e resistências em relação às estratégias de redução de danos nos anos iniciais de sua implementação não foram confirmados. O aumento desenfreado do consumo de drogas ilícitas e a escalada do uso de drogas “leves” para as drogas “pesadas”, por exemplo, são fenômenos não observados nos países e regiões que adotaram a perspectiva da redução de danos (RITTER e CAMERON, 2005). Em contrapartida, constata-se o aumento da demanda por tratamento entre usuários assistidos por programas

comunitários de redução de danos e a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde de um modo geral (MARLATT, 1999; REGHELIN, 2002; EMMANUELLI e DESENCLOS, 2005).

O tratamento orientado pela lógica da redução de danos é descrito como de “baixa exigência”, por não exigir dos usuários a abstinência como um pré-requisito obrigatório, o que não significa que a lógica da redução de danos contraponha-se à abstinência como um resultado ideal ao tratamento (MARLATT, 1999; KELLOGG, 2003; MACMASTER, 2004; BEEK, 2009). Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta aceitável da prevenção e do tratamento, a redução de danos concilia o estabelecimento de metas intermediárias. O foco desta abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, ainda que esta intervenção não produza uma diminuição imediata deste consumo. A atenção centra-se nas necessidades sociais de saúde do usuário, o qual precisa ser engajado de forma respeitosa no delineamento das metas para o tratamento buscado (MARLATT, 1999; TAMMI e HURME, 2007). Uma citação encontrada em Marlatt (1999) sintetiza de forma muito pragmática a abordagem da redução de danos:

A redução de danos dá pequenos passos para reduzir, mesmo em pequeno grau, os danos causados pelo uso de drogas. Se uma pessoa está se injetando heroína obtida nas ruas de potência desconhecida, a redução de danos consideraria um avanço se o dependente tivesse prescrição de heroína legal e segura. Seria uma vantagem adicional se ele parasse de compartilhar seringas. Um avanço muito maior, se ele passasse a usar drogas orais ou fumáveis. Um avanço adicional, na redução de danos, se ele comesse a usar preservativos e praticasse sexo seguro. Outro avanço, se ele aproveitasse os serviços gerais de saúde disponíveis para dependentes. Uma vitória maravilhosa, se ele abandonasse as drogas, embora a vitória total não seja uma exigência... (PARRY, 1989¹⁵ apud MARLATT, 1999)

No Quadro I, apresenta-se, de forma esquemática, uma comparação entre o modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas centrado exclusivamente na abstinência e aquele orientado pela perspectiva da redução de danos. Esta comparação enfoca a dimensão tecnológica, destacando as principais diferenças entre os saberes norteadores das práticas e a forma de organização dos processos de trabalho em saúde para cada modelo de atenção.

¹⁵ PARRY, A. Harm reduction [Interview]. *Drug Policy Letter* 1(4), 13, 1989.

Quadro I – Comparação entre os modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas

| Características | Modelo de atenção centrado na abstinência | Modelo de atenção orientado pela redução de danos |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modelo explicativo para o consumo de drogas | O consumo de drogas constitui um problema moral/crime ou doença de determinação genética/biológica. | O consumo de drogas é um fenômeno complexo, determinado por fatores biológicos, socioculturais e psicossociais. Ao invés de doença genética ou imoralidade, o consumo de drogas pode resultar de mal-adaptação pessoal ao enfrentamento de problemas. |
| Concepções quanto ao usuário de drogas | Estigmatizados como viciados, marginais, criminosos ou vítimas de uma doença genética incurável e degenerativa. Os profissionais são responsáveis pelo planejamento das intervenções. | Reconhecidos como cidadãos de direitos, são considerados sujeitos das intervenções em saúde, capazes de assumir a coresponsabilidade pela realização de mudanças pessoais em seus comportamentos, reduzindo a sua exposição a fatores de risco sociais e à saúde. |
| Objeto de atenção | O consumo de drogas. | Consequências adversas e o sofrimento psicossocial decorrentes do consumo de drogas. |
| Objetivos | Nenhum padrão de consumo de drogas é tolerável. A abstinência é a única meta aceitável. Recaídas e reincidência no consumo são recriminados. | Alguns usuários não podem ou não desejam abster-se do consumo de drogas. O enfoque da intervenção está nos comportamentos de risco e na vulnerabilidade social, estabelecendo metas intermediárias para a redução gradativa dos danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas. A abstinência é a meta final, mas pode ou não ser atingida. |
| Estratégias | Aquelas voltadas para atingir ou manter a abstinência: ações educativas coercitivas (mensagens de não às drogas), internação (ex.: comunidades terapêuticas), grupos de auto-ajuda (ex.: Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos). | Diversificadas, centradas nas necessidades dos usuários, intervenções comunitárias. São exemplos: programas de troca de seringas e outros utensílios para uso seguro de drogas, distribuição de preservativos, terapia de substituição, encaminhamentos para serviços de saúde e outros dispositivos sociais. |
| Espaço de intervenção | Predominantemente institucional. | Predominantemente comunitário. |

As experiências em redução de danos nos países que têm assumido este enfoque na revisão de suas políticas públicas de drogas¹⁶ evidenciam a diversidade de intervenções possíveis para diminuir os danos que o uso de drogas pode acarretar ao usuário, a sua família e a comunidade em que vive (RITTER e CAMERON, 2005). Esta diversidade, por sua vez, mantém estreita relação com o contexto sociopolítico e sanitário de cada país que implementa políticas e programas de redução de danos. Ressaltam-se, ainda, as transformações culturais transversais a estas experiências, tendo em vista uma releitura social da questão das drogas e o reconhecimento do uso prejudicial e dependência como um problema de saúde pública. Os caminhos percorridos por cada país para a construção de um modelo de atenção à saúde a usuários de álcool e outras drogas podem, então, ser compreendidos como processos históricos singulares. Com base nesse pressuposto, passa-se à análise da experiência do Brasil na atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.

2.2. Políticas públicas de drogas no Brasil: entre o discurso proibicionista e o enfoque da redução de danos

Para a análise do discurso político em relação à questão das drogas no contexto brasileiro, particularmente ao que se refere à atenção à saúde, realizou-se uma revisão de leis, decretos, portarias e medidas provisórias e outros documentos relativos à política pública sobre drogas editados a partir da década de 1970. O Brasil consta entre os países signatários das convenções internacionais para a repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas, o que repercutiu na formulação de uma política de drogas nacional alinhada ao discurso proibicionista (FIORE, 2005; KARAM, 2005; RIBEIRO, 2006). A partir da década de 2000, a política de drogas brasileira mostra-se permeável ao enfoque da redução de danos, favorecendo o delineamento de um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas orientado por esta racionalidade. Entre as diretrizes da política nacional sobre drogas, destaca-se o incentivo à realização de estudos, pesquisas e avaliação das modalidades de intervenção em saúde na área de álcool e outras drogas, admitindo-se a relevância da produção do conhecimento científico para a construção de práticas resolutivas (BRASIL, 2002, 2005a).

As primeiras intervenções do Estado brasileiro de repressão às drogas datam do início do século XX, quando a venda de ópio e seus derivados e de cocaína foi proibida e a

¹⁶ Fora do contexto europeu, Marlatt (1999) relata as experiências do Canadá e da Austrália, destacando ter sido este último o primeiro país a introduzir formalmente a redução de danos em sua política pública de drogas. No Brasil, conforme mais adiante revisado, a assimilação da perspectiva da redução de danos pela política de drogas apenas se concretizou no início da presente década.

pena de prisão prevista aos infratores (FIORE, 2005). Na década de 1920, a legislação penal propunha a internação compulsória em “estabelecimento correcional adequado”, por tempo indeterminado, dos denominados toxicômanos¹⁷. Na década de 1930, foi promulgada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes (Decreto-Lei n. 891 de 1938) que expressava claramente o posicionamento proibicionista do Estado brasileiro em relação às drogas. O conteúdo deste decreto-lei, posteriormente incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1940, criminalizava o porte de drogas ilícitas independentemente da quantidade apreendida e da intenção de consumo próprio ou tráfico, sem distinção da penalização prevista para uma ou outra circunstância (FIORE, 2005; KARAM, 2005).

Na década de 1970, verifica-se a revisão da legislação brasileira que dispõe sobre as medidas para a prevenção e a repressão ao tráfico e ao consumo de drogas ilícitas (BRASIL, 1971, 1976a, 1976b). Por drogas, esta legislação define todas as substâncias entorpecentes e aquelas capazes de determinar dependência física ou psíquica. A entonação moralista desta legislação revela-se na conclamação de toda pessoa física e jurídica ao combate às drogas, prevendo penalidades àqueles que não exercitassem este dever cívico quando assim solicitados. O Estado desponta como instância que exerce o controle sobre as questões relacionadas ao tráfico e consumo de drogas. A despeito de afirmar a responsabilidade de toda sociedade brasileira no enfrentamento destas questões, não foram instituídos naquele momento mecanismos para a promoção do controle social. Em conformidade com a perspectiva proibicionista, as drogas não constituíam um tema para discussão coletiva, deviam ser simplesmente combatidas.

As medidas de prevenção e de repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas instituídas pela legislação brasileira, na década de 1970, estavam em plena concordância com as resoluções das duas primeiras Convenções-Irmãs da ONU, realizadas em 1961 e 1971. Entre as medidas de prevenção ao tráfico e ao uso de drogas, a legislação proibia o plantio, a cultura, a colheita e exploração de todas as plantas, naturais ou cultivadas, das quais pudessem ser extraídas substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou psíquica. Propunha-se, ainda, a destruição destas plantas em todo o território nacional. O cultivo e a exploração destas plantas para finalidade terapêutica e científica deveriam ser realizados mediante licença e fiscalização do Ministério da Saúde.

¹⁷ O Decreto 14.969/1921 criava o “Sanatório para Toxicômanos” e definia que a internação neste estabelecimento de tratamento/correcional poderia ser solicitada por um juiz, pela família ou pelo próprio indivíduo (FIORE, 2005).

Como medidas de prevenção, previa-se a elaboração de planos e programas nacionais e regionais de esclarecimento à população acerca dos “malefícios” que o uso de drogas poderia ocasionar. O público-alvo destas ações era composto principalmente por escolares e educadores. A inclusão de conteúdos sobre a natureza e os efeitos das drogas nos currículos escolares foi considerada medida obrigatória e aos educadores deveria ser garantida a realização periódica de cursos de capacitação sobre o tema. Além dos estabelecimentos de ensino, as unidades hospitalares, entidades sociais, culturais, recreativas, esportivas ou beneficentes foram apontados pela legislação como espaços relevantes para o desenvolvimento de ações de prevenção ao tráfico e ao uso de drogas.

Tratando-se de uma prevenção de caráter repressivo, a legislação previa a aplicação da pena de perda de cargo aos diretores de estabelecimento de ensino que não comunicassem às autoridades sanitárias os casos de uso e de tráfico de substâncias entorpecentes nas escolas sob sua direção. Aos dirigentes de outras instituições que não cumprissem com as determinações da lei, cabia a responsabilização penal e administrativa. Aos alunos que fossem encontrados levando consigo drogas, para uso próprio ou tráfico, ou ainda induzindo alguém a fazer o consumo de tais substâncias, encontrava-se previsto o trancamento da matrícula do ano letivo. Com autoritarismo, intolerância e penalizações dos desviantes, almeja-se com estas intervenções preventivas constituir e reforçar o “exército” de combatentes às drogas no país.

No que concerne às intervenções de tratamento, observa-se que a Lei nº. 5.726/1971 não faz qualquer referência ao tratamento para a população usuária de drogas, a exceção daqueles referidos como “*infratores viciados*”. Estes correspondiam àqueles que, comprovadamente, em razão do “*vício*”, não possuíam condições de discernimento acerca do caráter ilícito de seu ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Como medidas de “*recuperação aos infratores viciados*”, previa-se a determinação judicial de “*internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação*” (art.10). Esta mesma determinação poderia ser aplicada, como medida de segurança, aos menores de 18 anos considerados “*infratores viciados*”. Com esta medida, o que prevalecia não era o direito à saúde, com a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim a “*reabilitação criminal do viciado*” (art. 13).

De acordo com Machado (2006), a partir da década de 1970, a concepção médico-psiquiátrica sobre o consumo de drogas propiciou o reconhecimento do usuário como “doente” e do hospital psiquiátrico como dispositivo assistencial privilegiado. O modelo

explicativo moral/criminal para o consumo de substâncias psicoativas encontrava no modelo da doença uma importante aliança para o fortalecimento das medidas de repressão às drogas, tendo em vista que para a prevenção desta doença era preciso inibir o consumo das drogas mediante restrição do acesso da população a tais substâncias.

A Lei nº. 6.368/1976¹⁸ amplia, em certa medida, a abordagem acerca do tratamento e recuperação de usuários de drogas. A assistência à saúde passa a ser considerada não apenas para os “*viciados infratores*”, mas aos “*dependentes de substâncias entorpecentes*”. Em seu 9º. artigo, a lei afirma que as redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal deveriam contar, *sempre que necessário e possível*¹⁹, com estabelecimentos próprios para o tratamento dos dependentes de substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou psíquica. Acrescenta-se, no parágrafo primeiro deste artigo, que enquanto não fossem criados os serviços especializados, unidades já existentes na rede de serviços de saúde poderiam ser adaptadas para a oferta do referido tratamento. Em contraste com o discurso normativo da lei, a criação de serviços especializados para a atenção ao abuso e dependência de drogas não configurava uma determinação legal, mas sim uma recomendação, o que evidencia uma importância secundária às ações de saúde em detrimento à repressão da oferta de drogas.

Ainda em relação ao tratamento, a Lei nº. 6.368/1976 detalha que “*o tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem*” (art.10). O tratamento extra-hospitalar em serviços públicos ou privados estava previsto para os casos em que a internação não fosse necessária²⁰. Apesar da vigência desta lei, os primeiros serviços extra-hospitalares especializados na assistência aos usuários de drogas ilícitas apenas começaram a ser criados no Brasil na segunda metade da década de 1980 (MACHADO, 2006). Considerando-se a lacuna da rede extra-hospitalar para esta atenção especializada, particularmente aos usuários de álcool, e a restrição do acesso ao sistema de saúde aos contribuintes previdenciários, não é difícil entender que a internação em hospitais

¹⁸ A Lei nº. 6.368/1976 revogou a Lei nº. 5.526/1971 e ficou conhecida como Lei de Tóxico. De acordo com o aspecto penal, esta lei esteve vigente por trinta anos no país, quando foi revogada integralmente pela Lei n. 11.343/2006.

¹⁹ Grifo nosso.

²⁰ O Decreto nº. 78.992/1976 ao regulamentar a Lei nº. 6.368/1976 definiu como responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social a oferta de tratamento especializado (hospitalar e extra-hospitalar) ao abuso e dependência de drogas na rede de serviços de saúde e ao Departamento de Polícia Federal a oferta de tratamento em ambulatório do sistema penitenciário para o dependente infrator privado de liberdade.

psiquiátricos e em instituições não-governamentais, a exemplo das comunidades terapêuticas, tenha se constituído, naquele momento histórico, como único recurso terapêutico possível a uma importante parcela de usuários de álcool e outras drogas.

A criminalização da produção, tráfico, porte e uso de substâncias psicoativas apresentava-se como principal tática à repressão da oferta e da demanda de drogas no país. As atividades correlacionadas à produção e ao tráfico de drogas ilícitas constituem crimes cuja penalização previa a privação de liberdade²¹ e aplicação de uma elevada multa. Definia-se também como crime a aquisição e o porte de drogas ilícitas para o próprio consumo. A distinção entre a figura do traficante e do consumidor de drogas era instituída apenas pela intensidade da pena prevista, mais severa para os primeiros²². Para a caracterização e distinção destes crimes, a lei estabelece que devem ser considerados a natureza e a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se efetuou o delito, as circunstâncias da apreensão, bem como a conduta e os antecedentes do infrator. Em última instância, contudo, esta distinção cabe à interpretação subjetiva do operador de direito – juiz, policial ou membro do Ministério Público (RIBEIRO, 2006). O cerco repressivo estreitava-se ainda mais com a criminalização de atos como a prescrição indevida de substâncias psicoativas por profissionais da área de saúde; a utilização ou consentimento do local destinado ao uso de drogas; ações interpretadas como indução, incentivo, instigação, auxílio ou difusão do uso de drogas.

Na década de 1980, foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, o qual deveria ser composto pelo conjunto de órgãos e entidades da administração pública que exerciam as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes (BRASIL, 1980). Entre os objetivos deste Sistema, que fazia parte da estrutura do Ministério da Justiça, constava o de formular a Política Nacional de Entorpecentes através do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN)²³, seu órgão central. O CONFEN deveria estabelecer um fluxo contínuo e permanente de relação

²¹ A Lei n.º. 5.726/1971 previa pena de um a seis anos de reclusão e a Lei n.º. 6.368/1976 ampliou esta pena para três a quinze anos, apontando para o endurecimento da repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas no país.

²² A Lei n.º. 6.368/1976 previa como pena aos usuários de drogas seis a dois anos de detenção e pagamento de multa.

²³ O CONFEN era um órgão colegiado com a seguinte composição: um representante e um suplente do Ministério da Justiça, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Cultura, do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Ministério da Fazenda, do Ministério das Relações Exteriores, do Estado-Maior das Forças Armadas, do órgão de repressão a entorpecentes do Departamento de Polícia Federal, do órgão de vigilância sanitária do Ministério da Saúde, um jurista de comprovada experiência em assuntos de entorpecentes, indicado e designado pelo Ministro da Justiça e um médico psiquiatra com ampla atuação na área de entorpecentes indicado pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça.

com organismos internacionais, reafirmando o alinhamento da política nacional sobre drogas com as resoluções de convenções internacionais.

Com o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, instituiu-se uma estrutura político-organizacional para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas altamente centralizada. Cabia ao CONFEN oferecer orientações normativas aos órgãos participantes do Sistema, as quais deveriam ser cumpridas pelos órgãos da administração federal sob pena de responsabilização de seus dirigentes. Esta centralização política incidiu na postergação da formulação de políticas públicas setoriais sobre drogas. Aos órgãos da administração pública que integravam o Sistema foram delegadas responsabilidades específicas, as quais, por sua vez, deveriam ser exercidas sob coordenação, supervisão, controle e fiscalização do CONFEN. Nesta estrutura político-organizacional, as ações de prevenção e repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas foram atribuídas ao Departamento de Polícia Federal. Ao Ministério da Saúde, através do seu órgão de vigilância sanitária, cabia exercer ação fiscalizadora sobre os produtos e substâncias entorpecentes. A atenção à saúde aos usuários de drogas, mediante a oferta de assistência médica e social especializada, era reconhecida como competência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Embora a atuação do CONFEN tenha privilegiado as atividades de repressão à produção, o tráfico e o consumo de drogas, a relevância de algumas iniciativas deste órgão para o desenvolvimento de práticas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas no cenário brasileiro é assinalada por Machado (2006). Dentre estas iniciativas ressaltam-se o apoio aos centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados para a prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI).

Os centros de referência começaram a ser criados na década de 1980, em sua maioria vinculados a universidades públicas²⁴. Estas instituições voltavam-se ao desenvolvimento de

²⁴ São citados por Machado (2006, p.44) “o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO) da Universidade de Brasília (UNB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo da UNIFESP. Apenas dois centros foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco”. A este mapeamento dos Centros de Referência na área de álcool e outras drogas, Almeida (2008, p. 23-24) acrescenta: o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) do Instituto de Psiquiatria do

ações de prevenção e assistência especializada ao uso abusivo de álcool e outras drogas, formação de profissionais qualificados ao atendimento de dependentes químicos e realização de estudos e pesquisas sobre o consumo de álcool e outras drogas, ações de prevenção, tratamento clínico e redução de danos. Como a ênfase destes centros de referência estava na produção de conhecimento técnico-científico e na formação de recursos humanos, muitos apresentavam uma oferta restrita de tratamento à população e funcionavam de forma pouco articulada com o sistema público de saúde. Em contrapartida, os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas na população brasileira e o estudo sobre as experiências européias de prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre UDI segundo a abordagem de redução de danos realizados por estes centros de referência exerceriam grande repercussão na política nacional de drogas em décadas futuras.

As comunidades terapêuticas, em sua maioria instituições de natureza não-governamental e de orientação religiosa, começaram a ser criadas no país na década de 1970 e tiveram seu número expandido na década de 1990. O fenômeno de criação e expansão deste recurso terapêutico tem sido remetido à lacuna assistencial no setor público de saúde na área de álcool e outras drogas. O apoio do CONFEN a estas instituições deu-se mediante a deflagração de discussão acerca da normatização de seu funcionamento, visando promover a adequação técnica e ética da assistência prestada por estes estabelecimentos a usuários de álcool e outras drogas e suas famílias (BRASIL, 2001).

Das iniciativas do CONFEN, a mais contundente para as práticas de atenção à saúde na área de álcool e outras drogas certamente foi seu posicionamento favorável, em 1994, à implementação no país de programas de redução de danos mediante a troca de seringas entre UDI. Ao criminalizar práticas interpretadas como indução, incentivo, instigação, auxílio ou difusão do uso de drogas, a Lei nº. 6.368/1976 instituiu barreiras legais à implementação destes programas. Ademais, diversos setores da sociedade civil manifestavam-se resistentes à abordagem da redução de danos.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); o Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) da Secretaria de Saúde de Vitória, Espírito Santos; a Fundação de Incentivo à Pesquisa em Álcool e Drogas (FIFAD), Unidade de Tratamento de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre – RS; Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; Instituto Recife de Atenção Integral das Dependências (RAID), Aliança Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), Programa de Extensão Permanente do Departamento de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMED-UFBA).

Em 1998, o CONFEN foi extinto e transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). A vinculação deste órgão com o Ministério da Justiça foi transferido para a Casa Militar da Presidência da República (BRASIL, 1998a). O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi transformado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), sendo mantidos, entretanto, os seus objetivos (BRASIL, 1998b). Neste rearranjo organizacional da estrutura política para enfrentamento das questões relacionadas às drogas, cria-se a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o órgão executivo do Sistema. A declaração de guerra às drogas e o ideário de uma sociedade livre de drogas, reiterados durante a Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS) realizada naquele mesmo ano, foram assimilados pela política brasileira na extensão “*antidrogas*” conferida às suas instituições e à política nacional de drogas. Do ponto de vista de Garcia, Leal e Abreu (2008, p. 269), “*a criação da SENAD expressou uma estratégia política do governo brasileiro em mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às drogas como prioridade de governo*”.

Nesta nova estrutura político-organizacional, a proposição da Política Nacional Antidrogas passa ser de competência da SENAD e com a devida aprovação, acompanhamento e atualização exercida pelo CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema. A participação do Ministério da Saúde na construção desta política efetua-se pela sua representação, através da Coordenação de Saúde Mental e do órgão de Vigilância Sanitária, no CONAD. Este espaço institucional, ao propiciar o encontro entre representações de segmentos antidrogas e de atenção à saúde (governamental e não-governamental), mostrou-se particularmente fecundo para a construção da política de drogas brasileira.

A partir do ano de 2000, podem ser observadas mudanças significativas no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas. Embora esta permaneça alinhada ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice desta política e se torna um tema cada vez mais relevante, ainda que persistam as contradições imanentes de uma estrutura político-organizacional militarizada para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas.

Em conformidade com o Decreto n.º. 3.696/2000, o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em substituição à Casa Militar, passa a constituir o órgão central do Sistema Nacional Antidrogas (BRASIL, 2000). Outra mudança significativa para a questão da atenção à saúde de usuários e dependentes de drogas refere-se à distinção feita entre as atividades antidrogas e aquelas de prevenção, tratamento, recuperação e

reinserção social, conferindo maior destaque a estas últimas. Em contrapartida, estas atividades não foram delegadas ao setor saúde, mas ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, ficando a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) encarregada da execução das mesmas, ainda que em desarticulação com as políticas setoriais de saúde. O papel do Ministério da Saúde, na condição de integrante do SISNAD, permanecia centrado nas ações de vigilância sanitária mediante a regulação da produção e fiscalização dos produtos e de substâncias psicoativas para fins científicos e terapêuticos.

A Lei nº. 10.409 de janeiro de 2002 apresenta a atenção à saúde como objeto da legislação que “*dispõe sobre a prevenção, o tratamento²⁵, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica*”. Afirma-se que “*o tratamento do dependente ou usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família*” (art. 12, § 1º.). A referência às ações de redução de danos sociais e à saúde é feita pela primeira vez na legislação brasileira sobre drogas, sendo delegada ao Ministério da Saúde a sua regulamentação. Com vários de seus artigos vetados, a vigência desta lei não revogou por completo a Lei nº. 6.368/1976, especialmente no que se refere à definição dos crimes relacionados à produção, tráfico, porte e uso de drogas ilícitas e aplicação de respectivas penas.

A Política Nacional Antidrogas, instituída pelo Decreto nº. 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi consolidada pela SENAD e aprovada pelo CONAD (BRASIL, 2002a). Retratando o uso indevido de drogas como uma ameaça séria e persistente à humanidade e à vida em sociedade, associando-o ao tráfico de drogas e outros crimes e modalidades de violência, o texto da política justifica a adoção de uma postura firme do Estado brasileiro de combate às drogas. Entre seus pressupostos básicos, destaca-se aquele que traduz a essência do discurso proibicionista em relação às drogas, hegemônico no plano internacional: “*buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas*”.

A despeito da forte influência do discurso proibicionista na formulação da Política Nacional Antidrogas, o acúmulo de experiências na implementação de programas de redução de danos na atenção à saúde de usuários de drogas injetáveis e a pressão política exercida por profissionais e militantes na área contribuíram, de forma incisiva, para a permeabilidade desta política ao enfoque da redução de danos (MACHADO, 2006). Nesta perspectiva, a política

²⁵ Grifo nosso.

estruturou-se em torno dos seguintes eixos: prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; repressão; estudos, pesquisas e avaliações. Com este desenho interno, a política de drogas brasileira aproxima discursos antagônicos. Por um lado, compartilha do discurso proibicionista legitimado por convenções internacionais quanto à redução da oferta e da demanda de drogas, mediante mecanismos de repressão e criminalização da produção, tráfico e porte de drogas ilícitas. Por outro lado, mostra-se aderente à abordagem de redução de danos. Com a vigência da Lei nº. 6368/1976, que criminalizava práticas interpretadas como de contribuição ou incentivo ao uso de substâncias psicoativas, a política de drogas reconhecia o amparo da Constituição Federal de 1988 às estratégias de redução de danos.

Alguns pressupostos básicos da Política Nacional Antidrogas mostram-se de grande relevância para a construção de um modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas orientado pela lógica da redução de danos e comprometido com a garantia de seus direitos de cidadania. Assim, propõe-se reconhecer as diferenças entre usuário, a pessoa em uso indevido ou dependente e o traficante de drogas, considerando-se que esta distinção implica em abordagens igualmente diferenciadas. Ademais, refere-se como necessário evitar a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas e garantir o seu direito à atenção à saúde especializada.

A Política Nacional Antidrogas passou por um processo de realinhamento discursivo e o Conselho Nacional Antidrogas aprovou, em reunião de 23 de maio de 2005, a Política Nacional Sobre²⁶ Drogas (BRASIL, 2005a). Esta política orienta-se para a redução da oferta (ações de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas), a redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e a redução de danos. O enfoque da redução de danos aparece com força ainda maior nesta nova versão do texto da política, o que se faz notável naquela que talvez represente a mudança mais expressiva na trajetória discursiva da política pública sobre drogas no Brasil: o discurso quanto ao ideal de uma “*sociedade livre de drogas*” dá lugar ao ideal de uma “*sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas*”. Em relação à atenção à saúde, a Política Nacional Sobre Drogas reitera o objetivo de implantar e implementar uma rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

Para a prevenção do uso de drogas, a política sobre drogas parte do princípio da “*responsabilidade compartilhada*” e ressalta a parceria entre diferentes segmentos da

²⁶ Grifo nosso.

sociedade e os órgãos governamentais para a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde. Assim, no lugar da conclamação autoritária de pessoas físicas e jurídicas ao combate às drogas, tão marcante na legislação das décadas anteriores, presencia-se a emergência de um processo democrático, em que a constituição de Conselhos Estaduais e Municipais sobre Drogas passa a ser incentivada, de forma a propiciar a discussão descentralizada e participativa do tema. O engajamento na prevenção ao consumo de drogas já não se encontra passível a penalizações legais, devendo resultar da conscientização crescente da sociedade acerca dos prejuízos sociais e à saúde acarretados por este consumo. Espera-se que estas práticas preventivas sejam embasadas em conhecimentos científicos – e não em julgamentos morais e religiosos –, sensíveis socioculturalmente às necessidades da população a que se destinam. Os objetivos destas práticas encontram-se orientadas pela lógica da redução de danos, com foco tanto no indivíduo quanto na coletividade, buscando-se assim desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a redução do consumo e diminuir os riscos e danos sociais e à saúde associados ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas.

De acordo com a Política Nacional sobre Drogas, o tratamento, recuperação e reinserção social devem resultar da configuração de uma rede assistencial integrada e articulada, constituída por instituições governamentais e não-governamentais, do setor da saúde e da assistência social: unidade básica de saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas. Uma característica desta rede seria a diversidade de opções assistenciais, conferindo aos usuários e seus familiares o acesso às diferentes modalidades de atenção. Ressalta-se, contudo, a importância de tais modalidades assistenciais estarem referenciadas em conhecimentos científicos e apresentarem efetividade comprovada.

Nestes termos, reconhece-se uma política pública sobre drogas que admite e incentiva, inclusive mediante mecanismos de apoio técnico e financeiro, a coexistência de distintos modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. A explicação para este esforço de conciliação entre racionalidades divergentes no que se refere ao conteúdo e à organização das práticas de atenção à saúde pode ser remetida ao conflito de interesses entre representantes dos diferentes modelos assistenciais na área de álcool e outras drogas existentes no país. A este respeito, Machado (2006) salienta especialmente a participação das

federações das comunidades terapêuticas²⁷ e de profissionais e militantes de programas de redução de danos no I Fórum Nacional Antidrogas, realizado pela SENAD, em 1998, com o objetivo de discutir a formulação da primeira versão do texto da política.

A Política Nacional sobre Drogas apresenta a redução de danos como estratégia de saúde pública voltada para a intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos. Ao reconhecer os determinantes sociais do consumo de álcool e outras drogas, considera-se a pertinência de ações setoriais e intersetoriais. A expectativa é de que as estratégias de redução de danos produzam efeitos nas condições de saúde e qualidade de vida de usuários, suas famílias, grupos de pares e comunidade. Esta perspectiva mostra-se coerente com uma concepção abrangente da lógica de redução de danos. Tratando-se de uma prática emergente, salienta-se a necessidade de formação e supervisão técnica de trabalhadores e profissionais para atuação em atividades de redução de danos e de maior engajamento comunitário nestas ações.

No realinhamento discursivo da Política Nacional sobre Drogas, a estrutura político-organizacional para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas, até então adjetivadas “*antidrogas*”, tiveram suas instâncias recentemente renomeadas. O Sistema Nacional Antidrogas passou a ser denominado Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (BRASIL, 2006a); O Conselho Nacional Antidrogas, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD²⁸; e a Secretaria Nacional Antidrogas, Secretaria Nacional

²⁷ No Brasil, têm-se duas organizações desta natureza: a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e a Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB).

²⁸ Em relação à composição do CONAD, registram-se as mudanças em sua composição com o aumento da representatividade de setores da sociedade civil. Assim, constam na composição do CONAD, com direito a voto, os seguintes membros e respectivos suplentes: o Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que o presidirá; o Secretário Nacional Antidrogas; um representante da área técnica da SENAD, indicado pelo Secretário. Representantes dos seguintes órgãos, indicados pelos respectivos titulares: um da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República; um do Ministério da Educação; um do Ministério da Defesa; um do Ministério das Relações Exteriores; um do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; dois do Ministério da Saúde, sendo um da ANVISA; dois do Ministério da Justiça, sendo um do Departamento de Polícia Federal e um da Secretaria Nacional de Segurança Pública; dois do Ministério da Fazenda, sendo um da Secretaria da Receita Federal e um do Conselho de Atividades Financeiras; um representante dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes ou Antidrogas, indicado pelo Presidente do CONAD; representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil; um jurista, de comprovada experiência, em assuntos de drogas; um médico, de comprovada experiência e atuação na área de drogas; um psicólogo, de comprovada experiência e atuação na área de drogas; um assistente social, de comprovada experiência e atuação na área de drogas; um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas; um educador, de comprovada experiência e atuação na área de drogas; um cientista, de comprovada produção científica na área de drogas; um estudante indicado pela UNE; profissionais e especialistas, de manifesta sensibilidade na questão das drogas, indicados pelo presidente do CONAD; um de imprensa, de projeção nacional; um antropólogo; um do meio artístico, de projeção nacional; dois de organizações do Terceiro Setor, de abrangência nacional, de comprovada atuação na área de redução da demanda de drogas. (BRASIL, 2006b)

de Políticas sobre Drogas – SENAD²⁹ (BRASIL, 2008). Os objetivos desta estrutura e de seus órgãos constituintes permanecem mantidos, embora seja notável uma transformação da compreensão da problemática das drogas e, conseqüentemente, das respostas do Estado frente à mesma.

A concepção do problema das drogas no discurso político emergente mostra-se cada vez mais ampliada e distante de conotação moral. Nesta perspectiva, as drogas deixam de ser referidas como uma “ameaça” para ser reconhecida como um problema social complexo a ser enfrentado mediante políticas públicas intersetoriais e políticas setoriais específicas, integrando de forma equilibrada estratégias nacionais e internacionais de repressão à produção e ao tráfico de drogas e de prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

A nova legislação brasileira sobre drogas – a Lei n.º. 11.343/2006, que revoga a Lei n.º. 10.409/2002 e a Lei n.º. 6.368/1976 – apresenta alguns avanços historicamente significantes e reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Se por um lado as atividades de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas são acentuadas, com definição de novos crimes correlatos e o aumento das penalidades previstas; por outro lado, distingue a condição de usuários e dependentes de drogas e aborda, de forma mais extensiva que as leis anteriores, as atividades de prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social. Outra mudança expressiva refere-se ao estabelecimento de penas alternativas ao crime definido como porte de drogas para consumo pessoal.

A lógica da redução de danos apresenta-se transversal ao texto da nova legislação sobre drogas (BRASIL, 2006). Assim, espera-se que as atividades de prevenção do uso indevido de drogas sejam orientadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção. Partindo de uma compreensão ampliada da questão do uso indevido de drogas, as atividades de prevenção buscam focar: o indivíduo, visando o desenvolvimento e fortalecimento de sua autonomia e co-responsabilidade em relação ao uso indevido de drogas; a comunidade, buscando promover o compartilhamento de responsabilidades, a colaboração mútua e a superação de preconceitos e estigma em relação aos usuários de drogas e aos serviços que oferecem atendimento a este público; a rede de serviços sociais e de saúde, tendo em vista a configuração de uma rede de atenção a usuários de drogas e suas famílias; a promoção da saúde mediante investimentos em

²⁹ As siglas CONAD e SENAD, entretanto, permaneceram relativas às denominações antigas.

alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida. Ressalta-se, ainda, a importância de adequação das estratégias preventivas às especificidades socioculturais e necessidades específicas das diversas populações assistidas. Como resultados destas estratégias são aceitáveis o “*não-uso*”, o “*retardamento do uso*” e a redução dos danos relacionados ao uso indevido de drogas.

As atividades de atenção de usuários e dependentes de drogas e suas famílias são definidas na nova legislação sobre drogas como aquelas que objetivam a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas. Para a reinserção social destes sujeitos, almeja-se a sua integração ou reintegração em redes sociais. Depreende-se destas concepções em torno da atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas a afirmação de um modelo de atenção coerente com a abordagem da redução de danos e com a promoção da cidadania. Neste sentido, esta legislação aponta para a reorientação de um modelo de atenção referenciado na abstinência como objetivo terapêutico exclusivo, na segregação sócio-familiar e na exclusão social de usuários e dependentes de drogas, o qual ainda se faz fortemente expressivo no país.

Entre os princípios e diretrizes norteadores das atividades de atenção e de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e suas famílias, destacam-se:

- I. Respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Assistência Social;
- II. A adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III. Definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;
- IV. Atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais. (BRASIL, 2006, art.22)

Dentre os avanços que a Lei nº. 11.343/2006 tem imprimido à resposta política aos problemas relacionados às drogas, talvez o estabelecimento de penas alternativas à reclusão para o crime caracterizado como porte de drogas para consumo próprio possa ser apontado como o mais significativo. Aos usuários de drogas apreendidos nesta circunstância não poderá ser imposta a prisão em flagrante, podendo ser-lhes aplicadas as seguintes “*medidas educativas*”: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade,

comparecimento a programa ou curso educativo. A lei dispõe, ainda, que a estes sujeitos também deverá ser disponibilizado o tratamento especializado em estabelecimento público de saúde, preferencialmente ambulatorial. Nestes termos, distingue-se o consumidor do traficante de drogas, conferindo-lhes abordagens diferenciadas.

As vicissitudes na trajetória discursiva da política de drogas no Brasil decorrem de tensionamentos entre fatores externos e internos. Por um lado, o compromisso do país, mediante firmamento de acordos e convenções internacionais, com o combate ao tráfico e consumo de drogas ilícitas lhe confere um posicionamento de “guerra às drogas” com adoção de ações repressivas intensamente militarizadas. Em outra vertente, questionamentos internos acerca do conteúdo da legislação brasileira, particularmente no que se refere à abordagem do consumo de drogas lícitas e ilícitas como um problema de saúde pública – e não mero problema jurídico-policia – repercutiram na *despenalização* da conduta dos usuários (RIBEIRO, 2006). Embora o porte de drogas ilícitas para consumo próprio ainda constitua um crime, admite-se o direito de cidadania aos usuários de drogas, inclusive o de fazer consumo com redução de danos sociais e à saúde e o de acesso aos bens e serviços de saúde pública.

2.3. Política de saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas

As políticas setoriais sobre drogas encontram-se circunscritas pelos princípios e objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, devendo assim apresentar coerência com as orientações e normas emanadas do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, cuja execução pelos órgãos integrantes do Sistema é acompanhada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. Delineia-se, assim, o cenário político mais abrangente da política do Ministério da Saúde para a atenção a usuários de álcool e outras drogas, a qual se inscreve na política pública de saúde e no escopo da política de saúde mental. Destes enlances políticos, resulta uma política de saúde específica para a atenção ao uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas cuja marca mais expressiva é a sua dimensão intersetorial.

Para a formulação desta política de saúde específica um longo caminho foi percorrido, precipitando a redefinição do próprio papel atribuído ao Ministério da Saúde na estrutura do SISNAD. Assim, às ações de vigilância sanitária para a regulação, controle e fiscalização da produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas para fins científicos e terapêuticos, claramente definidas desde a década de 1970, foram agregadas, ao longo dos

anos, aquelas relativas à oferta de ações e serviços públicos de saúde especializados para a atenção de usuários e dependentes de álcool e outras drogas, assim como a suas famílias, segundo a lógica da redução de danos. O estudo realizado por Machado (2006) sobre o processo de constituição da política de saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas permite uma retrospectiva histórica e ao mesmo tempo uma análise mais aprofundada não apenas das contingências dos cenários políticos, mas, sobretudo, do modelo de atenção fomentado pelo setor público de saúde.

A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas foi publicada no ano de 2003³⁰. Em seu texto de apresentação, admite-se o atraso histórico de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública (BRASIL, 2004). Em sua análise, Machado (2006) identifica como fatores contribuintes para a formulação desta política de saúde específica a condução da política pública de drogas proposta pelo Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN, entre as décadas de 1980 e 1990, e posteriormente pela SENAD; a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a afirmação da universalidade do direito à saúde; a reorientação do modelo de atenção em saúde mental a partir da implementação de serviços de base comunitária substitutivos à internação em hospitais psiquiátricos; e a implementação de políticas de prevenção do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), propiciando que a saúde pública voltasse o seu olhar para um segmento populacional até então à margem do sistema de saúde.

O estreitamento da articulação entre a política nacional de drogas e as políticas de saúde, particularmente aquela referente ao campo da saúde mental, pode ser reconhecido como um fato histórico recente. O II Fórum Nacional Antidrogas e a III Conferência Nacional de Saúde Mental foram realizados no ano de 2001, nas mesmas datas e cidade. Esta circunstância, segundo análise de Machado (2006), reflete a dificuldade de articulação entre a área de drogas e o setor público de saúde, uma vez que a duplicidade de eventos comprometia a participação dos atores nas discussões tecidas nos dois espaços. Entretanto, a apresentação da Política Nacional Antidrogas à sociedade brasileira constituiu uma oportunidade para a proposição da inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS, particularmente no campo da saúde mental. Até então, esta atenção era ofertada

³⁰ Segundo Machado (2006), o processo de formulação desta política foi iniciado no ano de 2001, no Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, e se estendeu até o ano de 2004, no Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

principalmente por instituições não-governamentais, a exemplo das comunidades terapêuticas e grupos de auto-ajuda, apoiadas pela SENAD (CARVALHO, 2007).

O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas consta entre os temas de discussão do campo da saúde mental pelo menos desde a década de 1980 (MACHADO, 2006; GARCIA, LEAL e ABREU, 2008). A constatação de que cerca de um terço dos leitos em hospitais psiquiátricos eram ocupados por alcoolista e usuários de outras drogas resultou na elaboração de alguns programas de saúde³¹ que, entretanto, não chegaram a ser implantados pelo Ministério da Saúde, persistindo a lacuna assistencial a este segmento populacional no âmbito do setor público de saúde. A este respeito, Delgado (2005) qualifica as iniciativas consistentes e regulares até recentemente desenvolvidas pela saúde pública na área de álcool e outras drogas como rarefeitas.

No movimento pela Reforma Psiquiátrica, a atenção aos transtornos mentais esteve no centro dos debates em torno da necessária reorientação dos conteúdos e da organização das práticas de saúde, com os problemas decorrentes do uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas ocupando um lugar de invisibilidade nas reivindicações sociais organizadas. Como recorda Machado (2006), os processos de reforma psiquiátrica inspiradores da experiência brasileira também não produziram respostas à problemática do consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde mental. Em consequência, os primeiros serviços substitutivos de saúde mental especializados na atenção a usuários de álcool e outras drogas no Brasil apenas foram criados uma década depois da implantação dos primeiros serviços desta natureza para atenção prioritária às pessoas com transtornos psicóticos e neuróticos graves.

A inserção da área de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, e mais especificamente no campo da saúde mental, começou a ser consolidada, mediante uma série de eventos e decisões políticas promovidos no início da década de 2000. Neste momento histórico, Machado (2006) retrata a existência, por um lado, da pressão do segmento das comunidades terapêuticas por financiamento do SUS e, por outro, a compreensão de que o setor público de saúde deveria responsabilizar-se pela oferta direta de ações e serviços na área de álcool e outras drogas. A Coordenação de Saúde Mental posicionava-se claramente

³¹ O Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool – PRONAL, elaborado em 1987 pela Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM, é um exemplo. Este programa tinha por objetivo organizar a rede de serviços de saúde para atenção aos problemas associados ao consumo de álcool. Em virtude de falta de recursos, o programa foi interrompido ainda na fase de treinamento de equipes técnicas (GARCIA, LEAL e ABREU, 2008).

contrária a um modelo de atenção referenciado em concepções moralistas e repressoras quanto ao consumo de álcool e outras drogas e orientado para a internação como meio de alcance da abstinência. Conforme Machado (2006, p. 85):

Duas posições disputavam a hegemonia dentro do Ministério da Saúde. Uma delas reforçava a dissociação observada, ao longo do século XX, entre o campo da saúde pública e a abordagem dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, defendia que a política de álcool e outras drogas ficasse restrita ao financiamento das comunidades terapêuticas. A outra posição buscava uma aproximação entre a Saúde Pública e a área de álcool e outras drogas, defendia a criação de uma política e de uma rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Em 2001, realizou-se o Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede do SUS. O evento, organizado pelo Ministério da Saúde, antecedeu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM) e teve por objetivo promover uma discussão sobre a configuração de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, no âmbito do SUS (BRASIL, 2001b). A discussão do modelo de atenção então existente conduziu à conclusão quanto à insuficiência e inadequação das ações e serviços de saúde ofertados à população. Dentre as recomendações consensuadas durante este seminário para a formulação de uma política pública de saúde na área de álcool e outras drogas, merecem destaque:

- O estabelecimento de uma rede de assistência que tenha como núcleo um dispositivo estratégico centrado na comunidade e que possa acionar diversos outros serviços, como a rede básica de saúde (unidades básicas de saúde e Programa de Saúde da Família), unidades especializadas, hospitais clínicos e psiquiátricos.
- A rede seria também articulada à rede de serviços sociais não diretamente ligados à assistência à saúde (como instituições de defesa de direitos, serviços de ensino profissionalizante e outros) que promovam o exercício da cidadania, a reinserção social e reintegração na rede de suporte social. A rede não distinguiria ações voltadas para prevenção, tratamento e estudos, todas incluídas em cada unidade.
- É fundamental que a rede de assistência a usuários de substâncias psicoativas tenha o sentido da comunicabilidade – este inclui que cada participante da rede tenha informações atualizadas sobre os serviços disponíveis nos demais meios de comunicação direta e de encaminhamento. Inclui, também, a divulgação para a comunidade sobre os serviços oferecidos.
- O modelo de assistência indicado é fundamentalmente ambulatorial. As internações são recursos de uso para determinados casos específicos, devendo ser de curta duração. As indicações de internação são os quadros de emergência que incluem risco de auto ou

heteroagressão, quadros graves de intoxicação e abstinência. Internações voluntárias de curta duração, até 15 dias, podem ser indicadas em situações em que pacientes apresentam uso compulsivo e dificuldade de aderirem ao tratamento (BRASIL, 2001b, p. 107-108).

O relatório do Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede do SUS consta entre os textos elaborados para subsidiar as discussões da III CNSM. Neste evento, afirmou-se a necessidade de que a atenção a usuários de álcool e outras drogas fosse assumida pelo SUS sem, contudo, reduzir a compreensão e a abordagem desta problemática ao campo da saúde (BRASIL, 2002c). Para a reorientação do modelo assistencial na área de álcool e outras drogas, as propostas elaboradas na III CNSM privilegiam os serviços ambulatoriais e de base comunitária e a lógica da redução de danos. Em relação às comunidades terapêuticas, admite-se que estas constituem um recurso da rede de serviços sociais cuja atuação deve ser delimitada, controlada e fiscalizada pelo SUS.

O ano que sucede a estes dois eventos marca a efetiva inserção da área de álcool e outras drogas na rede pública de saúde e no campo da saúde mental. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad foi regulamentado e os mecanismos de financiamento do SUS para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, definidos³². Ainda em 2002, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas³³ (BRASIL, 2002d) com o objetivo de constituição de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares, centrados na atenção comunitária e articulados com outras redes de serviços sociais e de saúde para a assistência integral a usuários e seus familiares, com ênfase na promoção da inclusão social. O programa propunha, ainda, a implantação, em três anos, de 250 CAPSad no território nacional e um programa de capacitação permanente de recursos humanos da rede do SUS para os serviços de atenção na área de álcool e outras drogas.

Em 2003, uma primeira versão do documento da política de saúde na área de álcool e outras drogas foi apresentada no Seminário Novos Cenários da Política Nacional sobre Drogas, realizado pela SENAD (MACHADO, 2006). Assim, afirmava-se a inserção da área de álcool e outras drogas no âmbito do SUS sem que este fato representasse uma contraposição à Política Nacional sobre Drogas, formulada pela SENAD. A articulação entre estas políticas pode ser considerada tão necessária quanto estratégica. No realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2005, encontra-se, entre as diretrizes para o tratamento, recuperação e

³² Ver: Portarias GM n°. 336/2002, SAS n°. 305/2002, SAS n°. 189/2002, GM n°. 817/2002.

³³ Ver: Portaria GM n°. 816/2002.

reinserção social, a afirmação quanto à pertinência da articulação e integração da rede de serviços públicos de saúde com a rede de serviços sociais.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas consolida, em suas diretrizes, recomendações e propostas formuladas em distintos espaços políticos e por diferentes atores sociais do setor saúde e em interface com outros setores governamentais. O processo de sua constituição reflete a complexidade do fenômeno do consumo de álcool e outras drogas na contemporaneidade, o qual demanda um enfoque abrangente e intervenções setoriais e intersetoriais. A formulação desta política de saúde certamente representa um avanço na trajetória discursiva sobre a questão das drogas no país ao inscrevê-la no âmbito do SUS e assim afirmar o direito à saúde das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de álcool e outras drogas. Outros avanços podem, ainda, ser apontados: a regulamentação pelo Ministério da Saúde das práticas de redução de danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2005b) e a aprovação da Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007).

A regulamentação das práticas de redução de danos afirma e fortalece o posicionamento do setor público de saúde por um modelo de atenção à problemática do consumo de álcool e outras drogas orientado para a minimização dos riscos e danos sociais e à saúde associados a este consumo sem, necessariamente, intervir na oferta ou no próprio consumo. Em sua regulamentação, as intervenções de redução de danos foram ampliadas, sendo definidas como uma ou mais das seguintes medidas de atenção integral à saúde: a) informação, educação e aconselhamento; b) assistência social e à saúde; c) disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e hepatites. Estabelece-se que estas ações devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorrem ou possa ocorrer o consumo de álcool e outras drogas e que a divulgação dos serviços públicos de saúde e de assistência social entre a população contemplada por estas ações constitui, em si, uma medida de redução de danos.

As drogas ilícitas sempre estiveram no centro da discussão das políticas de orientação proibicionistas, ainda que o consumo de drogas lícitas, a exemplo do álcool e do tabaco, se destacasse tanto em termos de uma prevalência mais elevada quanto pela extensão dos prejuízos acarretados ao indivíduo e à sociedade. A Política Nacional sobre o Álcool, proposta por um Grupo de Trabalho Interministerial coordenado pelo Ministério da Saúde, confere especial atenção à problemática do consumo de álcool, principal substância psicoativa consumida entre os brasileiros, inclusive entre os mais jovens. Apresentando um forte

componente cultural, o consumo de bebidas alcoólicas demanda intervenções intersetoriais, flexíveis, democráticas e referenciadas na lógica da redução de danos. A política enfatiza, ainda, a importância de formação de trabalhadores e profissionais de saúde na área de álcool e outras drogas para a atuação na rede assistencial, a qual deve ser ampliada e fortalecida.

A despeito dos avanços, há ainda muitas páginas a serem escritas e revisadas na história da política de drogas brasileira. No que se refere à atenção à saúde, a estruturação e fortalecimento de uma rede pública de saúde mental especializada na assistência a usuários de álcool e outras drogas e suas famílias, centrada na atenção comunitária, orientada pela concepção ampliada de redução de danos e articulada com outras redes de serviços sociais e de saúde constitui, na atualidade, um importante desafio. Para a reorientação do modelo de atenção à saúde na área de álcool e outras drogas, o setor público de saúde aposta na implantação dos CAPSad, reconhecendo-o como dispositivo estratégico para a estruturação da rede assistencial em seu território de atuação e para a integração de ações de promoção à saúde, prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, redução de danos sociais e à saúde, atenção multiprofissional e interdisciplinar, reabilitação e (re)inserção social.

Dos 250 CAPSad propostos pelo Ministério da Saúde, 200 foram implantados até junho de 2009, o que representa uma melhoria de cobertura assistencial (BRASIL, 2009). Todavia, para a análise da reorientação do modelo de atenção na área de álcool e outras drogas, a compreensão dos saberes e das práticas de saúde em construção a partir deste dispositivo assistencial estratégico pode revelar-se ainda mais significativa do que o número de serviços em funcionamento no país. Nesta perspectiva, ressalta-se a relevância do desenvolvimento de pesquisas empíricas no contexto do CAPSad, cujos resultados possam oferecer subsídios para a discussão de sua atuação tanto na assistência integral aos usuários e seus familiares quanto na intervenção em seu território de abrangência e a configuração de uma rede ampliada de cuidados em saúde.

2.4. Saberes e práticas de saúde em construção nos CAPSad: Estado da Arte

Para a finalização deste capítulo, convém uma revisão das pesquisas empíricas produzidas no contexto do CAPSad com o objetivo de caracterizar saberes e práticas de cuidado em construção a partir destes serviços e problematizar os desafios atuais para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e suas famílias na rede pública de saúde.

A produção de pesquisa na área ainda se apresenta escassa. Para esta revisão, identificaram-se seis trabalhos, dentre os quais quatro dissertações de mestrado. Trata-se, em linhas gerais, de pesquisas qualitativas descritivas que, através do desenho de estudo de caso, exploram as percepções de usuários, familiares e profissionais acerca dos saberes e das práticas de atenção (NASI e HILDEBRANDT, 2004; OLIVEIRA, 2005; MORAES, 2005, 2008; SILVA, 2006; SOUZA et al., 2007; FODRA, 2008; FODRA e COSTA-ROSA, 2009). O campo discursivo privilegiado nestes trabalhos corresponde ao da Reforma Psiquiátrica, com a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas constituindo-se em principal referencial para a análise e discussão dos dados produzidos.

Com o objetivo de conhecer a percepção de usuários de álcool e outras drogas sobre o atendimento recebido no CAPSad, Nasi e Hildebrandt (2004) entrevistaram, em 2004, oito usuários em tratamento intensivo de um serviço localizado em um município do Rio Grande do Sul. Todos os participantes da pesquisa eram do sexo masculino e faziam uso abusivo de álcool. Quanto aos motivos que os levaram a buscar tratamento no CAPSad, os usuários mencionaram principalmente a preocupação com o estado geral de saúde, a noção de que estavam “*passando dos limites*” e de que poderiam morrer em decorrência do uso abusivo da substância. Além destas situações referidas pelos sujeitos da pesquisa, as autoras apontam como outros importantes motivos pela busca de atendimento em um serviço de saúde especializado as pressões de familiares e a experiência de muitas perdas na vida atribuíveis ao uso abusivo ou dependência do álcool.

Em relação ao tratamento recebido no CAPSad, os usuários entrevistados por Nasi e Hildebrandt (2004) declararam-se satisfeitos, sendo por eles destacados o acesso ao serviço e a disponibilidade da equipe em oferecer ajuda. Como o CAPSad é um serviço aberto e situado no território em que vivem os usuários, muitos salientaram como aspecto positivo a convivência permitida com a família e a comunidade, assim como a co-responsabilidade estimulada pelo serviço com o cuidado com a própria saúde. Na avaliação do serviço, a comparação com a experiência de internação para tratamento da dependência foi adotada como referência para classificar o atendimento recebido no CAPSad como de melhor qualidade e resolutividade. Para as autoras, “*os hospitais psiquiátricos podem ser considerados pouco resolutivos por não oferecer aos pacientes alcoolistas um preparo adequado para a vida cotidiana, sem o uso do álcool*” (NASI e HILDEBRANDT, 2004, p. 246). Em consequência, os usuários com história pregressa de internação relataram a

reincidência no consumo de bebidas alcoólicas após o recebimento de alta, conduzindo muito freqüentemente a novos episódios de internação.

O conteúdo das práticas de cuidado no CAPSad não constituiu objeto de investigação na pesquisa de Nasi e Hildebrandt (2004). Entretanto, a partir de algumas narrativas dos usuários é possível problematizar o objetivo destas práticas. Em relação às atividades de que participam no cotidiano do serviço, os usuários entrevistados consideraram estas “boas” por ajudar a “passar o tempo”. Em nenhum momento, o trabalho faz menção à abordagem de redução de danos. Em contrapartida, ao tratar do contrato terapêutico no grupo de alcoolista – uma das atividades do serviço –, as autoras referem como necessário ter claro e explícito entre usuários e profissional, entre outros pontos, a tentativa de abstinência. Ademais, para participar deste grupo, faz-se necessário estar abstinente no dia do encontro grupal. As autoras afirmam ser a abstinência o objetivo a ser almejado pela equipe multiprofissional do CAPSad estudado, não deixando dúvidas quanto à racionalidade predominante na organização das práticas de cuidado aos usuários de álcool neste serviço.

A pesquisa realizada por Moraes (2005, 2008) teve por objetivo investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais acerca do modelo de atenção à saúde que orienta os serviços de tratamento para usuários de drogas no município de Recife. A coleta de dados foi realizada no ano de 2004 e teve como campo duas unidades públicas especializadas na atenção a usuários de álcool e outras drogas criadas em 1986 e 1990³⁴ e, posteriormente, credenciadas como CAPSad. Os dados foram produzidos a partir das técnicas de grupo focal, pesquisa documental e observação participante durante o período de 18 dias. Ao confrontar os dados obtidos com as diretrizes da política de saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, a autora considera ser desafiante concretizá-las no cotidiano dos serviços estudados. Este desafio pode ser acentuado em contextos assistenciais estruturados a partir de racionalidades distintas daquelas atualmente preconizadas pela política de saúde.

Entre os usuários, a avaliação do tratamento recebido no CAPSad foi considerada satisfatória, sendo levada em consideração a experiência de desassistência anterior ao início do tratamento neste serviço. Para alguns usuários, ser percebido como “doente” representava um avanço no sentido de deixarem de ser vistos como irresponsáveis, vagabundos, marginais. Entretanto, Moraes (2005, 2008) discute que a manutenção da idéia de “doentes” – não

³⁴ Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH) e o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação para o Alcoolismo (CPTRA).

apenas entre os usuários, mas também entre acompanhantes e profissionais – representa um obstáculo à promoção da cidadania, uma vez que compromete a organização social dos próprios usuários. Tratados como “*doentes*”, pessoas sujeitas permanentemente a crises e recaídas, os usuários de álcool e outras drogas, nos serviços estudados, não tinham como ser estimulados à organização social.

Em termos dos objetivos do tratamento, a abstinência figura como uma meta compartilhada entre usuários, acompanhantes e profissionais, ainda que permeada por algumas contradições. Em um dos serviços estudados, as freqüentes recaídas são analisadas por Moraes (2005, 2008) em relação ao rigor de uma meta que parece inalcançável para a maioria dos usuários. Em conformidade com um modelo de atenção centrado na abstinência, as recaídas não eram bem aceitas pelo serviço e pelos acompanhantes, podendo ser interpretadas como “*fraqueza*”, “*fracasso*”, “*insistência em um erro*”, portanto motivo de constrangimento entre os usuários. Outra prática descrita pela autora que mantém coerência com este modelo de atenção diz respeito à vigilância do comportamento dos usuários. Dentre as estratégias adotadas para a manutenção da abstinência, foram referidas o questionamento feito pelos profissionais aos usuários sobre o uso de álcool e outras drogas e a afirmação de que o uso da medicação era incompatível com o consumo de bebida alcoólica, sendo reforçado, a cada momento, que com a medicação sendo tomada, não se podia beber.

Outro desafio para a atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto do CAPSad retratado pela pesquisa de Moraes (2005, 2008) refere-se à reinserção social. Para os profissionais este desafio resulta, em parte, do preconceito e estigma associado ao uso de drogas, em parte, da complexidade de questões sociais que atravessam o cotidiano da maioria dos usuários. Em consequência, entre alguns profissionais prevalecia a concepção de que a melhor estratégia para a promoção da reinserção social era o estímulo à abstinência. Outro fator percebido como importante desafio era a precariedade da rede intersetorial. Todavia, a autora discute que, a despeito desta percepção dos profissionais, não houve referência quanto uma articulação ou criação de uma rede comunitária de cuidados a partir dos CAPSad estudados.

Em relação ao cuidado às famílias, os serviços estudados por Moraes (2005, 2008) mostraram-se acentuadamente centrados na atenção aos usuários. Embora admitissem ser relevante o cuidado às famílias, os profissionais participantes da pesquisa reconheceram ser este cuidado oferecido de forma ainda incipiente. As famílias são muitas vezes reconhecidas

como importante suporte social aos usuários em tratamento e nem sempre têm sua demanda de escuta e de cuidado contemplada pelos serviços.

A abordagem de redução de danos foi colocada como possibilidade por um dos CAPSad estudado por Moraes (2005, 2008), mas, contraditoriamente, a tônica do discurso institucional recai sobre a abstinência como a meta ideal. A autora depreende haver uma dificuldade na compreensão dos princípios da redução de danos e pondera que *“essa meta da abstinência aparentemente coloca a abordagem da redução de danos em segundo plano, talvez pela falta de compreensão de que ela não é oposta à abstinência”* (MORAES, 2008, p. 131). Assim, a autora conclui que a ampliação da rede de serviços não é suficiente para a garantia de uma atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e enfatiza a necessidade de uma maior compreensão dos princípios da redução de danos como uma estratégia potente e eficaz para a atenção à saúde e o estímulo de ações protagonistas pelos usuários.

Assim como observado no trabalho de Moraes (2005, 2008), a pesquisa desenvolvida por Oliveira (2005) também foi realizada em um serviço de saúde especializado³⁵ na atenção a usuários de álcool e outras drogas credenciado, posteriormente, como CAPSad. A pesquisa teve por objetivo identificar e compreender conceitos e estratégias que norteiam a assistência prestada por profissionais que atuam em um CAPSad no município de São Paulo. Os dados foram produzidos a partir de entrevista semi-estruturada com nove profissionais de nível superior integrantes da equipe multiprofissional do serviço.

A respeito das concepções sobre o serviço, os profissionais entrevistados por Oliveira (2005) afirmaram que o projeto terapêutico do CAPSad encontrava-se estruturado para o tratamento e para a reinserção social, tendo em vista o resgate da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas. A organização das práticas em torno do trabalho em equipe foi mencionada como um ponto primordial para uma abordagem abrangente da questão do consumo de álcool e outras drogas. Em seus discursos, os profissionais afirmaram ser a abordagem da redução de danos norteadora das práticas de atenção no CAPSad. Nestes termos, apresenta-se um serviço estruturado em conformidade com os princípios preconizados pela política de saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

A autora não apresenta uma postura crítica em relação ao discurso dos sujeitos de sua pesquisa, mas uma leitura atenciosa dos fragmentos destes discursos permite minimamente

³⁵ O Centro de Referência em Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD), situado no município de São Paulo, foi transformado em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) em novembro de 2002.

problematizar a contradição entre o discurso oficial do serviço e as práticas por ele desenvolvidas. Dentre as atividades do CAPSad estudado constam os grupos de prevenção de recaídas, que é descrito pela autora como espaços em que os usuários compartilham idéias em como manter a abstinência e evitar recaídas. O trabalho não apresenta uma revisão conceitual sobre a abordagem da redução de danos, nem aprofunda a percepção dos profissionais acerca desta abordagem e como esta permeia a organização das práticas de cuidado. A consideração das ações desenvolvidas pelo serviço no âmbito do território e a atenção à família encontram-se entre outras lacunas identificadas na pesquisa de Oliveira (2005).

A investigação de Souza et al. (2007) contemplou, em parte, a articulação do CAPSad com a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas ao buscar analisar o seu funcionamento e sua interação com o Serviço de Redução de Danos em um município do Rio Grande do Sul. Os dados foram produzidos entre 2004 e 2005 mediante a técnica de observação participante – 300 horas em um CAPSad e 96 horas no Serviço de Redução de Danos.

O funcionamento do CAPS foi descrito a partir das atividades desenvolvidas, as quais mantêm coerência com as diretrizes da política de saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Em relação ao processo de trabalho em equipe, os autores identificaram assimetrias associadas à ocupação profissional, o que remetem a relações de poder, verticalização na tomada de decisão e comprometimento da interdisciplinaridade. A análise também assinala a relação de poder instituída entre profissionais e usuários, a qual encontrava expressão na delimitação dos espaços físicos do serviço e a restrição de circulação dos usuários pelos mesmos. Esta situação é ilustrada com o fato do acesso dos usuários ao segundo andar da casa onde funcionava o CAPSad estudado – espaço privilegiado de trabalho da equipe – ser permitido apenas nos momentos de atendimento individual ou grupal. Os autores consideram que esta questão era bastante influenciada pela idéia de periculosidade com relação aos usuários atendidos pelo serviço.

No que se refere às atividades extramuros desenvolvidas pelo CAPSad, a pesquisa de Souza et al. (2007) retrata uma inserção incipiente deste serviço no território. Os autores descrevem que, durante o período de coleta de dados, o CAPSad não desenvolveu de forma efetiva as visitas domiciliares e outras intervenções comunitárias. A atuação do CAPSad e do Serviço de Redução de Danos caracterizaram-se independentes e desconexas, restringindo-se ao encaminhamento de alguns usuários deste para o CAPSad. Em contrapartida, não há

referência da abordagem de redução de danos como norteadora da organização das práticas de cuidado do CAPSad.

A partir da descrição das atividades desenvolvidas por este serviço, identifica-se a tônica da abstinência na oferta de dois grupos: o Grupo de Prevenção de Recaídas e o Grupo de Promoção de Abstinência – este último com uma frequência de três turnos por semana. Os autores concluem ser necessária a formação e qualificação dos profissionais para atuação no CAPSad e reorientação das práticas assistenciais na área de álcool e outras drogas, ressaltando a importância do trabalho interdisciplinar, o estabelecimento de relações mais horizontalizadas com os usuários e o fortalecimento de intervenções comunitárias.

A pesquisa desenvolvida por Silva (2006) destaca-se por ter assumido como campo empírico o CAPSad II – leste no município de Natal. Trata-se do primeiro CAPSad implantado no país, em 1996, como parte do processo de reforma psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Norte, e que, segundo enuncia a autora, serviu de experiência inspiradora para o reconhecimento do CAPSad como dispositivo estratégico de atenção pela política nacional de saúde na área de álcool e outras drogas.

A pesquisa de Silva (2006) teve por objetivo avaliar a efetividade da proposta de tratamento do CAPSad II – leste, definindo esta efetividade em termos de redução dos prejuízos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, inclusive a redução do consumo e períodos de abstinência, e de melhoria de qualidade de vida, traduzida mudanças nas condições de saúde e nas relações afetivas e sociais. Para tanto, realizou-se análise de uma amostra de prontuários de usuários inscritos no CAPSad, observação da dinâmica de funcionamento e das atividades cotidianas do serviço, entrevistas semi-estruturadas com oito usuários, cinco familiares e oito profissionais. A autora registra a dificuldade enfrentada na abordagem de familiares no contexto do CAPSad para a realização da entrevista, a qual decorreu de faltas destes sujeitos à instituição ou a sua indisponibilidade em participar da pesquisa.

A respeito da chegada do usuário ao CAPSad, os participantes da pesquisa de Silva (2006) referem a demanda espontânea e o encaminhamento feito por outras instituições de saúde, particularmente o hospital psiquiátrico, ou por pessoas ou recursos da rede social, a exemplo da família, de amigos, do empregador, da justiça. Semelhantemente ao descrito no trabalho de Nasi e Hildebrandt (2004), a busca por tratamento foi motivada pela percepção de que o uso de álcool e outras drogas tornou-se abusivo, com o usuário sentindo haver perdido

“o controle” sobre o mesmo. Outros motivos referem-se a experiências de perdas afetivas, sociais, de saúde e/ou econômicas. A busca por tratamento, entretanto, mesmo quando espontânea, não significa adesão a ele. A pesquisa constatou que a maioria dos usuários inscritos no CAPSad – leste (65%) abandonou ao tratamento ainda no primeiro mês.

A descrição das atividades desenvolvidas pelo CAPSad II – leste aponta para desafios já retratados em outros trabalhos. O discurso em torno da abstinência apresenta-se de forma acentuada na organização das práticas. Nesta direção, os documentos produzidos pelo CAPSad, alguns grupos e oficinas terapêuticas discutem, incentivam e estimulam a conquista da abstinência e a evitação de recaídas. Em consonância com este fato, o CAPSad é percebido pelos sujeitos da pesquisa como único lugar onde o usuário consegue passar um certo tempo em abstinência. Para tanto, no cotidiano deste serviço, são assumidas práticas de vigilância do comportamento dos usuários, tal como descrito no trabalho de Moraes (2005, 2008). A estratégia adotada pelo CAPSad estudado por Silva (2006) consiste em identificar durante o acolhimento matinal diário o hálito alcoólico e/ou comportamento “*estranho*”, a exemplo de olhos avermelhados, entre os usuários. Estimula-se que a recaída seja assumida perante o grupo para uma reflexão coletiva. Os usuários sob efeito de álcool e/ou outra droga, após acolhimento pelo grupo, são atendidos individualmente e apenas retornam ao serviço no dia seguinte. Para Silva (2006), estas práticas são caracterizadas como “*delicadas*”, pois assumir uma recaída é tão difícil quanto constrangedor.

O CAPSad estudado por Silva (2006) desenvolve uma diversidade de atividades no espaço do próprio serviço e tem estabelecido parceria com um leque relativamente abrangente de instituições da rede social e de saúde. Ainda assim, os profissionais referiram dificuldade em referenciar usuários atendidos no CAPSad para unidades básicas de saúde em virtude de escassez de vagas. Outras dificuldades envolvem as mudanças na gestão local e incertezas quanto à continuidade da política de saúde mental no município.

O desenvolvimento de uma prática interdisciplinar apresenta-se particularmente desafiante para os profissionais por razões já elucidadas no trabalho de Souza et al. (2007): relações assimétricas e não engajamento de profissionais médicos (clínico e psiquiatra) nos processos de discussão que envolvem a participação de outros membros da equipe, a exemplo das reuniões e supervisões. Diante deste dado, Silva (2006) pondera acerca da necessidade de formação e qualificação de trabalhadores e profissionais de saúde para atuação no CAPSad, considerando como imprescindível à consolidação desta modalidade de serviço uma equipe

com uma postura livre de preconceitos aos usuários de álcool e outras drogas e identidade ética e política com o modelo de atenção proposto.

A despeito de dificuldades e desafios, Silva (2006) avalia o tratamento oferecido pelo CAPSad como efetivo. Entre os usuários que aderiram ao CAPSad, identificaram-se mudanças significativas em suas vidas, sendo estas remetidas ao tratamento recebido. A abstinência é percebida pelos sujeitos da pesquisa como uma importante mudança, mas não exclusiva. As mudanças são descritas em termos da retomada de um cotidiano anterior ao uso abusivo de álcool e outras drogas ou do estabelecimento de uma nova dinâmica de vida. Envolvem, ainda, a reconstrução de laços afetivos e sociais, crescimento pessoal, melhoria da qualidade de vida, (re)inserção no mercado de trabalho. Do ponto de vista dos profissionais, estas mudanças traduzem um novo estilo de vida – *“um estilo de vida mais moderado”* – marcado pela superação de excessos, adoção de uma postura mais responsável e estabelecimento de rotina.

Para Silva (2006), o tratamento oferecido pelo CAPSad pode ser considerado efetivo mesmo entre os usuários que o abandonaram. A sua argumentação sustenta-se na constatação de um elevado índice de reincidência ao tratamento – 62% dos usuários que haviam abandonado o tratamento no CAPSad retornaram ao serviço pelo menos uma vez em busca de continuidade do mesmo. Este dado é analisado pela autora como reconhecimento do CAPSad como um serviço de referência para os usuários, local disponível a atender a demanda de ajuda e tratamento.

Dentre as pesquisas sobre CAPSad identificadas nesta revisão, aquela desenvolvida por Fodra (2008) é a mais recente. A autora propôs-se a analisar os discursos e as práticas no cotidiano do CAPSad, assumindo como marco de referência os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial. O trabalho de campo foi realizado em um CAPSad em um município de médio porte do Estado do Paraná. Os dados foram produzidos mediante a análise documental, a observação participante e a condução de grupos de discussão com usuários e profissionais do serviço durante o período de oito meses.

A análise do processo de implementação do CAPSad estudado por Fodra (2008) remete para uma realidade já retratada nos trabalhos de Moraes (2005, 2008) e Oliveira (2005): o credenciamento de um serviço especializado na atenção às questões do consumo de álcool e outras drogas já em funcionamento em CAPSad a partir de sua regulamentação pelo Ministério da Saúde. A diferença entre os casos identificados refere-se ao fato dos serviços

analisados por Moraes (2005, 2008) e por Oliveira (2005) constituírem-se originalmente em unidades de saúde ambulatorial, enquanto o CAPSad estudado por Fodra (2008) foi concebido, no final da década de 1990, como uma Unidade de Internamento Comunidade Terapêutica. A despeito de questionamentos de profissionais da área de saúde mental quanto à adequação do modelo de atenção proposto para enfrentamento da problemática do consumo de álcool e outras drogas no município, a comunidade terapêutica foi implementada sob direção de uma instituição religiosa. A sua proposta de funcionamento inicial era o internamento de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, em situação de morador de rua e em conflito com a lei, reconhecendo a abstinência como meta terapêutica exclusiva.

De acordo com a análise de Fodra (2008), a articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Ação Social, favorecida por mudanças na gestão municipal, possibilitou algumas mudanças na proposta inicial de funcionamento daquela instituição, que embora não realizasse internamentos continuou sendo denominada comunidade terapêutica e funcionando segundo a racionalidade do modelo de atenção correlato, manifesta pela existência de normas rígidas, o propósito da abstinência como única meta terapêutica aceitável e a orientação religiosa das intervenções. A parceria com a Secretaria de Ação Social levou a instituição a ampliar suas ações e atender a população de rua usuária de álcool e outras drogas, em sua maioria adulta, que além da assistência diurna podia contar com o abrigo noturno. Esta instituição cujas ações de atenção à saúde e de assistência social encontravam-se sobrepostas, comprometendo inclusive a construção de um projeto institucional terapêutico, foi credenciado como CAPSad em 2005.

A transformação de uma comunidade terapêutica, em funcionamento durante o período de cinco anos, em CAPSad apresenta-se, então, como um caso no mínimo instigante. Depreende-se do relato de Fodra (2008) que as mudanças empreendidas nas dimensões política e organizacional, como a transferência da gestão do serviço para o campo da saúde e sua inscrição na rede de serviços de saúde mental, produziu repercussões verdadeiramente tímidas para a reorientação do modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no município.

A descrição dos discursos e das práticas cotidianas no contexto do CAPSad estudado por Fodra (2008) indica a reprodução de um modelo de atenção que mais segrega e exclui do que promove a saúde e a inclusão social: o CAPSad localiza-se geograficamente distante do centro da cidade, protegido por muros e arames farpados. O projeto institucional, concebido

pela equipe técnica com referência à política de saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, oferece outro indício de reprodução do modelo de atenção hegemônico ao conferir primazia à dimensão pedagógica em detrimento à terapêutica. Este documento institucional, intitulado *Projeto Pedagógico*, refere-se aos profissionais como *educadores* e aos usuários como *educandos*, o que, por sua vez, remete para uma racionalidade de normatização e disciplinamento dos comportamentos. A tônica do discurso religioso no *Projeto Pedagógico* do CAPSad é outro aspecto revelador da organização das práticas de atenção segundo uma racionalidade moralizadora. De acordo com o seu projeto institucional, a existência de atendimento grupal (oficinas e grupos terapêuticos) seria a principal distinção do CAPSad em relação aos serviços ambulatoriais e internações psiquiátricas. A concepção deste projeto institucional é problematizada por Fodra (2008), que ressalta que as ações pedagógicas e as práticas de orientação religiosa/espiritual estritas não correspondem à proposta terapêutica preconizada pelas políticas de saúde mental e de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Ao CAPSad foi vinculado, em 2005, o Programa Municipal de DST/HIV e AIDS. Embora a estratégia de redução de danos encontrada no projeto institucional do serviço e sua equipe conte com três redutores de danos, a autora observou que as práticas orientadas por esta racionalidade caracterizavam-se restritas no cotidiano do serviço. Um fator identificado pela pesquisa para o alcance limitado destas intervenções era a compreensão incipiente da abordagem de redução de danos entre os profissionais. Por outro lado, os redutores de danos, que concentravam suas intervenções no âmbito do território, declararam não se perceber efetivamente incorporados à equipe multiprofissional do CAPSad e ter o seu trabalho por esta reconhecido e valorizado. Nesta direção, a pesquisa de Fodra (2008) aponta para a fragmentação das práticas no cotidiano do serviço: aquelas desenvolvidas pela equipe de redutores de danos, principalmente no âmbito do território, e aquelas conduzidas pela equipe multiprofissional do CAPSad no interior de seus muros.

Os limites do modelo de atenção do CAPSad estudado por Fodra (2008) expressam-se pela ausência de planejamento clínico terapêutico que contemplem as necessidades singulares dos sujeitos em tratamento, pelo não atendimento à situação de crise, pelo aumento no número de encaminhamentos de usuários em tratamento no serviço para a internação em hospital psiquiátrico. Estes muitas vezes justificados pela equipe como atendimento a uma demanda formulada pelo próprio usuário com a intenção de atingir a abstinência de consumo de drogas.

Outras dificuldades e desafios retratos por Fodra (2008) são convergentes como os achados de pesquisas progressas sobre os saberes e as práticas no contexto do CAPSad: a vulnerabilidade do serviço em relação às mudanças na gestão municipal, a fragilidade da rede de serviços de saúde e sua implicação para a integralidade da atenção (SILVA, 2006); a inserção incipiente do CAPSad no território de atuação (SOUZA et al., 2007); a centralidade da atenção nos usuários e participação restrita da família nas atividades desenvolvidas pelo serviço (MORAES, 2005, 2008); a existência de práticas de vigilância de comportamento dos usuários em tratamento, inclusive quanto ao consumo de álcool e outras drogas durante o atendimento e permanência no serviço (MORAES, 2005, 2008; SILVA, 2006); a necessidade de formação e qualificação de profissionais para atuação na área de álcool e outras drogas (MORAES, 2005, 2008; SILVA, 2006; SOUZA et al., 2007).

Dentre as questões suscitadas pelos estudos empíricos no contexto do CAPSad a adesão ao tratamento encontra-se entre aquelas que merecem ser investigadas em profundidade, particularmente no que concerne a sua relação com o conteúdo e a organização das práticas de cuidado no âmbito deste serviço. Apesar da proposta de construção de um modelo de atenção de “baixa exigência” e flexível às necessidades de saúde dos usuários, os estudos empíricos têm retratado o CAPSad como um serviço estruturado a partir de normas e regras aparentemente rígidas. Nos serviços estudados por Moraes (2005, 2008) e por Silva (2006) existe o Termo de Compromisso ou o Contrato Terapêutico, um documento assinado pelo usuário no momento de sua admissão e que explicita todas as normas e regras relativas ao funcionamento do serviço e à convivência do usuário neste espaço. Entre as interdições constam a agressão física ou verbal e o porte de armas e/ou drogas no espaço do serviço. Aos usuários que infringem as normas e regras instituídas pelo serviço cabe a aplicação de “penas” como a advertência, a suspensão do tratamento por período determinado e a alta administrativa, que implica no desligamento do usuário do serviço, conforme a gravidade do “delito”.

A respeito das normas e regras instituídas em CAPSad, Nasi e Hildebrandt (2004) pressupõem que o usuário de álcool perde a noção de que a vida possui uma rotina e que a realização de algumas tarefas no CAPSad pode contribuir para a retomada da noção da existência de tais regras na vida cotidiana. Os sujeitos da pesquisa de Moraes (2005, 2008) – usuários, acompanhantes e profissionais – referiram perceber as regras como normais e necessárias para que os usuários “*levassem a sério*” o tratamento, ainda que alguns usuários as considerassem “*exageradas*” ou “*rigorosas*”. No CAPSad estudado por Silva (2006) foi

criada uma atividade – o Grupo de Normas e Combinados – que cumpre o objetivo de reforçar semanalmente aos usuários as normas e regras do serviço. Diante destes achados, considera-se como uma questão relevante a compreensão do lugar das normas e regras no projeto terapêutico dos CAPSad.

Outra lacuna no conhecimento produzido acerca dos saberes e práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto do CAPSad refere-se à compreensão mais aprofundada da demanda que usuários e familiares dirigem a este serviço e suas expectativas em relação ao tratamento. Nos estudos revisados, o discurso dos usuários centra-se no tratamento recebido no CAPSad e em seus resultados, com os dados sendo analisados em confronto com as diretrizes da política de saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Esta certamente é uma vertente de análise pertinente para identificar em que medida os objetivos atribuídos pela política aos serviços estão sendo alcançados, mas limitada para a compreensão do quanto os objetivos institucionais aproximam-se ou distanciam-se das reais necessidades de atenção da população assistida.

Dentre as lacunas identificadas no quadro do estado da arte acerca dos saberes e das práticas em construção a partir dos CAPSad talvez a mais expressiva seja aquela relativa à abordagem da redução de danos como norteadora da organização das práticas. Mesmo constituindo-se uma diretriz central da política de saúde para a atenção a usuários de álcool e outras drogas, o conceito de redução de danos foi trabalhado de forma incipiente nos estudos revisados e sua percepção entre alguns profissionais entrevistados mostrou-se equivocada. Ainda quando a abordagem de redução de danos é referida em documentos institucionais – projetos terapêuticos e relatórios de atividades – e no discurso de profissionais, as práticas de saúde em construção no contexto dos CAPSad estudados apresentaram-se fortemente orientadas pela perspectiva da abstinência como pré-requisito e meta final do tratamento.

As lacunas relativas à formação dos profissionais para atuação no CAPSad, particularmente quanto ao desenvolvimento de práticas interdisciplinares e intersetoriais, reforçam os desafios para a reorientação do conteúdo e da organização das práticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Diante deste cenário, admite-se a relevância de desenvolvimento de novas pesquisas, com o aprofundamento da discussão em torno dos saberes e práticas em construção, valorizando-se, para tanto, experiências que possam ser consideradas como exitosas. Se discursos políticos podem delinear modelos de atenção à saúde, neste trabalho pressupõe-se que o conhecimento produzido a partir de práticas concretas também pode subsidiar a reiteração ou a reorientação de diretrizes políticas.

3. Caminho Metodológico

Para produzir conhecimento sobre como se caracteriza o modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do CAPSad, optou-se pela estratégia de *estudo de caso único*. A opção por este caminho metodológico justifica-se pela profunda imbricação entre o objeto de investigação e sua realidade contextual (YIN, 2005; MARTINS, 2006). No campo da saúde, esta estratégia de pesquisa tem sido recomendada para a análise da repercussão de novas políticas, tendo em vista o alcance da implementação das intervenções propostas no âmbito dos serviços de saúde (KEEN e PACHWOOD, 2005). O marco referencial adotado para a produção e análise dos dados apóia-se na hermenêutica e na antropologia interpretativa, conferindo a este estudo de caso um *cunho etnográfico*.

3.1. Hermenêutica: caminho do pensamento

A hermenêutica remonta da Grécia, do empreendimento da interpretação correta de textos e desenvolve-se na tradição judaico-cristã com a exegese das Sagradas Escrituras. Etimologicamente, hermenêutica remete aos processos de interpretação e compreensão. De acordo com Soares (1994), o debate sobre a hermenêutica pode incorrer no equívoco de tomar por unívoco o que é polissêmico. O autor assinala a existência de múltiplas, e por vezes contraditórias, tradições hermenêuticas. Assim sendo, adverte-nos da necessidade do posicionamento teórico-filosófico.

A tradição hermenêutica desenvolve-se em contraposição à corrente positivista e sofre influência teórico-filosófica de autores como Hurssel, Dilthey, Scheleiermacher, Heidegger e Gadamer, segundo explicitação de Soares (1994). Dilthey concebe a Filosofia da Vida e afirma a historicidade do conhecimento, à qual atrela o pressuposto do pertencimento do ser humano. De acordo com Dilthey, a história é geradora de “*particularidades, de experiências únicas, de sociedades e culturas singulares*” (SOARES, 1994, p. 22). Neste sentido, a essência do ser humano está no seu pertencimento. Esta categoria será mais tarde retomada por Gadamer, que afirma a finitude humana perante o seu pertencimento ao campo da linguagem.

A tese de lingüisticidade é uma contribuição de Heidegger à teoria hermenêutica (CASAL, 1996). A linguagem, ao preceder e suceder ao ser humano, delimita o seu horizonte

interpretativo, inscrevendo-o em uma tradição ou cultura. Situar-se na linguagem e na cultura significa limitar-se, renunciar à completude, à totalidade, à consciência plena, ao absoluto: significa reconhecer o limite da própria reflexividade (SOARES, 1994).

Uma concepção essencial da tradição hermenêutica, referenciada em Hurssel e em Gadamer, é a de que a interpretação do mundo, mesma a científica, se dar a partir de pré-compreensões ou preconceitos, estando, portanto, condicionada a um horizonte específico. As pré-compreensões resultam de um ponto de vista prévio, certamente histórico, e podem ser consideradas como pressupostos da compreensão (CASAL, 1996).

A noção de horizonte implica, por sua vez, em condições de possibilidades de atribuição de sentido à realidade, uma espécie de quadro de referência. A hermenêutica, para autores como Gadamer, resulta exatamente do diálogo estabelecido com as nossas pré-compreensões, determinadas pela tradição que nos constitui enquanto ser de linguagem e que condiciona nosso horizonte. Entretanto, se por um lado a noção de horizonte aponta para limites interpretativos, por outro ela contempla a disponibilidade crítico-criativa, que propicia a incorporação de outras tradições, outras culturas, promovendo-se, então, a *fusão de horizontes* (SOARES, 1994). Este é um dos conceitos pilares da teoria hermenêutica gadameriana. A experiência hermenêutica envolve o encontro entre a historicidade do objeto (o Outro) e a historicidade de seu intérprete. Conforme enuncia Casal (1996, p. 58), “*uma compreensão bem sucedida exige a conjunção, a fusão de dois horizontes: o horizonte do outro, do passado, da tradição; e o horizonte do eu, de cada um, da sua própria experiência no seu presente*”.

A noção de horizonte, portanto, caracteriza-se pela sua abertura e suscetibilidade de incorporar o ainda não-integrado, o novo. Nesta perspectiva, a atividade hermenêutica é construtiva e captadora, ativa e passiva. Percebe-se sempre de algum lugar, situado em algum plano, sediado em alguma cultura. Deste modo, admite-se que a interpretação hermenêutica impõe recortes ao objeto. Como ressalta Soares (1994), percebemos sempre através de um filtro seletivo. Isto acontece porque somos seres históricos, pertencentes à determinada linguagem e tradição, assim, culturalmente marcado, somos finitos. Mas, como já assinalado, a interpretação pode ultrapassar o horizonte primário, fundindo-se a outros horizontes, ampliando-se segundo a imaginação produtiva.

A hermenêutica tem sido marcada pela dialética entre particular e universal, identidade e diferença, sujeito e objeto, pertencimento e distância, parte e todo, entre outros

(SOARES, 1994). A historicidade do homem e dos fenômenos sociais, por exemplo, é determinante da particularidade do conhecimento e de seu objeto. Esta idéia contrapõe-se à factibilidade, à concepção de que a vida se reproduz segundo leis e regras. O pertencimento, por sua vez, situa o intérprete frente ao objeto, oferecendo-lhe um horizonte interpretativo. Todavia, o distanciamento pode possibilitar o ato criativo e crítico e, assim, a fusão de horizontes, ou seja, o encontro dialógico entre tradições e cultura. Quanto à relação dialética entre sujeito e objeto, admite-se, na tradição hermenêutica, que os primeiros não são sempre ativos e que os segundos nem sempre são externos e passivos. Sujeito e objeto, na perspectiva gadameriana, se co-determinam e da fusão de seus horizontes emerge o conhecimento. Desta relação resulta a máxima de que compreender o objeto (o Outro) implica no conhecimento de si mesmo.

Dentre os pares dialéticos, a relação parte-todo é aquela que, sem dúvida, mais tem caracterizado a abordagem hermenêutica. Esta relação encontra-se no cerne da teoria do círculo hermenêutico, sistematizada por Schleiermacher, filósofo, filólogo e teólogo do século XIX. De acordo com esta teoria, a prática hermenêutica envolve a complexa relação entre partes e todo, na qual cada fragmento (parte) tem seu sentido inscrito no todo que a inclui e a determina enquanto fragmento significativo. Por sua vez, o sentido do todo apenas pode ser apreendido a partir da articulação significativa entre os fragmentos (partes) que o constituem (SOARES, 1994; SCHLEIERMACHER, 2006).

A interpretação hermenêutica, de acordo com a referida teoria, resulta de um complexo investimento “*reflexivo, compreensivo e imaginativo*” (SOARES, 1994, p. 24). A circularidade deste empreendimento é emblemática. O ponto de partida é o fragmento da realidade que se apresenta ao aparelho perceptivo de forma tangencial e parcial. Com o propósito de apreender o seu significado, o intérprete elabora interpretações-tentativas ou hipóteses iniciais, aproximativas relativamente à totalidade do objeto. Nesta operação, entrarão em jogo as pré-compreensões, determinadas por sua vez pela tradição em que se situa o intérprete. A elaboração de interpretações-tentativas, projetivas da totalidade, justifica-se pelo fato do sentido de toda parte ser necessariamente relacional, posicional. À medida que outros fragmentos ou partes da realidade se manifestam, a hipótese inicial quanto ao sentido do fragmento anterior em relação à totalidade projetada será reexaminada, podendo ser validada ou não. Em caso de contradição, a hipótese precisará ser reformulada e assim sucessivamente. O movimento interpretativo segue sua circularidade. Em realidade, conforme destaca Soares (1994), trata-se de um empreendimento sempre inconcluso. A compreensão

hermenêutica resulta, enfim, de um recorte da realidade. A totalidade jamais poderá ser apreendida, podendo inclusive vir a se constituir em parte ou fragmento de outra cadeia interpretativa. O círculo interpretativo, portanto, jamais finda, ele é interrompido, tendo em vista os processos dialógicos e os acordos entre os interlocutores virtuais. Na produção científica, o consenso entre pesquisadores quanto à pertinência e a plausibilidade da compreensão de um dado fenômeno social condiciona a interrupção do círculo hermenêutico, ao menos temporariamente.

A teoria hermenêutica acaba por realçar a relevância das relações entre os interlocutores para a produção do conhecimento. Os sujeitos participam do círculo hermenêutico, posicionando-se em relação aos seus objetos mediante operações dialógico-argumentativas. Nestas operações, faz-se necessária a incorporação do princípio da co-determinação entre parte e todo, assim como a co-determinação entre sujeito e objeto. Revela-se, então, a reflexividade da prática hermenêutica: o intérprete precisa incluir a si próprio, ou melhor, a sua própria interpretação, no círculo hermenêutico. Sujeito e objeto se encontram e se co-determinam, fazendo fundir seus horizontes e produzindo o conhecimento.

Para Casal (1996), a inseparabilidade entre o objeto e o ato do conhecimento situa-se no cerne da problemática geral da hermenêutica. A compreensão resulta da atribuição de sentidos, sendo estes captados através de signos oferecidos pela linguagem. Sentido e linguagem são constitutivos do mundo e, ao mesmo tempo, constitutivos do conhecimento do mundo. Nesta perspectiva, o autor admite ser o mundo hermenêutico, constituído de sentido e de linguagem, o objeto privilegiado da hermenêutica. Este mundo apresentaria dois tipos de objeto: objetos simbólicos passados (textos, instituições, saberes, tradições, obras, etc) e objetos simbólicos presentes (discursos, opiniões, representações, linguagens, comportamentos, etc). Os sentidos de ambos os objetos apenas podem ser apreendidos mediante processos compreensivos, pela via própria da linguagem, que funciona como suporte privilegiado de toda interpretação, tendo em vista que situa intérprete e interpretado em um horizonte comum e partilhado.

Nesta discussão sobre produção hermenêutica do conhecimento, Casal (1996, p. 50), aproximando-se da perspectiva gadameriana, afirma ser esta essencialmente dialógica: “*o dispositivo metodológico essencial é o diálogo, diálogo entre indivíduos, diálogo entre observador e observado, diálogo entre interpretado e intérprete, independente da temporalidade de cada objeto*”. A partir do diálogo opera-se a *fusão de horizontes*. Em consequência, o sentido apreendido é sentido compartilhado entre sujeito e objeto, intérprete e

interpretado. Pode-se depreender desta premissa que a interpretação hermenêutica implica na produção intersubjetiva do conhecimento.

O debate em torno da aplicação metodológica da hermenêutica é permeado pela multiplicidade de tradições teóricas. Para Soares (1994), que se posiciona entre as tradições gadamerianas, a hermenêutica não pode ser confundida com um método, seu caráter não é instrumental. Gadamer, como recorda-nos Casal (1996), assumiu, no desenvolvimento da teoria hermenêutica, uma postura antimetodológica, debruçando-se em torno da questão da compreensibilidade: “*como é possível a compreensão, que é a compreensão?*” (CASAL, 1996, p. 57). Neste sentido, Soares (1994) refere Scheleimarcher para destacar que a hermenêutica compreende um problema relevante em si mesma, vislumbrando nesta premissa a contribuição da hermenêutica para as ciências sociais e humanas. Por conseguinte, assinala que “*cumprir à hermenêutica explorar a estrutura essencial do ato de interpretação, refletir sobre as suas condições de possibilidade, seus limites e as extraordinárias implicações derivadas da compreensão dessa estrutura e desse processo*” (SOARES, 1994, p. 14). Em outras palavras, a hermenêutica consistiria essencialmente numa prática reflexiva do próprio ato interpretativo.

A despeito das intenções de Gadamer, os seus pressupostos teórico-filosóficos não deixaram de proporcionar o desenvolvimento de uma metodologia hermenêutica no campo das ciências sociais e humanas. O próprio Soares (1994) acaba por esboçar um percurso metodológico ao destacar que a interpretação envolve com frequência quatro componentes fundamentais: a) as pressuposições (pré-compreensões ou preconceitos) oferecidas pela tradição e que compõem nosso horizonte interpretativo; b) a tradição a partir da qual dialogamos com o objeto interpretado; c) os instrumentos metodológicos que distinguem a hermenêutica ordinária, da vida cotidiana, da interpretação para a produção de conhecimento científico; e d) a imaginação produtiva que instaura a reflexão crítica, de forma que a projeção das pré-compreensões não restrinja a atividade interpretativa em mera reiteração da tradição.

Em relação às contribuições metodológicas da teoria hermenêutica, Casal (1996) atribui a Paul Ricoeur o importante papel de fazer avançar a metodologia da interpretação, com considerável repercussão para o campo das ciências sociais e humanas, notadamente a antropologia interpretativa. Para tanto, Ricoeur assume como referência a própria reflexão teórico-filosófica de Gadamer. Em sua proposta teórico-metodológica, o autor se contrapõe aos pressupostos de Dilthey e Schleiermacher quanto à apreensão da intencionalidade do autor, ao que trata como equívoco de “*pretender compreender um autor melhor do que ele a*

si mesmo compreendeu” (RICOUER apud CASAL, 1996, p. 63). O investimento teórico de Ricouer será na busca de modos de objetivação dos processos lingüísticos.

A metodologia hermenêutica, segundo Ricouer (1989, p. 141), assume como objeto o texto, ou o discurso escrito, que define como “*todo o discurso fixado pela escrita*”. A fixação do discurso preserva-o, uma vez que todo enunciado oral caracteriza-se pela sua transitoriedade, tendendo a desaparecer. Por outro lado, admite-se que a fixação do discurso garante mais do que a sua mera preservação, ela afeta a sua função comunicativa (RICOUER, 1976).

Outra consequência da fixação do discurso é a transformação da situação dialógica caracterizada pelo encontro face a face entre os sujeitos da conversação. Deste modo, a intenção do autor e a significação do texto dissociam-se. O resultado é a autonomia semântica do texto, passando a prevalecer o “*dito como tal*” (RICOUER, 1976, p. 21). Em outras palavras, o que o texto significa interessa mais do que o autor quis dizer ao enunciá-lo ou escrevê-lo. A autonomia semântica do texto é um conceito chave para a hermenêutica, segundo Ricouer (1976). A autonomia não implica em perda de referências do texto, que “*permanece um discurso dito por alguém, dito por alguém a mais alguém acerca de alguma coisa*” (RICOUER, 1976, p. 42). A autoria do texto, entretanto, figura como uma de suas dimensões. Não estando mais presente na situação de produção do texto, o autor já não pode ser interrogado pelo leitor ou intérprete. Por outro lado, o texto caracteriza-se pela sua abertura a leitores indefinidos capazes de múltiplas interpretações. Nesta possibilidade situa-se a dialética da autonomia semântica do texto: “*a hermenêutica começa onde o diálogo acaba*” (RICOUER, 1976, p. 43). É deste modo que a interpretação pode objetivar-se (CASAL, 1996).

A exterioridade do discurso fixado em texto repercute, ainda, no distanciamento entre autor e leitor. As referências do texto já não são limitadas à situação de diálogo face a face, fazendo possível o acesso ao mundo por intérpretes indefinidos, tendo em vista que a fixação do discurso possibilita a transcrição do mundo: “*compreender ou interpretar um texto consistirá, então, em confrontá-lo com todas as significações possíveis*” (CASAL, 1996, p. 64). Nesta perspectiva, Ricouer (1976) afirma ser a exterioridade uma condição necessária à hermenêutica, via processos de distanciamento. Ao distanciar-se do autor, o texto pode aproximar-se do leitor ou intérprete, abrindo-se assim, segundo Casal (1996), a novos horizontes referenciais. A apreensão de sentidos envolve o apropriar-se do que é alheio,

estranho, não-familiar. Esta é a essência da dialética distanciação/ apropriação, manifesta na interpretação hermenêutica.

3.2. Contexto e planejamento da pesquisa

O presente estudo de caso consiste em um desdobramento da pesquisa “*Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil*”, desenvolvida, entre 2006 e 2008, pelo Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental (NISAM-ISC-UFBA) sob a coordenação da Professora Dra. Mônica de Oliveira Nunes e financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)³⁶. Apresentando como objetivos gerais (1) Avaliar o sistema de atenção à saúde mental nos Estados da Bahia e Sergipe tomando como referência os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, nas suas multidimensões que refletem valores dos usuários, das famílias, dos profissionais e dos gestores; e (2) Compreender quais são e como funcionam os recursos produzidos nos CAPS para articular experiências, produzir subjetividades e incluir os sujeitos na rede social, a pesquisa contou com a participação de doze serviços, de distintas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad³⁷, em sete municípios da Bahia e na capital de Sergipe.

A pesquisa alinha-se a uma vertente de produção de investigação avaliativa no campo da saúde mental que privilegia a triangulação de dados e de fontes de evidências a partir da confrontação do ponto de vista dos distintos atores sociais envolvidos na construção dos serviços e da rede de atenção em saúde mental – usuários, familiares, profissionais, gestores e comunidade (MINAYO, 1991, 2005; FURTADO, 2001; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006; FURTADO e CAMPOS, 2008). Para além da produção de conhecimento científico acerca de uma dada realidade, almeja-se, nesta perspectiva, a construção de indicadores qualitativos e quantitativos sensíveis e pertinentes à avaliação dos serviços substitutivos de saúde mental. Do ponto de vista ético e político, estas investigações avaliativas no campo da saúde mental têm almejado produzir subsídios para a melhoria da efetividade da gestão e da assistência, com o aprimoramento de saberes e práticas de saúde e a promoção dos direitos de cidadania da população assistida.

³⁶ Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde 07/2005. Processo N. 554525/2005-4.

³⁷ Os CAPS se diferenciam pelo porte (tamanho do equipamento), pela capacidade de atendimento (diversidade de profissionais e das atividades terapêuticas), pela especificidade da clientela atendida. O CAPSi é especializado na atenção a crianças e adolescentes com transtornos mentais e o CAPSad na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Para o desenvolvimento da referida pesquisa, foi constituída uma equipe de pesquisadores extensa e interdisciplinar. Estava dada a primeira condição para o exercício do círculo hermenêutico: a diversidade de pré-compreensões acerca do objeto de investigação, decorrente de inserções dos pesquisadores em distintas tradições disciplinares³⁸ e horizontes interpretativos. A construção dos instrumentos de coleta de dados e o planejamento do trabalho de campo realizaram-se coletivamente, estando referenciados em revisão bibliográfica, resultados de pesquisas anteriores desenvolvidas pelo grupo de pesquisa e por experiências profissionais de alguns pesquisadores no contexto da gestão e da assistência em serviços substitutivos de saúde mental. A revisão bibliográfica empreendida pelo coletivo, nesta fase de planejamento da pesquisa, contemplou o movimento pela reforma psiquiátrica no plano internacional e nacional, as diretrizes da política brasileira de saúde mental e alguns conceitos considerados relevantes para a compreensão de uma rede assistencial em saúde mental de base comunitária e articulada com outros recursos sociais e de saúde existentes no território.

A construção dos instrumentos de coleta de dados foi permeada por situações de diálogos precipitadas pelo confronto de pré-compreensões e a necessária negociação da diversidade de interesses no interior do grupo de pesquisa, resultando em fusão de horizontes disciplinares e em pré-compreensões coletivamente consensuadas acerca do objeto investigado. A negociação quanto às estratégias de trabalho de campo orientou a elaboração de um “*manual de campo*”, que sistematizava as orientações quanto às atividades a serem desenvolvidas por subgrupos de pesquisadores nos serviços pesquisados. Este *manual* reunia, ainda, todos os roteiros construídos para consulta e análise de documentos institucionais, observação direta, entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e aplicação de instrumentos estruturados³⁹.

A pesquisa estruturou-se segundo duas fases: uma semi-intensiva e outra intensiva. A primeira caracteriza-se pela aplicação de instrumentos estruturados e semi-estruturados quantitativos e qualitativos a gestores, profissionais, familiares, usuários e pessoas da comunidade (vizinhança dos serviços estudados). Dos doze serviços participantes da pesquisa, em nove a pesquisa restringiu à fase semi-intensiva, cujo trabalho de campo teve duração

³⁸ A equipe de pesquisa contava com pesquisadores, mestrandos, doutoranda e bolsistas de iniciação científica com formação em psiquiatria, antropologia, ciências sociais, psicologia, terapia ocupacional.

³⁹ Foram aplicados instrumentos estruturados para avaliação dos serviços em termos de infra-estrutura, processos e resultados. Estes instrumentos foram respondidos por gestores, profissionais, familiares e usuários. Como estes instrumentos não integrarão o *corpus* de análise do presente estudo, a sua descrição detalhada não constituirá objeto deste trabalho.

média de duas semanas. Para a fase intensiva, de natureza etnográfica, estava inicialmente prevista a participação de dois CAPS II de municípios distintos do Estado da Bahia, tendo sido incluído, no decorrer da investigação, o terceiro serviço: o CAPSad, unidade de análise do presente estudo de caso. O trabalho de campo nesta segunda fase estendeu-se pelo período mínimo de seis meses.

Para o trabalho de campo, foram compostas equipes de dois a três pesquisadores, sendo um responsável pela coordenação da pesquisa local. Nesta composição, considerou-se tanto o nível de experiência do pesquisador com a atividade de pesquisa de campo quanto à diversidade de formação e trajetórias profissionais. Com o início do trabalho de campo, o diálogo, este exercício essencial à interpretação e compreensão do objeto investigado, até então circunscrito às reuniões do grupo de pesquisa em torno das atividades de planejamento e construção dos instrumentos de coleta de dados, disseminou-se, por outros espaços. Este contexto inicial foi preservado, mantendo-se a periodicidade semanal dos encontros ampliados, mas foram se configurando espaços de diálogo entre os integrantes dos subgrupos de pesquisadores sobre seus respectivos campos empíricos de trabalho. Estava dada outra condição do círculo hermenêutico para a produção de conhecimento: a relação entre as partes, relativa aos campos empíricos singulares, e o todo, o projeto de pesquisa que os agregava. Nesta perspectiva, a discussão do trabalho de campo em desenvolvimento no âmbito de serviços distintos mostrou-se de grande riqueza para a elaboração de interpretações-tentativas para a compreensão das partes, da relação entre as partes e de interpretações aproximativas do todo. A cada encontro semanal, a reflexão sobre os dados que estavam sendo produzidos a partir dos trabalhos de campo então contribuía para o fortalecimento ou a invalidação destas interpretações-tentativas, seja sobre as partes seja sobre a totalidade em investigação.

O trabalho de campo instituiu, ainda, outros processos dialógicos. No contexto dos serviços estudados, o diálogo era estabelecido entre os pesquisadores, mas, sobretudo, entre estes e os sujeitos da pesquisa – gestores, profissionais, familiares, usuários, comunidade. O diálogo, mediado por instrumentos de coleta de dados, vislumbrou aproximar horizontes interpretativos da realidade, de tal forma e intensidade que permitisse a sua *fusão*, implicando em compartilhamento de sentidos acerca do objeto investigado. Apesar das orientações pactuadas para o trabalho de campo, documentadas no “ *manual de campo*”, e dos instrumentos metodológicos construídos, a imersão no campo empírico demandou a cada subgrupo de pesquisadores adaptação e flexibilidade, tendo em vista particularidades de cada serviço e/ou município estudado. Assim, a condução da pesquisa garantiu oportunidades de

reflexão crítica *em e sobre* cada contexto singular de pesquisa, conferindo-lhe, ao mesmo tempo, observância ao rigor metodológico e à inventividade criativa.

3.3. O trabalho de campo no CAPSad: o “Estar lá”

Dentre os CAPS participantes da pesquisa “*Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil*”, dois são da modalidade CAPSad, ambos localizados na capital dos Estados contemplados pela investigação. O presente estudo de caso assume como unidade de análise o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Pernambués – Salvador/Bahia. O trabalho de campo neste serviço teve duração de quinze meses, sendo iniciado em janeiro de 2007 sob condução de duas pesquisadoras do NISAM – uma doutoranda e uma mestranda⁴⁰ do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ISC-UFBA). A primeira pesquisadora, que assumia a responsabilidade pela coordenação do trabalho de campo neste serviço, havia tido sua primeira aproximação com a realidade dos serviços substitutivos de saúde mental proporcionada pela pesquisa, através da coordenação do trabalho de campo em um CAPS II no interior do Estado da Bahia. A segunda pesquisadora apresentava experiência profissional pregressa em um serviço substitutivo de saúde mental e havia integrado a dupla de pesquisadores responsável pela coleta de dados no segundo CAPSad participante da pesquisa. A partir destes pertencimentos das pesquisadoras e seus horizontes interpretativos, deu-se início um processo dialógico entre estas e os sujeitos da pesquisa, sobretudo, gestores e profissionais, tendo em vista a definição das condições de entrada em campo. A realização da pesquisa no serviço havia sido previamente autorizada pela coordenação estadual de saúde mental⁴¹ e pela coordenação geral do serviço por ocasião da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

O primeiro contato com a instituição para o início do trabalho de campo consistiu em uma reunião com a sua coordenação geral para apresentação das pesquisadoras e discussão do projeto de pesquisa, com ênfase em seus objetivos e estratégias metodológicas. Uma versão impressa deste documento foi entregue à instituição.

⁴⁰ Esta pesquisadora participou do trabalho de campo entre janeiro e março de 2007. Outros dois pesquisadores do NISAM colaboraram com a coleta de dados entre abril e outubro de 2007 e entre julho de 2007 e abril de 2008, respectivamente.

⁴¹ O CAPSad estudado encontra-se sob gestão estadual.

Após a reunião com a coordenação geral do CAPSad, foi agendada uma apresentação das pesquisadoras e do projeto de pesquisa em uma reunião de sua equipe multiprofissional. Este procedimento foi descrito como uma *rotina* da instituição, estabelecida em virtude da solicitação crescente para abertura de campo de pesquisa no serviço⁴². Acrescentou-se, ainda, que a aceitação quanto à participação do serviço nesta e em outra pesquisa dar-se-ia após apreciação da proposta pela equipe do serviço. Dentre os critérios de apreciação dos projetos de pesquisa pelos profissionais, enfatizaram-se as questões metodológicas e a observância dos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Havia registro de propostas de pesquisa não consentidas pela instituição.

Na reunião de equipe do CAPSad, que contou com a participação de gestores, profissionais de nível universitário e nível médio, o projeto foi apresentado e discutido, oferecendo-se o esclarecimento das questões suscitadas. Dentre as questões levantadas destaca-se aquela referente aos critérios de inclusão dos CAPS no Estado da Bahia para a fase intensiva da pesquisa, delineando-se uma expectativa quanto uma possível participação do serviço nesta fase. Feito os esclarecimentos, a equipe do CAPSad manifestou seu parecer favorável à realização da pesquisa no serviço, ressaltando a importância da devolução dos resultados obtidos como oportunidade de reflexão acerca de suas práticas e de seu aperfeiçoamento. Assim, pactuou-se a devolução dos resultados, ainda que parciais, como um compromisso da pesquisa. Outro acordo foi quanto à participação da equipe na condução do processo de coleta de dados mediante estratégia permanente de discussão, tomada de decisão compartilhada e acompanhamento das atividades de pesquisa mediante apresentação de relatórios mensais. A coordenação de docência constituiu-se como a principal interlocutora do serviço com a equipe de pesquisadores. Ao longo de todo o trabalho de campo, o contato com a coordenação geral do CAPSad, as suas coordenações de ações específicas e demais profissionais manteve-se freqüente, com a discussão em torno dos procedimentos de coleta de dados e esclarecimento de eventuais questões.

A disponibilidade dos pesquisadores para o diálogo com os sujeitos da pesquisa e a flexibilidade às condições por estes apresentadas ao desenvolvimento do trabalho de campo – apresentar e discutir o projeto com toda a equipe, submeter-se à avaliação do mesmo sabendo que a equipe tinha o poder de decidir favoravelmente ou não à sua realização, manter o serviço ciente de todos os procedimentos adotados em campo e contar com o consentimento

⁴² Foram especialmente mencionadas propostas para Trabalhos de Conclusão de Curso de graduação e especialização. Ao longo do trabalho de coleta de dados, observou-se a entrada em campo de pesquisadores de outros três projetos de pesquisa no serviço.

da coordenação geral, coordenações de ações específicas e dos profissionais em geral – demandou plasticidade metodológica. A fase semi-intensiva, cuja duração prevista era de duas semanas em média, no CAPSad Pernambués realizou-se entre janeiro e setembro de 2007.

As condições colocadas pelo serviço, por vezes, pareciam-nos rígidas e mesmo contraditórias. Se, por um lado, declarava-se o entusiasmo em participar da pesquisa, o *controle* exercido sobre os pesquisadores e seu trabalho de campo, por outro, afigurava-se como uma espécie de velamento, obstáculo ao acesso às informações relativas ao serviço e sua clientela. A persistência, então, revelou-se uma importante habilidade dos pesquisadores em campo. Em realidade, havia uma reciprocidade na observação e no esforço de compreensão entre os atores – pesquisadores e sujeitos da pesquisa. Enquanto aqueles se empenhavam em reunir os primeiros dados sobre o objeto investigado, eram igualmente observados e, por que não dizer, avaliados pelos atores do serviço quanto à sua credibilidade. Assim, da entrada em campo ao “*estar lá*”, descrito por Geertz (2002) como o efetivo encontro entre o pesquisador com o Outro investigado, o qual implica em autorização à participação do pesquisador em seu mundo, percorreu-se um longo e essencial caminho, sem o qual não teria sido possível superar as barreiras à compreensão significativa deste Outro e sua realidade cultural.

3.3.1. Fase semi-intensiva

A coleta de dados no CAPSad Pernambués realizou-se em duas etapas. A primeira, relativa à fase semi-intensiva, caracteriza-se pela adoção de instrumentos semi-estruturados e estruturados de coleta de dados. Foi iniciada em janeiro de 2007 e finalizada no mês de setembro, sobrepondo-se, assim, nos últimos três meses à fase intensiva. Além do nível de estruturação dos instrumentos de coleta de dados, esta primeira fase da pesquisa distingue-se pelo nível de participação dos pesquisadores no cotidiano do serviço estudado. Nesta perspectiva, a primeira fase da pesquisa representou um tempo e uma oportunidade de construção de relações de proximidade, confiança e cumplicidade entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa, o que contribuiu, por sua vez, para uma imersão gradativa no campo empírico (LEITE e VASCONCELLOS, 2007).

Quanto às estratégias de coleta de dados, a fase semi-intensiva compreende a realização de entrevistas semi-estruturadas, grupos focais, observação direta e análise de documentos. Com esta combinação de técnicas de coleta de dados, buscou-se a

complementaridade das fontes de evidências e o confronto do ponto de vista dos diferentes sujeitos da pesquisa, os quais, por sua vez, eram confrontados continuamente com as pré-compreensões dos pesquisadores em campo, suscitando novas indagações acerca da problemática do consumo de álcool e outras drogas e do modelo de atenção à saúde no contexto do CAPSad.

Entrevistas semi-estruturadas com gestores

As entrevistas foram agendadas logo após a aceitação do serviço em participar da pesquisa, sendo realizadas entre janeiro e fevereiro de 2007. Foram entrevistados profissionais responsáveis pela coordenação estadual de saúde mental, pela coordenação geral e pelas quatro coordenações de ações específicas do CAPSad. As entrevistas ocorreram nos contextos de trabalho dos entrevistados, em data e horário de sua conveniência, em ambiente protegido de interrupções externas. Os objetivos da pesquisa e de cada entrevista foram sucintamente apresentados antes do início de cada entrevista, explicitando-se, ainda, a voluntariedade da participação, a confidencialidade das informações e o anonimato dos sujeitos. Todos os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebendo uma cópia deste documento. As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração entre 40 a 90 minutos. A exceção de uma entrevista com coordenação específica do CAPSad, todas as demais foram conduzidas por uma dupla de pesquisadores, o que acabou por propiciar uma oportunidade de ampliação da escuta e de enriquecimento da própria interação dialógica, haja vista a diversidade de pertencimentos e de horizontes interpretativos dos sujeitos participantes do encontro.

As entrevistas realizadas com gestores caracterizam-se semi-estruturadas pela adoção de um roteiro com tópicos a serem abordados e aprofundados durante a interação entre entrevistadores e entrevistados (GASKELL, 2003; BRITTEN, 2005; MINAYO, 2006). Este roteiro contemplou os seguintes tópicos: o processo de implementação do CAPSad, os avanços e as dificuldades correlatas; a configuração da rede local de atenção à saúde mental (relação do CAPSad com outros dispositivos sociais e de saúde existentes no seu território de atuação); a relação do CAPSad com a comunidade e o acesso dos usuários ao serviço; trabalho interdisciplinar; organização das práticas de cuidado no contexto do serviço e no território; o desenvolvimento de ações orientadas para a inclusão social e o enfrentamento de preconceito e estigma; a participação das famílias no projeto do CAPSad; as mudanças na

vida dos usuários atribuíveis ao cuidado recebido no CAPSad; entre outros tópicos emergentes da interação dialógica entre entrevistadores e entrevistados e da observação inicial realizada no contexto do serviço.

A primeira entrevista foi realizada com a coordenação geral do CAPSad. Esta entrevista ofereceu subsídios para a tomada de decisão quanto à realização de entrevistas individuais com os quatro profissionais da equipe que assumiam o papel de coordenação de ações específicas no serviço, tendo em vista o aprofundamento da compreensão quanto ao seu modelo de gestão e a organização dos processos de trabalho. A entrevista com a coordenação estadual de saúde mental teve por objetivo compreender a política de saúde mental no cenário da Bahia, com foco no processo de implementação do CAPSad estudado – um dos três serviços substitutivos de saúde mental sob gestão estadual em funcionamento no município de Salvador.

Grupos focais com profissionais

A abordagem aos profissionais que compõem a equipe do CAPSad efetuou-se mediante a técnica de grupo focal. Tratando-se de uma equipe ampliada – o que foi possível dimensionar na reunião para a apresentação do projeto de pesquisa –, optou-se por dividir os profissionais em dois agrupamentos de tal forma a estabelecer certo grau de homogeneidade entre os grupos e de heterogeneidade interna dos mesmos, considerando-se para tanto a ocupação profissional dos sujeitos⁴³. Em virtude da extensão do roteiro elaborado para o grupo focal com profissionais, este foi realizado em dois encontros. Este planejamento resultou em duas sessões de grupo focal com cada agrupamento de profissionais, totalizando quatro sessões.

O horário para a realização dos grupos focais foi definido dentro da programação da reunião semanal de equipe técnica, que conta com a participação de profissionais de nível universitário e nível médio. A primeira sessão do grupo focal com os dois agrupamentos de profissionais foi realizada simultaneamente em duas salas do CAPSad, sob coordenação das pesquisadoras responsáveis pelo trabalho de campo no serviço. Outros dois pesquisadores do NISAM foram convidados a participar da atividade na condição de observadores externos, atuando no manuseio do gravador, no registro de dados dos participantes (idade, profissão,

⁴³ O tamanho dos grupos acabou sendo condicionado pela dimensão dos espaços físicos utilizados para as sessões de grupo focal, atentando-se, na distribuição realizada apenas minutos antes da primeira sessão, para uma boa acomodação dos participantes da atividade.

nível de escolaridade, vínculo empregatício), sua disposição no espaço da sala e outras observações contextuais relevantes.

Para a primeira sessão de grupo focal, foi reservado um horário no início de uma reunião da equipe no mês de fevereiro de 2007. A segunda sessão do grupo focal seguiu a mesma distribuição dos profissionais por agrupamentos que a primeira, sendo realizada em um horário reservado ao final de uma reunião da equipe no mês de março de 2007. Assim, cada sessão de grupo focal teve duração média de uma hora. Os profissionais participantes dos grupos focais assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, havendo sido entregue uma cópia do documento aos dois grupos.

A coordenação geral do CAPSad não participou dos grupos focais, acatando uma sugestão das pesquisadoras, tendo em vista evitar possíveis inibições na participação dos demais profissionais. Os quatro coordenadores de ações específicas, por sua vez, foram distribuídos entre os dois grupos de profissionais – dois em cada agrupamento – em razão de sua atuação na assistência. A descrição da composição dos agrupamentos dos profissionais participantes dos grupos focais encontra-se no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 – Agrupamentos dos profissionais do CAPSad Pernambués para participação nos Grupo Focais

| | Agrupamento 01 | Agrupamento 02 |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grupos Focais com Profissionais CAPSad | 01 Psicóloga 01 Médica Psiquiatra 01 Assistente Social 01 Auxiliar Administrativo 01 Técnico de Enfermagem 01 Enfermeira 01 Redutor de Danos 01 Terapeuta Ocupacional | 03 Psicólogas 01 Assistente Social 03 Auxiliares Administrativos 01 Técnico de Enfermagem 01 Redutor de Danos 01 Oficineiro 01 Arte-terapeuta 01 Terapeuta Corporal 01 Terapeuta Ocupacional |
| Total de participantes | 08 | 13 |

O roteiro dos grupos focais com os profissionais contemplou os seguintes tópicos:

a) *primeira sessão* – trajetórias profissionais e atuação no CAPSad; recepção e acolhimento; participação das famílias no CAPSad; planejamento das atividades, grupos e oficinas terapêuticas; profissional de referência; projeto terapêutico individual; dificuldades e

desafios vivenciados no desenvolvimento das atividades e estratégias de enfrentamento; abordagens de casos graves ou em crise; critérios de alta;

b) *segunda sessão* – visita domiciliar, articulação do CAPSad com outros dispositivos sociais e de saúde existentes no território; relação do CAPSad com os níveis gestores de saúde e da área de saúde mental; inclusão social; estratégias para enfrentamento de estigma e preconceito.

Os grupos focais foram conduzidos de forma a promover uma discussão entre os profissionais em torno dos tópicos propostos. Nesta condução, buscou-se estimular a interação dialógica entre os participantes, o relato de situações concretas vivenciadas no serviço, a manifestação de distintos pontos de vista, complementaridade de discursos e/ou exploração de divergências (GASKELL, 2003; KITZINGER, 2005; MINAYO, 2006). Para além da abordagem dos tópicos propostos, a dinâmica dos grupos focais propiciou a observação do posicionamento dos profissionais e das relações estabelecidas entre eles. Os dados emergentes de entrevistas com gestores e da observação inicial realizada no serviço subsidiaram o aprofundamento dos tópicos, confrontando os diversos discursos em torno dos mesmos.

Grupo focal com familiares

O planejamento da sessão de grupo focal com familiares contou com a colaboração dos profissionais responsáveis pela coordenação do Grupo de Família, uma atividade do CAPSad. Os objetivos desta técnica de coleta de dados e a viabilidade de participação dos familiares que freqüentavam o Grupo de Família em um grupo focal foram previamente discutidos com os referidos profissionais. A proposta foi considerada viável, tendo em vista que atividade semelhante já havia sido realizada no mesmo espaço para fins de pesquisa. Para o planejamento do grupo focal, as pesquisadoras levaram em consideração o número de familiares participantes e a heterogeneidade da composição do grupo. O convite para o grupo focal com familiares foi realizado pelos profissionais, com uma semana de antecedência, durante o encontro do Grupo de Família, sendo explicitado que esta participação era facultativa e que a atividade teria duração média de duas horas.

Participaram do grupo focal nove familiares, que aceitaram ao convite comparecendo ao serviço no dia e horário agendados. Entre estes, encontravam-se seis mães, duas irmãs e um pai de usuários inscritos para atendimento no serviço. A idade dos participantes variou

entre 44 a 70 anos e o nível de escolaridade entre o analfabetismo ao ensino superior completo com pós-graduação.

A sessão de grupo focal com familiares foi realizada, em março de 2007, na mesma sala de encontro semanal dos participantes, sem a presença dos profissionais que os acompanham e de forma protegida de interrupções externas. A atividade foi iniciada com a apresentação das pesquisadoras e dos objetivos da pesquisa e do grupo focal, sendo explicitado que a participação na atividade era facultativa e que os sujeitos poderiam vir a retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Informou-se, ainda, sobre a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido coletivamente, com uma familiar se voluntariando para a leitura em voz alta. Esta leitura foi seguida de esclarecimento de algumas questões que versaram sobre a repercussão dos resultados da pesquisa. Nesta direção, o discurso dos familiares revelava-se afinado com aquele observado entre os profissionais, ressaltando a importância da devolução dos resultados obtidos à instituição como forma de contribuir para o seu aperfeiçoamento. Ao final desta discussão inicial, que teve duração de 30 minutos, todos assinaram o documento consentindo a participação na pesquisa e a gravação em áudio da discussão subsequente. Uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos participantes do grupo focal. O documento constava de número de contato com o grupo de pesquisadores.

Assim como o grupo focal com profissionais, a condução do grupo focal com familiares buscou estimular a interação dialógica entre os participantes, o relato de situações concretas vivenciadas e a emergência de distintos pontos de vista sobre os tópicos propostos. Estes contemplaram: a relação dos familiares com o CAPSad; a trajetória terapêutica do integrante da família atendido no CAPSad; compreensões sobre o consumo de álcool e outras drogas; percepção de diferenças entre o CAPSad e outros recursos terapêuticos; estratégias do CAPSad para a promoção da inclusão social; atividades desenvolvidas pelo CAPSad; o cuidado a usuários de álcool e outras drogas no contexto da família; relações de suporte social; preconceito e estigma; participação da família no CAPSad; mudanças na vida do usuário atribuíveis ao cuidado recebido no CAPSad; expectativas em relação ao tratamento demandado; entre outros tópicos emergentes da interação entre pesquisadoras e participantes.

De acordo com Gaskell (2003), a organização de grupo focal tem tradicionalmente reunido pessoas desconhecidas entre si, mas em algumas situações a familiaridade entre os participantes pode representar uma vantagem. Esta última condição parece aplicar-se

perfeitamente ao grupo focal com familiares de usuários de álcool e outras drogas. No decorrer da discussão, fez-se evidente o quanto o tema constitui um tabu, uma questão difícil de ser abordada na rede social, mesmo no contexto da própria família. Neste sentido, a mediação feita pelos profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos familiares na instituição para o encontro destes com as pesquisadoras mostrou-se de grande relevância para a qualidade da relação estabelecida, cuja confiança – talvez maior no serviço do que nas próprias pesquisadoras – propiciou uma discussão envolvente, com a participação ativa de todos os sujeitos. O grupo focal teve duração de duas horas e foi encerrado com uma pequena confraternização de agradecimento.

Observação direta

A realização das entrevistas com gestores e dos grupos focais com profissionais e familiares ao longo dos três primeiros meses de trabalho de campo no CAPSad Pernambués proporcionou uma presença ainda pontual das pesquisadoras no serviço. O comparecimento destas ao serviço era previamente agendado e restrito aos horários definidos para a discussão ou condução das atividades de coleta de dados. No mês de abril de 2007, deu-se início uma observação direta mais sistemática, com a presença dos pesquisadores⁴⁴ ampliando-se para alguns turnos da semana. Este aprofundamento na entrada em campo demandou muita sutileza e sensibilidade dos pesquisadores, o desconforto de alguns profissionais com o *olhar* destes atores externos mostrava-se patente. Nesta etapa do trabalho de campo, as regras propostas pelos profissionais para o desenvolvimento das atividades da pesquisa apresentaram-se mais acentuadas. O controle sobre estas atividades era exercido mediante questionamentos constantes sobre o objetivo da presença do pesquisador no serviço e a solicitação dos relatórios mensais de descrição das atividades realizadas.

A observação direta acabou sendo propiciada por duas estratégias: a aplicação de um instrumento estruturado aos usuários e a leitura de documentos institucionais. Em relação ao instrumento – que também teve uma versão aplicada à coordenação do serviço e a seus profissionais e não integra o *corpus* de análise do presente estudo de caso –, considera-se que

⁴⁴ Em abril de 2007, a equipe de pesquisa no CAPSad Pernambués passou por uma mudança. Com a saída de uma das pesquisadoras que deu início ao trabalho de campo, um novo pesquisador do NISAM foi integrado. Este apresentava experiência profissional em serviços substitutivos de saúde mental e especialização na área. A sua entrada em campo foi mediada pela pesquisadora coordenadora do trabalho de campo no serviço, que o acompanhou nos primeiros turnos de sua participação na pesquisa e o apresentou ao serviço e seus profissionais. Feita a sua ambientação, os dois pesquisadores passaram a alternar-se entre turnos de presença e observação no serviço.

acabou desempenhando um importante papel para aproximações sucessivas e a construção gradativa de vínculo com os atores do serviço. A aplicação deste instrumento foi discutida com a coordenação de docência e com a coordenação clínica do serviço, as quais definiram que antes da abordagem dos usuários sorteados os pesquisadores deveriam dirigir-se aos respectivos técnicos de referência, os quais, por sua vez, teriam que ponderar sobre a condição do usuário em participar da pesquisa⁴⁵. Caso o parecer do técnico de referência fosse favorável, caberia a este informar previamente ao usuário sobre a pesquisa em desenvolvimento no serviço, verificar sua disponibilidade em desta participar e, por fim, mediar o encontro entre o usuário e o pesquisador. Com esta dinâmica instituída, ao que se acresce a significativa rotatividade de usuários na instituição, a aplicação do questionário a 30 usuários iniciada em abril apenas foi concluída em setembro de 2007.

A observância aos acordos firmados entre a equipe do serviço e os pesquisadores favoreceu o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito. Por vezes, havia o questionamento sobre atrasos no cronograma da coleta de dados, a resposta assinalava a disponibilidade dos pesquisadores e sua capacidade de adaptação à dinâmica do serviço: *o tempo da pesquisa é o tempo do serviço*, afirmávamos.

A situação em torno da aplicação dos questionários aos usuários acabou por justificar a presença dos pesquisadores principalmente em dois espaços do serviço: a sala da equipe técnica e a sala de recepção. A primeira constituía o espaço de encontro com os profissionais para a abordagem sobre a participação dos usuários, oportunidade em que se buscava aprofundar a interação mostrando-se interesse pelas atividades desenvolvidas por cada profissional. Na sala da recepção, aguardava-se pela disponibilidade dos usuários sorteados, presentes no serviço, em responder ao questionário. Enquanto isto, observavam-se o espaço e as relações ali estabelecidas – a recepção e o acolhimento de quem chega ou de quem liga ao serviço, a relação entre usuários e profissionais, a relação entre os usuários, as interações entre familiares e acompanhantes na sala de espera, etc.

⁴⁵ Os técnicos de referência dos usuários sorteados foram consultados individualmente acerca da participação do usuário e de sua família na pesquisa. Dos 40 primeiros usuários sorteados, apenas 22 tiveram apreciação favorável da equipe quanto à participação na pesquisa. Entre os argumentos de exclusão predominaram a condição clínica caracterizada como crise, a interrupção da frequência do usuário ao serviço, o arquivamento do prontuário e a concessão de alta. Em relação à abordagem da família, a principal observação dos técnicos foi quanto ao não atendimento desta no CAPSad. Também foram consideradas situações de conflito, de ausência de vinculação familiar ou da família residir em outra cidade. Outra indicação dos profissionais para a não abordagem da família pela pesquisa deu-se devido ao fato desta não ter conhecimento de que o usuário frequentava o CAPSad.

Sentada atrás do balcão da recepção ou no sofá desta sala, a pesquisadora também era observada. Dei-me conta disto quando, após ter aplicado alguns questionários e já conhecer alguns usuários, comecei a ser abordada por usuários não-sorteados para responder ao instrumento. Estes queriam saber sobre a pesquisa e sobre como havia sido a *escolha* dos respondentes. Toda oportunidade de interação com os usuários neste momento foi aproveitada para a apresentação dos pesquisadores e dos objetivos da pesquisa. Em alguns momentos, o flagrante da interação com um usuário não-sorteado gerou certa tensão com a equipe, havendo os pesquisadores sido advertidos pela abordagem a um usuário sem o consentimento e a intermediação prévia de seu técnico de referência. Tal tensão era, por sua vez, dissolvida com o esclarecimento de que a situação tinha outra direção: fora o usuário quem abordou o pesquisador. Ademais, estas interações eram propositadamente públicas, ocorrendo principalmente na sala da recepção, sujeitas mesmo aos olhares e conhecimento da equipe.

Em muitos casos, a situação da aplicação do questionário e/ou a interação estabelecida com os usuários nesta etapa da pesquisa propiciou a emergência de relatos espontâneos acerca da relação do usuário com o álcool e outras drogas, sua história de vida e a relação com o serviço e seus profissionais. A observação direta permitiu uma descrição do CAPSad em termos de sua localização no território, instalações físicas, aspectos relacionais, recursos humanos e materiais, atividades desenvolvidas. O conteúdo destes relatos e observações foi registrado sistematicamente em diário de campo.

Análise documental

A consulta a documentos da instituição cumpriu dois objetivos: propiciar condições para a observação direta e o planejamento da observação participante. O acesso aos documentos foi autorizado pela coordenação geral do CAPSad. Embora tenha sido disponibilizada aos pesquisadores uma versão digitalizada dos mesmos, optou-se por uma leitura no contexto do próprio serviço. Assim, forjava-se mais uma justificativa para a presença dos pesquisadores no campo empírico no momento inicial da observação direta.

Constituíram-se objeto de leitura e análise os seguintes documentos: a) Projeto Terapêutico do CAPSad (versão de agosto 2006); c) Relatórios de Atividades do CAPSad (2004, 2005 e 2006); d) Mapa de Oficinas e Grupos Terapêuticos (versão de janeiro de 2007 e suas atualizações no período da coleta de dados). A leitura destes documentos efetuou-se principalmente no espaço da sala da equipe técnica. Certo dia, em um encontro com um dos

profissionais do CAPSad fora do contexto da instituição, fui indagada se eu iria *trabalhar* no serviço. A pergunta, a princípio, provocou estranhamento, afinal vinha há meses investindo na construção do papel de pesquisadora. Assim, respondi com outra indagação: *Por que?* Revelou-se, então, que a leitura do Projeto Terapêutico do CAPSad era um pré-requisito para o início do trabalho no serviço, o que de fato pôde ser observado meses depois com a admissão de novos profissionais à equipe. Seguindo estes passos, ainda que de forma fortuita, a imersão no campo empírico gradativamente aprofundava-se.

Outro objetivo da leitura e análise dos referidos documentos era entender mais a fundo as atividades desenvolvidas pelo CAPSad Pernambués para a assistência aos usuários e familiares no âmbito do próprio serviço e no território. Nesta direção, a leitura possibilitou identificar estas atividades, os profissionais responsáveis por sua condução, os objetivos almejados, as estratégias metodológicas adotadas, os critérios de participação dos usuários, a avaliação destas atividades pelos profissionais e propostas de reorientação das mesmas. A apropriação destas informações subsidiou o planejamento da etapa de observação participante, sendo estabelecida uma definição prévia do tipo de atividade que se pretendia acompanhar de forma mais intensiva. Assumindo como parâmetro as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004), este planejamento contemplava as seguintes atividades: assembléia, intervenções comunitárias, oficina produtiva, oficina expressiva, grupo terapêutico e oficina de redução de danos.

3.3.2. Fase intensiva

A inclusão do CAPSad Pernambués na fase intensiva da pesquisa “*Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil*” justificou-se pelas particularidades do serviço. Este serviço foi implementado a partir de uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através da Coordenação Estadual de Saúde Mental, e da Universidade Federal da Bahia, através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD-UFBA), concebido para constituir-se em *Centro de Referência* na formação de profissionais de outros CAPSad no interior do Estado e na produção de tecnologias para a atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas. Para a composição de sua equipe, foram criteriosamente selecionados profissionais com qualificação técnica na área de saúde mental e na área de atenção a usuários de álcool e outras drogas. A maioria dos profissionais da equipe permanecia no serviço deste a construção do seu projeto de implementação,

mostrando-se comprometida e engajada com a qualidade da atenção oferecida à população. Outra justificativa para inclusão do CAPSad na fase intensiva foi a própria expectativa da equipe em torno do desenvolvimento da pesquisa no serviço. A argumentação de gestores e profissionais era de que a especificidade de sua clientela repercutia na distinção do serviço em relação aos CAPS de outras modalidades assistenciais. Diante de todas estas circunstâncias, identificou-se o CAPSad Pernambués como um caso complexo e relevante (ALVES-MAZZOTTI, 2006), o que acabou por justificar o engajamento em um estudo de caso, o qual vem a constituir a presente tese de doutoramento.

A fase intensiva, de cunho etnográfico, realizou-se, entre julho de 2007 e março de 2008, mediante a observação participante e a realização de entrevistas aprofundadas. Almejava-se o aprofundamento da pesquisa no CAPSad através do acompanhamento sistemático de suas práticas e observação da participação de usuários em suas atividades cotidianas. A produção de diário de campo, com descrição densa dos fenômenos observados e das conversas informais com os sujeitos do CAPSad, constituiu principal instrumento de registro dos dados etnográficos. As entrevistas em profundidade com usuários constituíram uma das últimas etapas da coleta de dados no serviço.

Mais uma vez, o planejamento das atividades de coleta de dados deu-se em discussão com os gestores e profissionais do CAPSad. No mês de agosto de 2007, realizou-se uma segunda apresentação da pesquisa no serviço com o objetivo de socializar com a equipe informações sobre os procedimentos de coleta de dados concluídos e discutir a fase intensiva da pesquisa. A observação de atendimentos individuais não foi consentida pela equipe do CAPSad, argumentando-se o respeito à privacidade dos usuários⁴⁶. Definiu-se, ainda, que a participação dos pesquisadores nas atividades coletivas (oficinas e grupos terapêuticos, assembléias, ações comunitárias) deveria ser previamente discutida com os técnicos responsáveis pela sua condução. A discussão com a equipe do CAPSad norteou ainda a seleção das atividades para a fase de observação participante, tendo em vista os consentimentos manifestos relativos à presença do pesquisador nas atividades desenvolvidas. Após esta discussão, elaborou-se uma proposta preliminar das atividades que os pesquisadores pretendiam acompanhar, a qual foi disponibilizada à equipe.

⁴⁶ Independentemente desta objeção colada pela equipe do CAPSad, no planejamento preliminar da fase intensiva, feito a partir da análise dos documentos, os atendimentos individuais não constavam entre as atividades que a equipe de pesquisadores se dispunha a observar.

Observação participante

Já haviam decorrido seis meses de trabalho de campo quando se fez evidente a *crise* que o CAPSad Pernambués atravessava. Em virtude da insatisfação com a precariedade do contrato de trabalho, parte da equipe cogitava deixar a instituição. A equipe não falava abertamente sobre o assunto, ao menos com os pesquisadores, mas a crise já era percebida por alguns usuários e familiares. Uma participante do Grupo de Família contou-me, em um encontro nosso no serviço, que os demais familiares estavam preparando um abaixo-assinado ao Governador do Estado reivindicando solução ao impasse em torno dos contratos dos profissionais. Entre os usuários, principalmente os mais antigos, manifestava-se o receio quanto ao futuro do serviço e uma expectativa em relação à pesquisa, como se os resultados obtidos pudessem mudar a realidade percebida.

Certa manhã, ao chegar ao CAPSad, encontro-o fechado, com alguns usuários na entrada fixando cartazes que informavam uma greve dos usuários. Eles assim pretendiam expressar o seu apoio aos profissionais, com salários atrasados há meses. A minha presença neste contexto ainda causava certo desconforto à equipe. Torna-se compreensível o que percebíamos como contraditório nos primeiros meses de trabalho de campo no serviço: por um lado, o desejo da equipe em participar da pesquisa; por outro, o aparente velamento de informações. Havia um serviço construído com muito engajamento e que a equipe queria apresentar à pesquisa e havia o serviço não tão perfeito e que, nas palavras emocionadas de uma profissional, parecia “*desmanchar-se*”. Diante da crise, os pesquisadores colocaram-se solidários e disponíveis em colaborar no possível. Apesar da dificuldade em operacionalizar algumas ações no período, a situação da crise não produziu obstáculos à pesquisa⁴⁷. Ao contrário, ao ter-se revelado em suas potencialidades e fragilidades, o serviço finalmente abria-se enquanto campo empírico para a investigação aprofundada.

A assembléia foi a primeira atividade do CAPSad com usuários a ser acompanhada pela pesquisa, em junho de 2007. A princípio, o acompanhamento da assembléia caracterizou-se como uma observação direta, sem uma atuação ou interferência do pesquisador em sua dinâmica. No segundo mês de observação desta atividade⁴⁸, quando acompanhava a discussão

⁴⁷ Neste momento de mudanças no serviço, a equipe de pesquisa em campo incorporava mais uma pesquisadora do NISAM – uma bolsista de iniciação científica do CNPq, com estágio curricular em outro serviço substitutivo de saúde mental. O seu objeto de trabalho de conclusão de curso – atenção à crise – despertou interesse entre alguns profissionais da equipe, favorecendo o estabelecimento de uma relação de proximidade. A entrada em campo desta pesquisadora foi mediada por mim, que a acompanhei nos primeiros turnos no serviço e a apresentei à equipe do CAPSad.

⁴⁸ Esta observação refere-se ao mês de agosto de 2007.

da equipe sobre a sua condução, os temas abordados e o posicionamento dos usuários, fui então questionada quanto à minha impressão. Os olhares dos profissionais dirigiram-se atentos e interessados para mim, entendi que se instituía, enfim, uma permissão para a observação participante.

A inserção dos pesquisadores em cada atividade observada foi previamente discutida com os profissionais responsáveis por sua coordenação, cabendo a estes sinalizar o momento considerado mais oportuno e a forma como esta inserção deveria ser efetuada. Os usuários participantes das atividades selecionadas para a fase de observação participante foram consultados pelos profissionais responsáveis por sua condução quanto ao consentimento da presença dos pesquisadores. A familiaridade dos usuários com os pesquisadores no cotidiano do serviço foi um fator que favoreceu a inserção destes nas atividades, não havendo quaisquer objeções por parte dos usuários. Cada atividade⁴⁹ foi acompanhada por um pesquisador, o qual assumiu papel de colaborador dos profissionais no planejamento, na coordenação e na avaliação da atividade observada. Este nível de engajamento do pesquisador nas atividades caracteriza a observação como participante (MINAYO, 2006; QUEIROZ et al., 2007).

Em virtude da inserção de novos profissionais à equipe do CAPSad, no mês de setembro de 2007, e conseqüente reestruturação de algumas atividades do serviço, os pesquisadores iniciaram a observação participante com o acompanhamento de atividades que vinham sendo desenvolvidas no âmbito do território e sob coordenação de profissionais que já participavam da pesquisa. O acompanhamento de atividades coordenadas por novos integrantes da equipe realizou-se após esclarecimentos sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e consentimento dos profissionais.

A observação participante em cada atividade do CAPSad acompanhada realizou-se por um período variável de tempo. Em certa medida, este período esteve condicionado à frequência da atividade no serviço ou de participação do pesquisador na mesma. A decisão quanto ao encerramento de participação dos pesquisadores nas atividades foi orientada pelo critério de saturação dos dados, tendo em vista a repetição de informações produzidas a partir da observação e registro em diário de campo (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008). Para a definição quanto ao momento de saturação dos dados e interrupção da observação considerou-se, ainda, a apreensão da compreensão da proposta da atividade, de seus objetivos, metodologia de condução e participação dos usuários.

⁴⁹ Com a exceção da assembléia e do projeto EspaSSos da Rua, que envolviam a participação de um maior número de profissionais, além de residentes e estagiários.

Cada atividade contou com pelo menos cinco momentos de observação. A exceção refere-se ao projeto *EspaSSos da Rua*, cuja discussão com os profissionais da atividade quanto à inserção dos pesquisadores apontou a necessidade de um período de observação mais prolongado em virtude da dinâmica da intervenção no território. Durante o período de janeiro a março de 2008 foram acompanhados o turno de reunião semanal da equipe do projeto e o turno noturno de intervenção direta na rua com abordagem de crianças e jovens em situação de vulnerabilidade social, exposta e/ou em consumo de álcool e outras drogas.

No Quadro 3, a seguir, apresenta-se uma breve descrição das atividades observadas ao longo da fase intensiva da pesquisa, período e número de observações realizadas.

Quadro 3 – Observação Participante no CAPSad Pernambués

| Atividades acompanhadas | Descrição das atividades⁵⁰ | Período de observação | Número de observações |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Assembléia** | Atividade realizada mensalmente reunindo usuários e profissionais do serviço. Trata-se de um espaço de discussão acerca de questões relacionadas ao cotidiano do serviço: os problemas vivenciados no e pelo serviço, as dificuldades relacionais, a assistência prestada, as solicitações e reivindicações dos usuários, entre outras. A coordenação desta atividade é feita por profissionais. Almeja-se possibilitar aos usuários o exercício de sua participação social e cidadania, contribuindo para o processo de inclusão social. | jun. – nov. 2007 | 05 |
| Fórum de Saúde Mental da Comunidade de Pernambués* | Atividade de intervenção comunitária proposta pela turma de residentes de saúde mental da Universidade do Estado da Bahia – UNEB em colaboração com profissionais do CAPSad. Através da estratégia de educação popular, objetivou promover a discussão do tema da saúde mental/álcool e outras drogas no âmbito do território de atuação do CAPSad. Contribuiu para a mobilização de membros e lideranças da comunidade, profissionais de unidades de saúde e do Distrito Sanitário Cabula-Beiru, usuários de serviços de saúde mental, representantes da Associação de Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental da Bahia (AMEA), de Associações Comunitárias, de escolas, de instituições religiosas, estudantes, entre outros. | jul. – dez. 2007 | 06 |
| Sala de Espera em um Centro de Saúde* | Atividade de intervenção comunitária coordenada por um profissional de serviço social e um redutor de danos. Apresenta por objetivo divulgar o CAPSad entre a população de seu território de atuação e desenvolver ações de informação e educação em saúde para a prevenção de DST/AIDS e o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Outros objetivos: oferecer uma escuta para demandas emergentes durante a atividade; realizar encaminhamentos para o CAPSad, quando necessário; distribuir material informativo e preservativos masculinos; envolver profissionais do centro de saúde nesta atividade, tendo em vista o seu | jul. – out. 2007 | 05 |

⁵⁰ Descrição realizada a partir de observação de campo e dos seguintes documentos: (1) Projeto Terapêutico do CAPSad - *Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas* (versão revisada em agosto de 2006); (2) CAPSad Pernambués – Salvador-BA: Relatório Anual de Atividades – 2006; (3) Projeto EspaSSos da Rua: CAPSad/SESAB – CETAD/UFBA (versão elaborada em março de 2008).

| | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|
| | engajamento e responsabilização crescente. | | |
| Oficina de Prevenção de Drogas* ⁵¹ | Oficina embasada na lógica de redução de danos, coordenada por um redutor de danos em colaboração com outros profissionais da equipe, estagiários e residentes de saúde mental. Tem por objetivo proporcionar um espaço de informação, orientação e reflexão sobre formas de consumo menos prejudiciais de álcool e outras drogas, de forma que o usuário possa construir formas mais protegidas de posicionar-se na relação com as drogas. A metodologia consiste na discussão de temas da vida cotidiana e sua interface com os diferentes tipos de uso de drogas, violência, sexualidade, a redução de danos no abuso de álcool e outras drogas, entre outros. | out. – dez. 2007 | 09 |
| Ateliê Arte Viva* | Espaço de produção artística coordenado por uma arte-terapeuta com formação em psicanálise em colaboração com uma estagiária de artes plásticas. Concebido como espaço que pode proporcionar a expressão da subjetividade através da produção artística e, em torno desta produção, oportunizar a criação de sentidos e ampliação da rede de contato dos usuários entre si. Considera-se, nesta direção, que a partir do manuseio de materiais como argila e de cores, a verbalização dos usuários possa emergir como efeito de uma vivência sem que tenha sido questionada. | set. – out. 2007 | 06 |
| Oficina de Produções Artesanais*** | Oficina terapêutica coordenada por profissional de terapia ocupacional em colaboração com estagiários de terapia ocupacional e residentes de saúde mental. Apresenta como objetivo principal <i>“proporcionar ao usuário do serviço um espaço de criação e expressão através da linguagem da arte popular, cuja expressão tem se dado a partir da confecção de bijuterias”</i> . Outros objetivos: a) facilitar a passagem da dependência à independência ou, do não saber ao aprender e um saber fazer; b) reconhecer-se e ser reconhecido por outros fazeres ou pelo produto final; c) refazer os laços sociais através da produção de objetos que possam ser inseridos na cultura; d) possibilitar ao usuário um espaço no qual possa resgatar sua auto-estima. | set. – dez. 2007 | 07 |

⁵¹ Durante o período de coleta de dados, acompanhou-se a discussão entre profissionais da equipe quanto à adequação do título desta oficina em relação aos seus objetivos. No retorno ao serviço para devolução de resultados preliminares da pesquisa, seis meses após a conclusão do trabalho de campo, verificou-se que esta atividade havia recebido um novo título: **Oficina de Redução de Danos**.

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|
| Grupo Projeto de Vida*** | Espaço de atendimento grupal coordenado por profissional de psicologia em colaboração com residentes de saúde mental. Tem por objetivo promover uma reflexão coletiva e a resignificação de projetos de vida por cada um dos participantes da atividade. Com foco na reinserção social, este grupo terapêutico aborda temas como a atitude do usuário diante da vida e suas relações sociais, a atividade profissional, a possibilidade de construção de novos projetos neste campo e busca possibilitar o acesso à rede de serviços sociais pertinentes à concretização de tais projetos. A participação de usuários neste grupo terapêutico é recomendada por seus técnicos de referência com o propósito de prepará-lo para o processo de alta terapêutica. | out. 2007 – jan. 2008 | 10 |
| Projeto EspaSSos da Rua** | Intervenção comunitária desenvolvida por uma equipe composta por profissionais de enfermagem, serviço social, psicologia, motorista/agente de saúde, redutor de danos e oficineiros em colaboração com estagiários e residentes de saúde mental. Trata-se de um projeto em parceria entre o CAPSad e o CETAD voltado para a atenção prioritária a crianças, adolescentes e jovens que vivem em situação de rua, em vulnerabilidade psicossocial, exposta ou em consumo de álcool e outras drogas. A intervenção direta na rua consiste em atendimentos individuais; oficinas artísticas de teatro e música; atividades lúdicas; informação/ações educativas para o cuidado com a saúde, a prevenção de DST/AIDS, o uso de álcool e outras drogas, orientadas pela abordagem de redução danos; divulgação do CAPSad e a realização de encaminhamentos, quando necessário; encaminhamentos para dispositivos sociais e de saúde para atenção a outras necessidades (retirada de documentos, testagem HIV, entre outros); distribuição e orientação sobre o uso do preservativo masculino. Outra vertente de trabalho deste projeto consiste na articulação da rede, com mapeamento, acesso e estabelecimento de parceria com recursos sociais e de saúde para atenção integral à criança e o adolescente no âmbito do município de Salvador. | jan. – mar. 2008 | 12 |

* Atividades observadas pela doutoranda.

** Atividades observadas pela doutoranda em conjunto com outros pesquisadores do NISAM.

*** Atividades observadas por outra pesquisadora do NISAM com o acompanhamento da doutoranda.

Além das atividades descritas acima, outras ações do CAPSad no âmbito do serviço e do território foram acompanhadas pelos pesquisadores durante a fase intensiva da pesquisa de forma mais pontual ou assistemática – oficina de letras (uma participação); oficina de informação, cidadania, arte e cultura (duas participações), Mobilização pelo Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro de 2007). Além do acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo CAPSad, a presença dos pesquisadores no serviço possibilitou uma vivência mais intensa de sua rotina. Assim, puderam ser observadas as interações estabelecidas entre os profissionais da equipe, a relação entre estes profissionais e os usuários, a participação destes no serviço e o fenômeno da evasão e do retorno de alguns usuários ao tratamento no CAPSad, as relações estabelecidas entre os usuários, entre outros. As interações com os sujeitos da pesquisa, estreitadas pela vinculação proporcionada a partir da própria estratégia de observação participante, contribuíram para momentos de reflexão sobre a gestão do serviço, a organização das práticas de saúde, os desafios da atenção aos usuários de álcool e outras drogas seja no contexto do serviço ou da família, os desafios da (re)inserção social, entre outros. As conversas informais suscitaram, ainda, o relato espontâneo de fragmentos de histórias de vida de alguns usuários atendidos no serviço, havendo estes sido referidos pelos próprios usuários, familiares ou profissionais.

A observação participante ofereceu condições para uma aproximação do objeto de investigação sob o “*ponto de vista dos nativos*” (GEERTZ, 2003), permitindo capturar redes de significados imanentes não apenas dos discursos, mas também dos comportamentos observados e de situações vivenciadas. Por outro lado, o nível de engajamento no cotidiano do serviço exigiu esforços para não se tornar ou se confundir com um “*nativo*” (POPE e MAYS, 2005; MINAYO, 2006; QUEIROZ et al., 2007). Para alguns profissionais, a minha familiaridade com o serviço habilitava-me a integrar a própria equipe. A chegada dos novos profissionais ocasionou situações inusitadas, como a apresentação feita por mim a um novo integrante da equipe do espaço e do material utilizado em uma oficina que eu vinha acompanhando⁵². Entre os usuários com os quais havia estabelecido uma relação de proximidade, no momento em que o serviço aguardava a contratação de novos psicólogos, emergiu uma demanda de que eu os atendesse como profissional de psicologia. Diante de tais circunstâncias, fez-se necessário repetir reiteradamente – para mim e para os sujeitos da

⁵² A profissional responsável pela atividade precisou ausentar-se do serviço em função de uma reunião de trabalho no CETAD. O profissional recém contratado colocou-se à disposição para substituí-la e eu, que vinha realizando observação participante da atividade há algumas semanas, dispus-me em colaborar.

pesquisa – sobre o meu papel de pesquisadora e a transitoriedade de minha presença no serviço.

A produção de diário de campo constituiu uma atividade sistemática intensificada durante a etapa de observação participante. O registro descritivo e detalhado dos fenômenos observados e das interações com os sujeitos da pesquisa realizou-se fora do contexto do serviço, geralmente no mesmo dia em que a observação havia sido empreendida. Com este registro sistemático, construiu-se um volumoso diário de campo, o qual cumpriu o objetivo de fixar todo discurso pela escrita (RICOEUR, 1989). A redação de diário de campo constituiu, ainda, uma oportunidade para o necessário exercício de distanciamento da realidade observada. Após um período de completa imersão nas atividades e relações sociais no campo empírico, o período dedicado à redação do diário de campo simulava uma observação de “fora”, repercutindo na problematização dos fenômenos observados, com a formulação de novos questionamentos e/ou de hipóteses interpretativas, que, por sua vez, subsidiaram observações subseqüentes.

Entrevistas narrativas

Outra estratégia metodológica adotada durante a fase intensiva da pesquisa corresponde à entrevista narrativa com usuários em tratamento no CAPSad estudado. A entrevista narrativa consiste em uma técnica específica de coleta de dados reconhecida pelo seu potencial em gerar histórias. Trata-se de entrevista qualitativa, de profundidade e não-estruturada, referenciada no pressuposto teórico de que toda experiência humana pode ser expressa na forma de uma narrativa: *“através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma seqüência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social”* (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2003, p. 91). Ao contar uma história – a sua história – o narrador expressa a sua experiência pessoal e a rede de significados que a permeia, segundo o seu ponto de vista.

A produção de narrativas envolve um enredo, em torno do qual gravitam outros acontecimentos correlatos e significativos – *pequenas histórias dentro de uma história maior* (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2003, p. 92). O enredo confere tanto uma direcionalidade para a produção da narrativa quanto a contextualiza, localizando os atores envolvidos, o espaço, o tempo, a seqüência entre os acontecimentos. Neste sentido, o enredo acaba por delimitar o início, o meio e o fim de uma narrativa.

Em conformidade com este pressuposto teórico-metodológico, a realização de entrevistas narrativas com usuários em tratamento no CAPSad teve por objetivo reconstruir suas histórias de vida a partir de sua perspectiva. A observação participante possibilitou o estreitamento do vínculo com alguns usuários bem como a escuta de fragmentos de suas histórias de vida, a relação com o álcool e outras drogas, o seu tratamento no CAPSad. A partir desta aproximação com os usuários, foram definidos alguns critérios para a seleção de sujeitos para a realização das entrevistas narrativas. Entre os critérios foram considerados: sexo, faixa etária, tipo de substância psicoativa de consumo, tempo de tratamento no CAPSad, tratamento em outros dispositivos terapêuticos, opção manifesta entre a abstinência e a redução de danos, perspectiva de alta terapêutica, condição socioeconômica, suporte social/familiar, a qualidade do vínculo estabelecido com o pesquisador. Este último critério foi considerado de grande relevância para a abordagem aprofundada de um assunto complexo como o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Em geral, os usuários pré-selecionados pelos pesquisadores para a entrevista narrativa participavam de atividades por estes acompanhadas. Os casos destes usuários pré-selecionados foram individualmente discutidos pelos pesquisadores com os respectivos técnicos de referência e com o técnico responsável pela atividade do qual participava e vinha sendo acompanhada pela pesquisa, de forma a ponderar a viabilidade de sua participação na pesquisa⁵³. Alguns destes usuários, contudo, não puderam ser entrevistados pela interrupção de sua frequência ao serviço durante o período da coleta de dados, por encontrar-se no período em situação caracterizada pelos profissionais como crise ou por frequência ao serviço sob o efeito de substância psicoativa.

Os usuários identificados como sujeitos em potencial para a entrevista narrativa foram abordados individualmente e informados sobre o seu objetivo e a circunstância da gravação da mesma, sendo-lhe facultada a decisão quanto à participação nesta etapa da pesquisa. Em caso de consentimento, agendava-se a entrevista em dia e horário conveniente para o usuário no próprio serviço. Alguns sujeitos não compareceram ao serviço no dia agendado para a entrevista. Nestes casos, uma nova data para a realização da entrevista apenas era agendada mediante iniciativa do próprio usuário. Um usuário, ao iniciar a entrevista, declarou-se desconfortável quanto à gravação da mesma, sendo esta interrompida e a entrevista desconsiderada.

⁵³ Considerando o quanto o contar a própria história de vida poderia mobilizar emocionalmente os sujeitos entrevistados, a interlocução com os profissionais do serviço que acompanhavam de perto os usuários pré-selecionados foi adotada como uma etapa preparatória da entrevista narrativa.

Dentre os sujeitos abordados, quinze afirmaram-se interessados em participar desta etapa da pesquisa, dos quais sete foram efetivamente entrevistados – cinco homens e duas mulheres – entre novembro e dezembro de 2007. No Quadro 4, abaixo, apresenta-se uma caracterização dos usuários entrevistados segundo a técnica da entrevista narrativa:

Quadro 4 - Caracterização dos usuários em tratamento no CAPSad entrevistados

| Entrevistados | Características |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Usuário 01 * | Sexo feminino, 34 anos, refere consumo de álcool, ensino superior incompleto, mora com a família, comerciante, freqüentou o serviço por um ano e três meses e recebeu alta terapêutica |
| Usuário 02 * | Sexo masculino, 73 anos, casado, mora com família, refere consumo de álcool, aposentado, classe média, nove meses de tratamento no CAPSad |
| Usuário 03 * | Sexo masculino, 41 anos, refere consumo de álcool e cocaína, mora com a família, eletricista, cinco meses de tratamento no CAPSad |
| Usuário 04 * | Sexo masculino, 46 anos, refere consumo de álcool, mora sozinho, realiza trabalhos informais, dez meses de tratamento no CAPSad |
| Usuário 05 ** | Sexo masculino, 53 anos, ex-morador de rua, reside em um albergue, ensino fundamental completo, refere consumo de álcool, maconha e cocaína, desempregado, três anos de tratamento no CAPSad |
| Usuário 06 ** | Sexo feminino, cerca de 40 anos, refere consumo de anfetaminas e crack, mora com família, ensino superior completo, servidor público, meses de tratamento no CAPSad. |
| Usuário 07 ** | Sexo masculino, cerca de 50 anos, casado, mora com família, refere consumo de álcool e maconha, autônomo, dois anos de tratamento no CAPSad |

* Entrevistas realizadas pela doutoranda.

** Entrevistas realizadas por outra pesquisadora do NISAM com acompanhamento da doutoranda.

Todas as entrevistas narrativas foram realizadas por um entrevistador, em espaço do CAPSad protegido de interrupção externa e em observância da privacidade necessária. Um dos entrevistados já não freqüentava o CAPSad em virtude de ter recebido alta terapêutica, mas ainda assim declarou desejar realizar a entrevista no próprio serviço. Os usuários foram esclarecidos sobre o objetivo e a metodologia da entrevista, as quais foram gravadas em áudio. Todos os entrevistados leram e assinaram Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, recebendo uma cópia deste documento com telefone de contato dos pesquisadores.

A narrativa é eliciada por um esquema autogerador, uma provocação específica (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2003). Na abordagem aos usuários do CAPSad, as narrativas foram desencadeadas a partir da seguinte solicitação: “ *você poderia contar um pouco de sua história?*”. O enredo principal destas narrativas compreendeu a experiência de consumo de álcool e outras drogas, em torno da qual foram narrados acontecimentos correlatos e significativos como a relação com a família, os pares e a comunidade, a percepção do consumo de álcool e outras drogas como um problema de saúde, a trajetória terapêutica e o tratamento no CAPSad.

A intervenção do entrevistador na narrativa dos entrevistados foi mínima e teve por objetivo incentivar sua continuidade com a demonstração de escuta atenta e interessada. Nesta situação, o entrevistador não se colocou como alguém que desconhecia por completo a história narrada, mas como alguém interessado em conhecê-la a fundo. Ao final da narrativa central dos entrevistados, o entrevistador poderia realizar algumas intervenções com o propósito de seu aprofundamento, visando maior detalhamento de acontecimentos narrados e a formulação de algumas questões emergentes. As entrevistas narrativas tiveram duração média de 50 minutos. Após sua finalização, já com o gravador desligado, outras informações poderiam ser eventualmente acrescentadas pelos entrevistados, sendo estes dados adicionais registrados posteriormente em diário de campo.

A Figura 2, abaixo, esquematiza o trabalho de campo no CAPSad Pernambués e a triangulação de múltiplas fontes de evidências com o objetivo de caracterizar o modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto deste serviço. Quanto ao caminho metodológico adotado, cabe a consideração de que o acompanhamento da realidade investigada pelo período de quinze meses permite-nos retratá-la de forma dinâmica. Para além de imagens estáticas, almeja-se a descrição de um serviço em movimento, em permanente construção e significação de suas práticas assistenciais pelos atores sociais que a constituem.

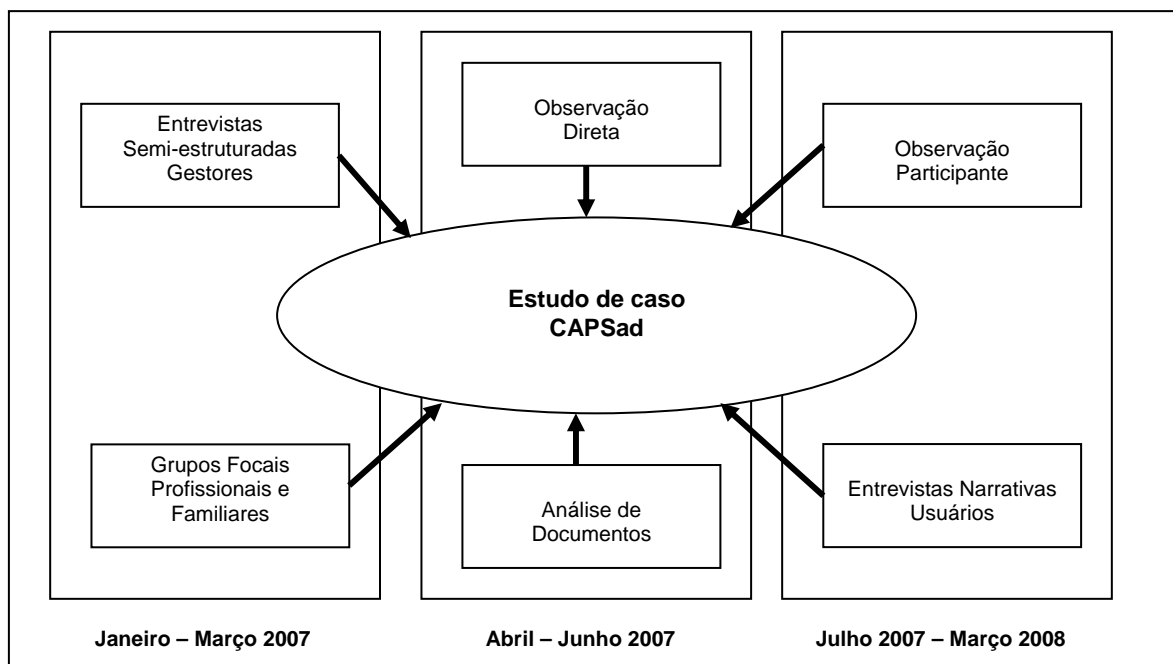


Figura 2. Estudo de caso CAPSad Pernambués: triangulação de múltiplas fontes de evidências

3.3.3. A saída de campo

A saída do campo empírico demandou tanta atenção e planejamento pelos pesquisadores que merece ser objeto de breve reflexão. O investimento na construção de relações sociais de proximidade, de confiança e de cumplicidade com os sujeitos da pesquisa resultou em uma vinculação intensa e sincera. A transitoriedade da presença dos pesquisadores no serviço foi demarcada desde o momento da entrada em campo. Ainda assim, o movimento de saída não deixou de ser questionado. O nosso argumento alicerçou-se no teor do papel de pesquisadores, cujo trabalho contempla determinadas etapas. Assim, a saída do campo foi significada como necessária à continuidade da própria pesquisa, uma vez que todo o material reunido ao longo de quinze meses de acompanhamento do serviço precisava ser sistematizado. No lugar de despedidas, reafirmou-se o compromisso do retorno para a devolução dos resultados da pesquisa, ainda que preliminares.

Este retorno foi aguardado com grande expectativa, verbalizando-se nos encontros casuais entre pesquisadores e alguns sujeitos da pesquisa e, de forma implícita, lembrado nos e-mails em que o relatório mensal das atividades de pesquisa era demandado. O retorno ao serviço ocorreu finalmente em agosto de 2008 – seis meses depois de finalizado o trabalho de campo – com o objetivo de apresentar resultados preliminares da pesquisa. Em conjunto com

gestores e profissionais do serviço, organizaram-se dois momentos de apresentação, um teria como público a própria equipe e outro, usuários e familiares.

Esta devolução de resultados preliminares da pesquisa feita ao serviço reunia a análise descritiva da fase semi-intensiva, que incluía as entrevistas com gestores, os grupos focais com profissionais e com familiares, bem como a observação direta e a análise documental. A apresentação para gestores e profissionais ocorreu em agosto de 2008 durante reunião semanal da equipe técnica. Além dos profissionais que se encontravam em atuação no serviço, realizou-se convite pessoal àqueles que participaram da pesquisa, mas que já não trabalhavam na instituição. Para a apresentação a usuários e familiares⁵⁴, reservou-se um momento da assembléia do mês de setembro de 2008. Embora familiares não freqüentem esta atividade do CAPSad estudado, os participantes da pesquisa foram especialmente convidados para a referida apresentação.

Mais do que cumprir o compromisso firmado com os sujeitos da pesquisa quanto à devolução dos resultados obtidos, esta apresentação proporcionou mais uma oportunidade de interação dialógica com os atores sociais envolvidos e uma espécie de validação da leitura produzida pela pesquisa da realidade em investigação. O público de gestores e profissionais foi composto por sujeitos que tiveram participação nas duas fases da pesquisa (profissionais antigos), que tiveram participação apenas na fase intensiva (profissionais contratados a partir de setembro de 2007), um profissional recém contratado sem qualquer participação na pesquisa, além de residentes de saúde mental com prática no serviço. A apresentação para os usuários contou com a presença de cerca de trinta sujeitos, dos quais seis haviam tido alguma participação na pesquisa.

O retorno ao CAPSad para a devolução de resultados preliminares acabou repercutindo na relação social com os sujeitos da pesquisa. Neste momento, parece haver se dissolvido qualquer resquício de desconfiança quanto aos pesquisadores e suas intenções. Não que os resultados apresentados retratem um serviço *perfeito*, apresentável à pesquisa, mas credita-se ao “*estar lá*”, com transparência e ética, a autorização para uma análise crítica e propositiva dos dados produzidos por esta investigação.

⁵⁴ Os familiares não participam da assembléia, mas foram especialmente convidados para a apresentação dos resultados parciais da pesquisa.

3.4. Estratégia de análise dos dados: o “*Estar aqui*”

A construção de uma estratégia para a análise de dados produzidos a partir de um estudo de caso de cunho etnográfico parte de um movimento inverso àquele descrito referente à entrada em campo, cujo objetivo foi criar condições para uma imersão gradativa e em profundidade, de forma que o objeto em investigação e a sua rede de significados pudessem ser apreendidos sob o ponto de vista dos atores. Este empreendido de imersão no campo empírico resultou em uma experiência densa e absorvente, que precisa ser, no momento de sua análise, objetivada, traduzida em categorias conceituais. Retoma-se, então, outra arena de interações dialógicas cujo cenário privilegiado corresponde à academia e suas convenções para a produção do conhecimento científico. Trata-se do “*estar aqui*” da equação antropológica, descrito por Geertz (2002) como inscrição no contexto cultural do etnógrafo, onde se dar a produção e o compartilhamento de redes de significados para a interpretação de realidades culturais locais.

Para a análise, assume-se como objeto o conjunto de textos produzidos ao longo do trabalho de campo e que fixam todo discurso pela escrita: transcrições literais de entrevistas e grupos focais, registros em diário de campo e documentos institucionais. A fixação do discurso pela escrita objetiva, conferindo autonomia ao discurso em relação à intenção dos atores na situação conversacional de coleta dos dados. Debruçar-se sobre o “*dito como tal*” expressa, enfim, abertura para a interpretação objetivada, aquela que tem início quando o diálogo entre os sujeitos da conversação – pesquisador e pesquisados – se encerra (RICOUER, 1989). O empreendimento hermenêutico envolve, então, a confrontação do discurso objetivado com novos horizontes interpretativos, que o tomam como não familiar para, por fim, significá-lo em uma interpretação convincente.

Para a interpretação dos dados, parte-se do pressuposto de que o CAPSad estudado constitui um sistema cultural local, um contexto no qual redes de significados são produzidas e compartilhadas pelos atores que dele participam (GEERTZ, 1989). Para produzir uma descrição densa das racionalidades que orientam o modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas em construção neste serviço de saúde, construiu-se uma estratégia de análise que contempla a descrição e a interpretação de categorias temáticas primárias e secundárias – partes que se relacionam entre si e com a totalidade em que se inscrevem.

As categorias temáticas para a presente análise foram definidas a partir de um duplo investimento: a revisão bibliográfica e a leitura do material empírico. Cada tema definido, expresso em termos de uma palavra ou sentença, representa uma unidade de significação que

se destacou da leitura do material empírico e mantém estreita relação com os pressupostos teóricos da investigação e correspondência com seus objetivos específicos (MINAYO, 2006). O Quadro 5, a seguir, apresenta de forma sintética as categorias temáticas primárias e secundárias definidas para a análise dos dados. O detalhamento da descrição destas categorias encontra-se disponível no Apêndice A.

Para a codificação da transcrição de entrevistas e grupos focais e dos registros em diário de campo segundo as categorias temáticas, organizou-se um banco de dados com a adoção do *software* QSR NUD*IST Vivo⁵⁵. Em conformidade com o desenho metodológico da pesquisa, a organização do banco de dados e codificação do material empírico realizou-se em duas etapas. Na primeira, foram codificados os textos relativos à fase semi-intensiva. A codificação consistiu na identificação de fragmentos discursivos que abordavam as categorias temáticas delimitados por seus contextos de enunciação. Ao final desta operação, um relatório dos fragmentos discursivos sistematizados segundo categorias temáticas foi gerado pelo *software*. Seguiu-se, então, uma descrição temática dos dados, a qual compreende os resultados preliminares apresentados ao serviço em que se realiza o estudo de caso, entre agosto e setembro de 2008. A segunda etapa de codificação do material empírico enfoca os textos produzidos na fase intensiva. A preparação desta etapa envolveu, por sua vez, uma revisão do quadro de categorias temáticas previamente definidas. O aprofundamento ou a emergência de alguns temas durante a fase intensiva da pesquisa culminou em maior detalhamento da descrição de categorias já existentes ou na definição de novas categorias temáticas.

Quadro 5 – Categorias temáticas primárias e secundárias

| Objetivos específicos | Categorias temáticas primárias | Categorias temáticas secundárias |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Descrever o processo de implementação do CAPSad estudado e suas implicações para a construção de seu modelo de atenção a usuários de álcool e outras drogas. | Posição Geopolítica | - Processo de implementação; - Posição geográfica e estrutura física; - Relação com a Coordenação de Saúde Mental; - Modelo de gestão; - Avanços e dificuldades a partir da implementação. |
| | Processo de Trabalho Interdisciplinar | - Supervisão e capacitação; - Trabalho interdisciplinar; - Trajetória profissional. |

⁵⁵ Versão 1.1.127.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Compreender o objeto de intervenção do CAPSAd a partir dos problemas e necessidades de saúde expressos por usuários e familiares e de suas expectativas em torno do tratamento demandado. | Usuário | <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de álcool e outras drogas; - Relação com o CAPSAd - Relação com os profissionais do CAPSAd - Redução de danos/ Abstinência |
| | Família | <ul style="list-style-type: none"> - Modos de cuidar; - Significados do cuidado; - Demandas. |
| | Suporte Social | <ul style="list-style-type: none"> - Relações de solidariedade e conflito; - Relações amorosas. |
| | Inclusão social | <ul style="list-style-type: none"> - Situações de discriminação e maus tratos; - Exclusão social; - Estratégias e expectativas de inclusão social. |
| 3. Analisar os saberes e as práticas de cuidado produzidos pelo CAPSAd para a atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas. | Tecnologias | <ul style="list-style-type: none"> - Planejamento e avaliação das atividades; - Recepção e acolhimento; - Encaminhamentos de usuários atendidos na comunidade; - Plano Terapêutico Individual; - Oficinas e Grupos; - Assembléias; - Atividades extra-muros; - Manejo das crises. |
| | Território | <ul style="list-style-type: none"> - Rede setorial atenção básica; - Rede setorial secundária e terciária; - Rede intersetorial; - Relação com a comunidade; - Movimento de usuários e familiares. |
| 4. Discutir as potencialidades e os limites das práticas de cuidado produzidas no contexto do CAPSAd a partir do ponto de vista de gestores, profissionais, usuários e familiares. | Avaliação | <ul style="list-style-type: none"> - Adesão/Frequência dos usuários - Avaliação dos cuidados |
| | Altas e curas | <ul style="list-style-type: none"> - Significados; - Expectativas dos profissionais em relação ao tratamento; - Mudanças percebidas na vida dos usuários. |

Para efeito da estratégia de análise construída para este trabalho, a descrição dos fragmentos discursivos correspondentes a cada categoria temática secundária pode ser considerada como estágio mais elementar do círculo hermenêutico de interpretação dos dados empíricos. A descrição por categoria temática secundária gera um núcleo de significação que, por sua vez, confronta-se com os demais núcleos de significação que integram uma categoria

temática primária. Esta confrontação entre partes (categorias secundárias) e todo (categoria primária) implica em reflexão crítica e compreensiva, geradora de complementaridade/contradição discursiva, convergência/divergência de significados, validação/invalidação de interpretações-tentativas. A análise da relação entre partes e todo é permeada pelos pressupostos teóricos da investigação que alicerçam o ato interpretativo. Assim, a interpretação avança à medida que as categorias temáticas primárias são tomadas como partes de uma nova totalidade, representada em primeira instância pelos objetivos específicos e, por fim, pelo objetivo principal da investigação.

3.5. Considerações éticas

As considerações sobre a observância dos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) no desenvolvimento deste trabalho foram apresentadas ao longo deste capítulo metodológico. As relações sociais estabelecidas com os sujeitos da pesquisa estiveram pautadas no respeito à dignidade humana, na autonomia dos sujeitos quanto à decisão de participar da pesquisa e em retirar o seu consentimento a qualquer momento, na garantia do direito às informações relativas à pesquisa sempre que estas foram solicitadas. O anonimato dos participantes da pesquisa está assegurado pela omissão de nomes reais ou fictícios ou outras referências que possam vir a identificá-los na divulgação literal de fragmentos discursivos.

O presente estudo de caso integra a pesquisa “*Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil*”, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Todas as estratégias e os instrumentos de coleta de dados adotados neste estudo de caso correspondem àqueles previstos pelo referido projeto de pesquisa. As adequações dos instrumentos às especificidades do campo empírico não acarretaram qualquer alteração nos objetivos originais daquela pesquisa. Os atores do serviço foram informados de que a análise dos dados produzidos pela pesquisa no contexto do serviço resultaria, entre outras produções científicas, no desenvolvimento do presente trabalho de doutoramento.

4. CAPSad Pernambués: implementação e organização do processo de trabalho

Este capítulo introduz a apresentação dos resultados do presente estudo de caso. Realiza-se uma descrição do processo de implementação do CAPSad Pernambués e uma análise das contingências políticas e organizacionais que tornaram possível a construção de um processo de trabalho referenciado na interdisciplinaridade e na abordagem de redução de danos. Mais do que oferecer uma descrição do processo de implementação do serviço, almeja-se com este capítulo fomentar a discussão sobre os fatores que podem contribuir para a construção de um serviço substitutivo de saúde mental especializado na área de álcool e outras drogas com acúmulo de experiências exitosas. Nesta análise, ressaltam-se, ainda, algumas das potencialidades e fragilidades do modelo de atenção à saúde em construção a partir do CAPSad estudado concernentes às dimensões política e organizacional em que se inscreve.

4.1. Processo de implementação do CAPSad Pernambués

O CAPSad estudado foi implantado em 12 de julho de 2004 como parte de uma estratégia da política estadual de saúde mental que previa a criação de três CAPS docente-assistenciais no município de Salvador, que funcionariam como *centros de referência* em saúde mental sob a gestão estadual. De acordo com aquela proposta, estes CAPS – um infanto-juvenil, um álcool e outras drogas e um de modalidade II – deveriam constituir-se como referência para serviços correlatos em municípios no Estado da Bahia, através de ações de cooperação técnica e de formação e qualificação de profissionais.

Para a implementação do CAPSad foi firmada uma parceria entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através da gestão estadual de saúde mental⁵⁶, e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). O CETAD consiste em um serviço de extensão permanente da Faculdade

⁵⁶ Na atual estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a gestão estadual da saúde mental vem sendo conduzida pela Área Técnica de Saúde Mental, a qual corresponde a uma das sete áreas técnicas que integram a Coordenação de Políticas Transversais da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), que apresenta como atribuição a formulação e implementação de políticas voltadas para as linhas de cuidados.

de Medicina da UFBA, que se dedica a estudos e pesquisas, formação e qualificação de profissionais, prevenção e tratamento do consumo de drogas. Na década de 1990, o CETAD destacou-se pelo pioneirismo no desenvolvimento de programas de redução de danos no país (MACHADO, 2006; ALMEIDA, 2008).

A problemática do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas e o reconhecimento de sua especificidade em relação a outros transtornos mentais estiveram no cerne da construção do projeto institucional do CAPSad estudado. Deste modo, o seu processo de implementação, ainda que inserido no contexto da política estadual de saúde mental, debruçou-se sobre a complexidade do consumo de álcool e outras drogas e o desafio da atenção psicossocial a usuários e suas famílias. Neste aspecto, ressalta-se a relevância da parceria com o CETAD, tendo em vista o acúmulo de experiência desta instituição quanto ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, tecnologias assistenciais e formação de recursos humanos na área de álcool e outras drogas.

Na parceria firmada com a SESAB para a implementação do primeiro CAPSad no município de Salvador, foi atribuído ao CETAD o papel de coordenação do processo mediante convênio de cooperação técnico-científica e supervisão institucional. A expectativa era de que o CAPSad viesse servir de referência para os CAPS desta modalidade no Estado da Bahia quanto ao desenvolvimento de tecnologias de cuidado, a formação e qualificação de profissionais para atuação na atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas e o apoio técnico para a implementação de novos serviços. Quanto à proposta de seu modelo de atenção, identifica-se em seu primeiro relatório de atividades (julho de 2004), a afirmação de que o serviço estaria orientado por uma abordagem que contemplava tanto a abstinência ou erradicação do sintoma como também a redução de danos. Propunha-se, ainda, uma atuação a partir da relação com o sujeito e não sobre este, a promoção da inclusão social e o trabalho articulado em rede.

A proposta dos CAPS docente-assistenciais foi descrita como uma inovação do Estado da Bahia, não havendo referência a experiências semelhantes em outros estados brasileiros, onde a grande maioria dos CAPS tem funcionado como serviços municipais. Os discursos referentes aos três CAPS propostos pela gestão estadual de saúde mental enfatizavam principalmente a sua missão docente-assistencial, o que também, sob o ponto de vista de gestores e profissionais, distinguia estes serviços daqueles sob gestão municipal:

Primeiro que os CAPS não docentes são dispositivos do Município, não é? Esse CAPS docente ele é um dispositivo do Estado. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Esse perfil docente-assistencial é que nos faz... é... ter regido que esse CAPS seja um CAPS do Estado. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

A implementação de três CAPS docente-assistenciais pela gestão estadual de saúde mental acarretou outras particularidades que repercutem no modelo de gestão destes serviços. Estes três CAPS foram criados vinculados administrativamente a dois hospitais psiquiátricos⁵⁷, não possuindo assim autonomia gestora. Desta maneira, o CAPSad estudado não possuía registro próprio como estabelecimento de saúde, nem constava como serviço da rede própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Nesta condição, todos os processos de aquisição de material encontravam-se intermediados pelo Hospital Juliano Moreira, o que, segundo os sujeitos da pesquisa, repercutia diretamente no cotidiano do serviço. Em algumas ocasiões, a equipe do CAPSad adquiriu material com recurso próprio com o propósito de levar adiante o desenvolvimento de oficinas e projetos de intervenção comunitária dentro do cronograma definido:

Porque esse não é um serviço autônomo não, não estamos enquanto unidade, nenhum desses três CAPS docentes, quando eles foram criados é, eles não entraram assim, no organograma assim da Secretaria, né? Então vamos ter uma unidade para comprar, fazer a compra de material, nós também não temos, não somos autônomos a esse ponto [...] Então como o [Hospital] Juliano já faz as compras do material que nós usamos, a gente faz a solicitação pra eles, eles repassam pra gente... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Outra questão que eu acho complicada pra gente aqui no CAPS é tá ligado a... a um outro órgão que vai fornecer material pra gente trabalhar, né? Que é, no caso, o Juliano Moreira. A gente tá ligado ao Hospital. Então, a gente não pode comprar nada aqui, nem um prego, senão ter que pedir ao Juliano. Aí, o governo não repassa dinheiro pro Juliano ou o Juliano, sei lá, o que é que ele faz, não consegue comprar pra gente. Então, um prego que seja pra botar ali na parede pra pendurar a... a... a obra de arte que o paciente fez, só vai poder, daqui a quatro meses, quando fizer todo um processo de pesquisa onde é o prego mais barato. Eu tô falando, citando o prego, mas... né? (Grupo focal profissionais)

Outra importante questão decorrente deste modelo de gestão dos CAPS docente-assistenciais referia-se ao seu financiamento. Como não possuía autonomia administrativa, a gestão dos recursos financeiros não era executada no âmbito do serviço, com este financiamento sendo pulverizando entre setores da SESAB. As implicações desta condição

⁵⁷ O CAPS ia Liberdade ao Hospital Mário Leal, o CAPS II Águas Claras e o CAPSad Pernambuco ao Hospital Juliano Moreira.

eram as mais diversas. Por um lado, esta circunstância vinha proporcionando ao serviço um financiamento mais expressivo do que aquele que seria assegurado apenas pela lógica de produção de Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APACs). Por outro lado, não se tinha o registro dos custos totais para a manutenção mensal do CAPSad, considerado o serviço mais bem estruturado fisicamente em relação aos outros dois CAPS docente-assistenciais:

Ações comunitárias não contemplam nenhuma, docência não contempla nenhuma, família não contempla nada... impossível faturar assim, entendeu? Muito difícil, então diz assim, se realmente... Eu acho que responde aquela pergunta do apoio dos gestores, né, maior, a gente tem o apoio, a gente tá funcionando com a estrutura até grande, né? É... É uma casa grande. Temos que? Três funcionários pra limpeza, nós temos uma... dois seguranças de dia e um à noite... sai caríssimo, nós temos o almoço para os pacientes e para os funcionários, é um custo muito grande que esse CAPS tem, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

As dificuldades em termos do financiamento do CAPSad e dos demais CAPS docente-assistenciais eram reconhecidas pela gestão estadual de saúde mental. Por constituírem-se em serviços de infraestrutura ampliada, inclusive quanto à composição de suas equipes multiprofissionais, foram considerados como CAPS financeiramente deficitários:

Os três CAPS docentes assistenciais foram CAPS feitos com recursos do Estado e são CAPS deficitários do ponto de vista financeiro. Trabalham no vermelho, são equipes grandes que estão lá. O recurso que o Ministério da Saúde paga através da APACs não dá pra cobrir a folha de pagamento e de manutenção, de gestão desses serviços. (Entrevista gestão estadual saúde mental)

O CAPSad Pernambués apresentava relação estreita com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através da área técnica de saúde mental. As manifestações de apoio e de cooperação entre a gestão estadual de saúde mental e o CAPSad foram descritas em termos de autonomia do serviço quanto à organização de seus processos de trabalho e ao reconhecimento da sua especificidade quanto ao perfil da clientela assistida, adesão ao tratamento e conseqüente produtividade do serviço. Em outra direção, o apoio do CAPSad Pernambués à gestão estadual de saúde mental expressava-se em declarações de gestores e profissionais do serviço que remetiam à concordância com o projeto de concepção do CAPSad enquanto um serviço docente-assistencial, com a missão de formar e qualificar profissionais para a atenção a usuários de álcool e outras drogas. A equipe multiprofissional

do CAPSad demonstrava-se particularmente engajada e comprometida no âmbito do serviço com o alcance desta proposta.

A despeito do apoio e da cooperação referida pelos sujeitos da pesquisa entre a gestão estadual de saúde mental e o serviço, a relação entre estas duas instâncias vinha sendo marcada por algumas tensões. A principal questão apresentada pelos profissionais referia-se à precarização das condições de trabalho. Com salários atrasados pelo período de três meses, no início de 2007, a equipe manifestava um sentimento de não valorização e reconhecimento pelo trabalho realizado. Outro efeito produzido por esta situação era a sensação de incerteza quanto ao futuro do próprio serviço, o que incidia na motivação de toda a equipe:

Claro, que a gente se valoriza muito aqui internamente. Mas, é óbvio que a gente precisaria desse reconhecimento também. E esse reconhecimento só viria da SESAB via pagamento. E isso não acontece. (Grupo Focal Profissionais)

Profissional 1: E, assim, a gente é uma equipe que a gente para, pensa o tempo todo, a gente propõe o tempo todo, a gente quer fazer o tempo todo. E, assim, por exemplo, agora, a gente tava com milhões de idéias! A gente tava com uma programação de estudos até... Julho?

Profissional 2: Agosto.

Profissional 1: Até agosto! Sem nem saber o que é que vai ser da gente, né? Então, assim, é perverso porque vai minando também a gente. Como é que eu vou pensar o que é que eu vou fazer na comunidade se eu não sei o que é que vai ser de amanhã? Como é que eu posso tá indo pra comunidade se eu não sei como é que vai tá funcionando? (Grupo Focal Profissionais)

Em contraposição à natureza da relação do CAPSad com a gestão estadual de saúde mental, a relação estabelecida entre o CAPSad Pernambués e a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, através de sua coordenação de saúde mental, foi descrita por gestores e profissionais do serviço como muito tênue, marcada pela ausência de articulação e parceria, mesmo frente ao papel atribuído ao CAPSad de serviço substitutivo de saúde mental referência na área de álcool e outras drogas no Estado da Bahia:

Eu não tenho praticamente contato nenhum com o município [...] Não fizemos maiores articulações, nunca fomos solicitados diretamente pela coordenação do município apesar de sabermos da nossa existência, que somos do CAPS docente... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A fragilidade na relação entre o CAPSad Pernambués e a coordenação de saúde mental do município de Salvador incidia, ainda, na própria inserção deste serviço na rede local de atenção à saúde mental. Para dimensionar esta questão, um dos sujeitos entrevistados retratou as dificuldades de articulação do serviço com os CAPS municipais, mesmo aquele que vinha sendo implementado no mesmo bairro/território:

...a gente busca os serviços, então eu tenho o contato, tavam implantando um serviço aqui, a psicóloga veio, eu coloquei totalmente à disposição, eles não tavam ainda com a casa, tavam instalados numa... num posto de saúde aqui do bairro, né? Eu coloquei à disposição e depois não tive mais contato com eles. É... não buscaram mais a gente. E, às vezes, a gente liga, quando a gente recebe algum encaminhamento de um outro CAPS a gente liga, pra quando... pra questionar esse encaminhamento ou... ou mandar de volta porque um encaminhamento que não tava adequado. Então nós temos alguns contatos que fizemos. Não, não, não chamo isso nem de parceria, seria dado como parte de um mapeamento que fizemos da cidade Salvador e de serviços que precisaríamos manter contato para referenciar os pacientes, porque parceria eu acho que ela já se dar de mão dupla numa relação de maior proximidade... [...] E temos muito pouco, muito pouco proximidade com o serviço de saúde mental da prefeitura e hoje em dia com os gestores, só em eventos grandes que a gente se encontra, se fala, mas não há uma busca nem da nossa parte nem da deles, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Diante da contratação de profissionais para atuação na área de saúde mental no município de Salvador, a gestão do CAPSad destacou como ilustração da desarticulação entre o serviço e a gestão municipal de saúde mental o fato de não ter sido estabelecida uma parceria com o CAPSad para o programa de qualificação de profissionais, especialmente na área de álcool e outras drogas:

...eu acho que capacitação não é você dar um curso de trinta, quarenta horas, é por que não um contato cronológico, né? Porque estamos disponíveis e fazemos isso em diversos municípios que nos solicitam. Aqui, em Salvador, bastava um contato, uma solicitação de parceria e a gente teria... tá capacitando essas equipes na questão de álcool e drogas, né? Não foi feito um contato em relação a isso... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A despeito de certo ressentimento pela falta de reconhecimento da possível contribuição do CAPSad Pernambués na qualificação de profissionais do município de Salvador, assinala-se que não foi mencionado qualquer movimento do serviço no sentido de colocar-se como parceiro neste processo. As dificuldades na condução da gestão municipal da saúde mental foram retratadas, a partir do CAPSad, como obstáculos à parceria, mas a

condição de “*serviço estadual*” parecia ofuscar a perspectiva de que todos os CAPS, municipais e estaduais, estavam por conformar uma mesma rede de atenção à saúde mental:

...sei que os CAPS tão funcionando muito mal, temos notícias, os CAPS da prefeitura não estão funcionando bem e não tão com recursos pra isso... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A proposta de constituição do CAPSad estudado, entretanto, admitia que a sua condição de serviço sob gestão estadual não se caracterizava como permanente, mas como uma estratégia fomentadora da expansão da rede substitutiva de saúde mental no Estado da Bahia, particularmente dos serviços voltados para a atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Segundo esta perspectiva, previa-se a municipalização dos CAPS de gestão estadual em um futuro até então não muito definido⁵⁸. Em contrapartida, as fragilidades da rede de serviços de saúde mental no município de Salvador contribuía para que o processo de municipalização do CAPSad fosse percebido por profissionais, usuários e familiares como uma espécie de ameaça, haja vista o receio de que as dificuldades vivenciadas pelo serviço fossem acentuadas e a qualidade da assistência comprometida.

Entre as dificuldades e necessidades percebidas pela equipe multiprofissional nos meses iniciais de funcionamento do CAPSad estudado, identificaram-se, a partir da análise documental: inadequação do espaço físico e outras questões de infraestrutura (disponibilidade de material para oficinas e intervenções comunitárias; manutenção do veículo), o atraso no pagamento de salários, a educação permanente mediada por especialistas na área de álcool e outras drogas, a supervisão institucional – esta concebida como “*o olhar de fora*” que pode agregar novos conhecimentos e reorientar/aprimorar práticas de gestão e do cuidado – e avaliação externa do serviço. Em certa medida, estas dificuldades e necessidades revelaram-se transversais à implementação do serviço e à organização dos seus processos de trabalho.

4.1.1. Posição geográfica e infraestrutura

O CAPSad estudado foi inicialmente implantado em um espaço anexo ao CETAD-UFBA, em um bairro no centro da cidade onde reside uma população de classe média. Como o CETAD já funcionava há cerca de vinte anos na região e não enfrentava dificuldades com a

⁵⁸ A partir de 01 de julho de 2009, o CAPSad Pernambués foi transferido para a gestão da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador.

vizinhança, a equipe do CAPSad acabou por não investir, a princípio, na preparação da comunidade para a instalação de um CAPSad naquele território. Entretanto, havia uma diferença significativa entre as duas modalidades de serviços. O CETAD oferecia atendimento ambulatorial a seus usuários, enquanto o CAPSad propunha o atendimento contínuo, aberto e de base comunitária. As dificuldades decorrentes desta distinção de propostas na assistência de usuários de álcool e outras drogas redundou em manifestações de resistência da comunidade em relação ao CAPSad, tendo em vista a presença e a circulação mais frequente de usuários no território. Por trás das manifestações contrárias ao funcionamento do CAPSad no bairro, é possível depreender o preconceito e o estigma ao usuário de substâncias psicoativas, o qual era associado pela comunidade a práticas delituosas e comportamentos anti-sociais:

A gente começou num local, mas quando a gente tava começando, eu diria assim inexperientes, do lado do CETAD, num bairro de classe média alta, que é no Canela. O CETAD já tava há vinte anos lá, a gente não achou que seria necessário, foi um engano, é tá trabalhando com essa comunidade, né? E tivemos alguns problemas, né? [...] Tem o vício, tivemos problemas, começamos a receber uma população de rua. É a comunidade no Canela fez uma, uma... algumas pessoas fizeram uma denúncia [...] a gente viu que a gente deveria ter feito assim um... um trabalho na comunidade. Mesmo sendo uma comunidade de classe média alta, eles tinham uma liderança, tinham uma organização, depois que a situação aconteceu é que a gente foi buscar... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Esta dificuldade inicial foi vivenciada pela equipe do serviço como oportunidade de aprendizagem. Assim, a *inexperiência* acima referida foi acompanhada de construção de outras estratégias de intervenção no território. O espaço físico em que o CAPSad foi implantado em 2004 apresentava limitações importantes em sua infraestrutura e uma ambiência insalubre para profissionais e população assistida. A necessidade de transferência do serviço para outro espaço físico era premente. Durante o ano de 2005, a equipe enveredou a busca de uma nova instalação física para o serviço:

Procuramos essa casa, né? A gente... todo mundo se mobilizou pra procurar essa casa. “Vamos buscar essa casa.” Tinha dias que a gente saía, a gente se reunia quinta-feira, e saía da reunião e ia todo mundo procurar a casa, todo mundo ia olhar a casa que alguém tinha descoberto, né? Então, assim, também, registrando todo esse processo, também, de união da gente, né? (Entrevista coordenação CAPSad 3)

Além da necessidade de encontrar um imóvel com instalações físicas mais adequadas aos propósitos do serviço, havia ainda a preocupação em realizar um trabalho prévio no novo

território a ser ocupado pelo CAPSad mediante a identificação dos seus dispositivos sociais e de saúde, bem como a divulgação da proposta do CAPSad na comunidade. Tratava-se de uma intervenção de aposta no estabelecimento de vínculos e de parcerias no território, de modo a não reproduzir as dificuldades enfrentadas com a vizinhança no bairro do Canela:

...aí aqui, antes de vir, três meses antes, a assistente social já começou a fazer os levantamentos dos recursos, já entrou em contato com outras instituições, falou da nossa proposta de trabalho, né? Começou a falar e as pessoas receberam muito bem diante da dificuldade... as instituições de saúde sociais que mantivemos contato, diante da dificuldade de lidar com especificidade da questão, é recebeu muito bem o... a... a possibilidade do serviço tá vindo para cá, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

...porque lá no Canela a gente recebeu algumas... é... coações, ou seja, ah.... “o que é que vocês estão fazendo aqui? Depois que vocês vieram pra cá entrou um monte de vagabundo...”, que é diferente... o CETAD atende pontual, às vezes tem atendimento e vai embora, né? Mas no CAPS não, o paciente circula, né, isso incomoda muitas vezes, ter uma pessoa mal vestida, que se alimenta muitas vezes com a mão, não é?, que se... tem um linguajar diferenciado... que a gente veio também pra chocar e isso eles conseguiram fazer lá no Canela, né? E eu não queria que isso acontecesse aqui em Pernambués, eu queria ser acolhida pela comunidade de Pernambués. Eu não, queria que o serviço fosse acolhido. Então era dessa maneira de vir pra cá e tá me mobilizando, de tá fazendo contato com as pessoas. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

A transferência do CAPSad do bairro do Canela para o bairro de Pernambués realizou-se em janeiro de 2006. Para além da mudança de endereço, o relato de gestores e profissionais aponta para a oportunidade de rever algumas práticas, sendo ressaltada a atuação do serviço no território. Nesta direção, ponderou-se que as ações desenvolvidas no território pelo CAPSad-CETAD foram muito incipientes, com o argumento de que a estruturação do serviço, em seus primeiros meses de funcionamento, produziu muitas necessidades no âmbito da própria instituição. Quando o CAPSad foi transferido para o bairro de Pernambués, os processos de trabalho e o fluxo de atendimento aos usuários e familiares encontravam-se mais estruturados. Ademais, as dificuldades vivenciadas com a comunidade no bairro do Canela tornaram evidente a importância de um trabalho de divulgação e de articulação no território. Dentre os recursos comunitários em Pernambués identificados e acessado pela equipe do CAPSad no período que precedeu a sua transferência para o bairro foram citados: o Distrito Sanitário Cabula-Beiru, o Centro Social Urbano de Pernambués, Centros de Saúde, Unidades de Saúde da Família, lideranças comunitárias, Administração Regional, escolas da rede pública. Nestes contatos, iniciado a partir do Distrito Sanitário Cabula-Beiru, buscou-se ainda

o reconhecimento dos problemas e das necessidades sociais de saúde da população adstrita, com especial ênfase à problemática do consumo de álcool e outras drogas.

A história do CAPSad estudado, portanto, refere-se a dois momentos e territórios distintos. O primeiro remonta ao bairro do Canela, território em que o serviço funcionou por cerca de um ano e meio, atendendo a uma clientela constituída principalmente por moradores de rua. No bairro de Pernambués, o CAPSad passou a funcionar em um prédio situado entre as duas principais avenidas da região, nas quais transitam transporte coletivo para uma diversidade muito grande de bairros e regiões da cidade. A mudança para este território teria repercutido, em certa medida, no perfil da clientela, com redução do número de moradores de rua assistidos. Com a instalação em Pernambués, o CAPSad passou a atender principalmente à população do distrito sanitário Cabula-Beiru, pessoas que residem nos bairros adjacentes ao serviço. Como único CAPSad em funcionamento no município de Salvador, o serviço permaneceu atendendo pessoas de distintos bairros da cidade, da região metropolitana e mesmo de outros municípios.

A mudança de bairro repercutiu no acesso ao serviço, especialmente entre as pessoas em situação de morador de rua e de condição socioeconômica muito precária. Em alguns casos, a dificuldade de acesso ao serviço acabou interferindo no plano terapêutico individual e, acredita-se, que na própria adesão ao tratamento. Nesta direção, um usuário relatou que havia sido admitido ao serviço na modalidade de atendimento intensivo, com frequência diária. Mas a dificuldade com o dinheiro de transporte fez com que passasse a freqüentar o serviço três vezes na semana. Também usuários procedentes de municípios do interior do estado, referiram ter a frequência ao serviço condicionada pela dificuldade de acesso. Um usuário residente em um município a 58 km de Salvador, por exemplo, relatou que tinha seu atendimento concentrado em um dia da semana. A mãe, que o acompanhava neste dia de atendimento, não freqüentava o Grupo de Família por este acontecer em outro dia da semana. Ambos vinham do interior por conta própria e referiram dificuldade financeira para esta locomoção.

A dificuldade de alguns sujeitos em tratamento com o dinheiro para o transporte remete para a demanda por distribuição de vale-transporte pelo serviço. Esta se constituiu em uma estratégia adotada e posteriormente suspensa. Para a equipe, este benefício não repercutiu em maior frequência ou adesão dos usuários ao tratamento. Estes corroboraram o argumento dos profissionais de que alguns usuários beneficiários do vale-transporte

utilizavam o recurso como moeda de troca para aquisição de drogas, em alguns casos também de alimentos. A discussão foi trazida à tona por usuários durante uma assembléia do serviço:

A primeira questão é levantada por um rapaz em tratamento no CAPS desde que este funcionava no Canela, com momentos de frequência assídua e de ausências no serviço. Ele aborda sobre o vale transporte. Afirma que entende que antes, quando o serviço entregava o vale, muitos usuários usavam para trocar por drogas. Declara nunca ter feito a permuta por drogas, mas sim por alimento (frutas). Acontece que antes o CAPS funcionava próximo do local em que mora e hoje está em um local mais distante, onde ele tem mais dificuldade de chegar. Acrescenta que às vezes fica sem ir ao CAPS por não ter dinheiro para o transporte. Uma moça concorda com a questão levantada e declara que mora no centro da cidade e vem andando de segunda a sexta até o CAPS. Ela conta que durante dois anos participou de um programa social voltado para mulheres, através deste programa recebia os vale-transportes para frequentar ao CAPSad, sendo a retirada do benefício condicionada a apresentação de um relatório do serviço comprovando a efetiva frequência. Hoje, ela se declara “turista do CAPS”, explicando que dia vem e dia não vem ao serviço. Outro usuário afirmou morar em um bairro na cidade baixa e também chegar ao CAPS caminhando. (Diário de campo, Outubro 2007)

O acesso ao serviço foi enunciado como, em certa medida, relacionado com a condição socioeconômica do usuário e com a sua inserção comunitária. Aqueles sujeitos que residiam distante do serviço e eram menos favorecidos socioeconomicamente demonstraram enfrentar mais dificuldades em acessá-lo. Identificaram-se casos de usuários que possuíam veículo próprio (carro, moto) e outros que chegavam ao serviço usando transporte coletivo, alternativo (bicicleta) ou mesmo andando. Alguns usuários e familiares consideraram que o acesso era mais fácil quando o serviço funcionava no bairro do Canela, uma região mais central da cidade. Outros assinalaram ser necessária a existência de outros CAPSad no município de Salvador como condição para a melhoria de acesso ao serviço e ao tratamento.

No bairro de Pernambués, o serviço encontra-se instalado em um prédio com três andares e um subsolo, que comportam sala de recepção, sala de TV e leitura, salas de atendimento de grupo e oficinas, ateliê, copa, três consultórios para atendimento individual, enfermaria com dois consultórios e dois leitos para repouso e desintoxicação ambulatorial, auditório, sala da equipe técnica, administração e coordenação do serviço. Em relação ao espaço físico do CAPSad, usuários, familiares e profissionais consideraram que este poderia ser melhorado, com a ampliação de área externa e do número de salas para o atendimento e outras atividades.

A organização do serviço e a circulação dos sujeitos por seus espaços físicos oferecem indícios da natureza das relações sociais instituídas neste contexto assistencial.

Como referido na pesquisa de Souza et al. (2007), o CAPSad estudado pode ser descrito como um espaço seccionado e de circulação controlada, por vezes vigiada, dos seus sujeitos.

No que tange às relações sociais entre os sujeitos que participam do cotidiano do CAPSad Pernambués, observou-se que, além da organização do espaço físico e do controle de acesso às suas instalações, o perfil socioeconômico do profissional apresentava-se como um fator que repercutia na natureza da relação com a população assistida, caracterizando relações mais verticais ou horizontalizadas. Observou-se, por exemplo, que entre os profissionais de nível médio a problemática do consumo abusivo de álcool e outras drogas e os danos produzidos aos indivíduos, sua família e comunidade constituía um fenômeno que extrapolava o contexto de trabalho, estendendo-se à realidade cotidiana da comunidade em que viviam, acometendo a pessoas de sua própria rede social. Moradores de bairros populares, a abordagem destes profissionais aos usuários caracterizava-se menos assimétrica quando comparada àquela estabelecida com a maioria dos profissionais de nível superior. Fazia-se notória a espontaneidade nos diálogos, estabelecidos nos espaços de circulação do serviço e fora dos contextos de intervenções estruturadas (oficinas, grupos, atendimento individual). Para conversar com os profissionais de nível superior, normalmente os usuários formulavam uma demanda na recepção, a qual era frequentemente atendida em um momento oportuno. A expressão corporal e a habilidade na comunicação, com apropriação de vocabulário comum aos usuários, apresentavam-se como fatores que favoreciam a horizontalidade das relações, aproximando e estreitando o vínculo entre profissionais e usuários:

Sempre me chama atenção o modo como estes dois profissionais se dirigem aos usuários. Os gestos, o jeito de falar, a entonação da voz, o uso das gírias, o vocabulário são rapidamente adequados e eles chegam a se comunicar “como iguais” com os usuários. Esta é uma habilidade que não tenho notado entre outros técnicos do CAPS. (Diário de campo, agosto 2007)

O profissional vai entrando na conversa com seu jeito peculiar: “eu tava no reggae sábado, quando um brother ligou para mim...” para avisar da morte de um cantor de reggae a que se referiam alguns usuários. A sua forma de falar e de gesticular o aproxima dos usuários. A conversa prossegue com a lembrança de outros cantores de reggae mortos e suas histórias... Alguém se lembra do Bob Marley... (Diário de campo, outubro de 2007)

Caracteriza o bairro em que reside pela violência e o uso crescente de drogas entre os jovens, especialmente o crack. Conta que vários jovens que viu crescer na comunidade se envolveram com o consumo e o tráfico de drogas, mostra-se preocupada com esta realidade, contexto em que vive e cresce o seu filho. [...] A conversa com a funcionária e a emersão desta sua realidade imediata e da preocupação com o cuidado com o filho adolescente me faz refletir sobre sua postura no CAPSad, uma postura controladora (dar limites aos usuários,

falar firmemente com eles, impor e lembrar as regras...). Eu já tinha pensando dela ser o locus de controle do serviço, tanto em relação aos usuários quanto em relação aos profissionais (ela fica em cima, pontua quando a oficina está atrasada, sinaliza para os técnicos suas impressões quanto ao estado do usuário ao chegar ao serviço...). Penso que ela deposita muito valor ao serviço e ao trabalho que realiza, o que faz com muito empenho, dedicação e zelo. Ocorreu-me que para esta funcionária “cuidar” do serviço possa representar garantir a assistência a jovens e famílias com sofrimento e histórias trágicas de vida semelhantes às aquelas que cotidianamente tem notícias em sua própria comunidade. (Diário de campo, outubro 2007)

Nas histórias que me contou relativas ao seu bairro a sua abordagem a rapazes da comunidade convidando para ir ao CAPSad é freqüente. Outra manhã, ele estava na expectativa da chegada de dois rapazes, que não compareceram. A participação numa comunidade em que a questão da violência e do uso de drogas é tão evidente também o autoriza a falar de forma muito viva destas questões em suas intervenções junto aos usuários, fazendo uso inclusive do plural em suas colocações: “nós, moradores de bairros periféricos...”, “nós, negros...”. [...] Quando não está no Espaço de Convivência, ele circula pelo CAPS ou fica na recepção, onde mantém contato e conversas com os usuários, sabe da história de todos. Muitos usuários o procuram para conversar. (Diário de campo, dezembro 2007)

Além da equipe multiprofissional e outros trabalhadores, no CAPSad Pernambués circulam diferentes atores: usuários e familiares, residentes de saúde mental com prática no serviço, estagiários e estudantes de graduação em visita institucional ou atividade de observação, pesquisadores, profissionais de outros serviços ou dispositivos sociais e pessoas da comunidade em participação de atividades específicas. O acesso e a participação destes atores em atividades do serviço eram autorizados e acompanhados de perto pela equipe do serviço. Em parte, os limites eram determinados pela infraestrutura; em parte, em observância ao anonimato e à privacidade dos sujeitos em atendimento no serviço, haja vista que o consumo de drogas para alguns usuários e familiares representa um tema abordado com restrição na rede social e familiar.

A sala da equipe técnica constitui um espaço reservado ao trabalho de profissionais, residentes e estagiários. Trata-se de um espaço onde se pode observar a interação entre os profissionais, ocasionando muitas vezes a discussão espontânea de atividades, atendimentos e de casos clínicos. Neste local também são guardados os prontuários de usuários e familiares inscritos e em atendimento no serviço e realizados os devidos registros de observação dos atendimentos e de acompanhamento dos usuários pelos técnicos que o acompanham. O acesso de usuários e familiares a este espaço é restrito. A sala é equipada com telefone e computador para uso da equipe. Por telefone, os técnicos podem solicitar à recepção o acesso de usuários para o atendimento individual, realizado neste mesmo pavimento do prédio. Os pertences da

equipe são guardados nesta sala, que permanece trancada na ausência de profissionais, ficando a chave sob guarda da administração.

O acesso ao Espaço de Convivência, onde se concentra a realização de oficinas e grupos terapêuticos, é restrito aos usuários participantes da mesma e nos horários definidos. São os técnicos responsáveis pela condução das atividades que sinalizam para a recepção e para os usuários o momento de início das atividades e, por conseguinte, autorizam o acesso ao espaço. Com esta restrição de acesso, garante-se um espaço protegido de interferências externas e de privacidade aos usuários durante participação nas atividades.

O serviço conta com dois pontos de “vigilância” ou de posicionamentos dos vigilantes: 1) a entrada principal do serviço e seus acessos ao prédio; 2) a saída do fundo, situado no Espaço de Convivência, que dá acesso ao estacionamento de uma clínica de saúde vizinha. Este segundo ponto costuma ser ativado nos momentos em que acontecem atividades no espaço. No caso de atendimento de adolescentes em conflito com a lei, a vigilância é incrementada pela presença dos educadores que acompanham os adolescentes ao serviço durante sua permanência na instituição. Situações de fuga destes sujeitos puderam ser evitadas com esta “vigilância” no serviço.

A sala de TV e o hall são espaços privilegiados de interação dos usuários, onde muitos permanecem no intervalo entre as oficinas ou no intervalo que segue o almoço antes da retomadas das atividades no turno vespertino. O momento de interação dos usuários caracteriza-se também como oportunidade para o consumo compartilhado da única substância psicoativa permitida nas dependências do serviço: o tabaco. Sentados no hall, os usuários fazem circular entre eles um fumo de comercialização industrial, preparado no local para o consumo com a utilização de pequeno pedaço de papel de seda. A circulação dos usuários entre o espaço do serviço e a rua é livre, sendo referido por alguns usuários situações de associação para o consumo de outras substâncias psicoativas, de consumo proibido no espaço do serviço.

A recepção é outro espaço de livre circulação dos usuários, mas principalmente local de espera para o atendimento. Trata-se de um espaço de interação entre acompanhantes de pessoas em atendimento e/ou acolhimento no serviço, onde conversas espontâneas propiciam o compartilhamento de experiências de sofrimento, de busca e expectativas em relação ao tratamento demandado ao CAPSad e em outros recursos terapêuticos.

O acesso dos usuários aos espaços de atendimento e de atividades do CAPSad, a exceção da sala de TV e leitura, é autorizado pelos técnicos apenas nos momentos em que estes são realizados. As recepcionistas desempenham o papel de controle do acesso dos usuários às instalações do prédio, com o apoio dos olhares dos vigilantes. O acesso de usuários ao serviço em dias e horários não previstos em seu plano terapêutico individual é restrito, limitando-se ao hall e à sala da recepção. A permanência no espaço do CAPSad justifica-se pelo tratamento, o usuário precisa estar engajado nas atividades, não lhe sendo facultada a possibilidade de “*passar o tempo*” ou abrigar-se no serviço. Os técnicos de referência são acionados para a abordagem de usuários que permanecem no serviço sem participar das oficinas e grupos indicados em seu plano terapêutico. A argumentação da equipe é insistentemente reiterada: “*O CAPS é lugar de tratamento*”.

Além da restrição do acesso dos usuários ao serviço em dias de não agendamento para o atendimento, há restrição em termos de fornecimento de refeição (almoço) àqueles que não contam com atividade prevista para os dois turnos de funcionamento do serviço. Entende-se que a frequência ao CAPSad não pode ser condicionada ao almoço – uma demanda de cunho social e não necessariamente associada à demanda por tratamento.

Em termos de recursos materiais, as necessidades percebidas pelos sujeitos da pesquisa remetem para uma realidade enfrentada por outros serviços públicos, a exemplo da falta de materiais (copos descartáveis para água, de papel toalha nos banheiros, lâmpadas, cartucho para impressão, material para as oficinas etc) e a necessidades de pequenos consertos nas instalações físicas.

O CAPSad possui um veículo próprio. Este é um recurso de grande importância para as suas atividades, particularmente aquelas realizadas no âmbito do território. Dentre as utilidades do veículo, podem ser enumeradas: a) conduzir a equipe para intervenções comunitárias e transportar todo o tipo de material necessário para a sua realização; b) transportar usuários acompanhados por profissional do serviço para unidade de emergência, em situação de atenção à crise; c) transportar usuários em situações específicas até sua residência – ex.: usuário que passou o dia em atendimento de desintoxicação e que, ainda sob efeito de substância psicoativa, pode expor-se a situação de risco, a exemplo de acidentes, em fazer o retorno sozinho para casa; d) transportar profissionais e usuários em atividades extramuros, a exemplo de visitas a espaços da cidade e/ou participação em eventos públicos; e) transportar profissionais em visitas institucionais e visitas domiciliares.

A ausência do veículo pode comprometer as atividades extramuros do CAPS. A existência de dois motoristas no serviço garante cobertura dos turnos diurnos e noturnos de intervenção comunitária. A falta de veículo durante um período, em virtude de problemas mecânicos, repercutiu em descontinuidade das intervenções da equipe do EspaSSos da Rua no território e de visitas institucionais realizadas por esta com o propósito de mapeamento e acesso às instituições para a conformação da rede de atenção integral a crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social assistidos pelo projeto. Destaca-se que a descontinuidade de intervenções junto à população no contexto da rua acarreta importante repercussão na qualidade do vínculo desta com a equipe (relação de proximidade e confiança), condição primordial para toda intervenção com a finalidade de promoção de redução de danos.

Quanto aos recursos humanos, o CAPSad Pernambués conta com um quadro ampliado, composto por: 01 coordenação geral, 01 enfermeira, 02 técnicos de enfermagem, 01 médico psiquiatra, 01 médico clínico⁵⁹, 02 terapeutas ocupacionais, 02 assistentes sociais, 04 psicólogos, 01 arte-terapeuta, 01 terapeuta corporal/ educador físico, 03 oficinairos/redutores de danos, 04 auxiliares administrativos, 02 recepcionistas, 02 motoristas, 04 funcionários de serviços gerais, 04 vigilantes diurnos e 02 noturnos. Entre os profissionais do CAPSad Pernambués, uma equipe encontrava-se dedicada ao Projeto EspaSSos da Rua: 01 enfermeira, 01 psicóloga e 01 assistente social – estes três profissionais com dedicação exclusiva ao projeto –, 03 oficinairos/redutores de danos e 01 motorista/agente de saúde. Esta equipe desenvolvia ações consideradas específicas no âmbito do território. Para a proposta de intervenção do EspaSSos da Rua, os profissionais consideraram a equipe restrita, reivindicando a sua ampliação, inclusive com a incorporação de outras ocupações profissionais (a exemplo do terapeuta ocupacional). A equipe multiprofissional do CAPSad estudado contava ainda com a colaboração de residentes e estagiários.

Dentre os trabalhadores do CAPSad, cabe uma breve consideração sobre a figura dos vigilantes, que atuam em dupla durante o período de funcionamento do serviço. Trata-se de funcionários terceirizados e que desempenham uma função definida em termos da “proteção ao patrimônio”, ainda que em algumas situações sejam convocados (seja por técnicos, usuários ou familiares) a representar a “lei” dentro do serviço. Uma situação ilustrativa foi observada na recepção do serviço enquanto uma mãe aguardava com o filho o atendimento

⁵⁹ Embora previsto como integrante da equipe multiprofissional do CAPSad, o serviço encontrava-se sem este profissional em seu quadro desde novembro de 2006.

psiquiátrico. O rapaz estava bastante agitado e insistia em pegar algo na bolsa da mãe. Esta, já impaciente e sem conseguir estabelecer limite ao rapaz, ao identificar a presença do vigilante na recepção, solicitou-lhe sua intervenção afim de que o filho desistisse da sua bolsa. No CAPSad estudado, os vigilantes trabalham devidamente uniformizados, sendo a única categoria profissional facilmente distinguida entre os trabalhadores do serviço.

4.1.2. Modelo de gestão do CAPSad Pernambués

Uma das primeiras ações no processo de implementação do CAPSad estudado consistiu na identificação dos profissionais que iriam compor a sua equipe multiprofissional. Naquele momento, adotou-se como critério de seleção privilegiado a formação e qualificação na área de álcool e outras drogas. A maioria dos profissionais identificados obteve esta formação específica no próprio CETAD e havia acumulado experiência técnica a partir da atuação em programas de redução de danos. Também o reconhecimento da competência e engajamento profissional, bem como a disponibilidade de tempo para investimento na construção do serviço, contou como requisito para a composição desta equipe. Nesta direção, gestores e profissionais ressaltaram que a composição da equipe multiprofissional do CAPSad esteve referenciada prioritariamente em critérios técnicos:

Então as pessoas que foram selecionadas eram pessoas que tinham experiência com álcool e drogas, que já estavam trabalhando em projetos no CETAD sem nenhum vínculo. Alguns projetos já tinham terminado, estavam sem financiamento, um desses projetos era o consultório de rua, né? É e o CAPS, essa equipe foi selecionada a partir daí em sua maioria, né? Uma outra parte, por exemplo, a psiquiatra, é eu trabalhei com ela no Juliano [Moreira] durante muitos anos, sabia que ela é uma pessoa competente e aí foram feitos, teve duas indicações a partir da competência e da disponibilidade e da afinidade, né? Em tá trabalhando num... num sistema, na... num dispositivo CAPS, dentro da lógica proposta e na especificidade de ser um CAPS de álcool e drogas. Então essa equipe ela foi montada, né? É dessa forma. Não foi... eu diria que não foi uma escolhida politicamente, nem foi um concurso público, né? É, mais uma equipe que foi selecionada a partir da sua identificação com o tema e no... mantinham disponibilidade de trabalhar com esses usuários. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Tem uma coisa que, assim, todos os técnicos daqui, a maioria dos técnicos tiveram um percurso dentro do CETAD, né? Então, já tinham um percurso na toxicomania, já tava atrelado a essa questão. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

Assim, boa parte dessa equipe, da equipe que tá aqui hoje, né, que faz parte do CAPSad, foi uma equipe que, de alguma forma, teve algum contato, né, com o... o CETAD, né? (Grupo Focal Profissionais)

A composição da equipe técnica precedeu a implantação do serviço em seis meses. Apenas um integrante daquela equipe possuía vínculo funcional com a SESAB, todos os demais assumiram um contrato de trabalho terceirizado. Esta circunstância, se por um lado, viabilizou a composição de uma equipe selecionada segundo a afinidade e a competência técnica para a atuação na área de álcool e outras drogas, com repercussão significativa na construção do projeto institucional do CAPSad, por outro, assimilava o embrião da vulnerabilidade de seu modelo de gestão e organização das práticas de cuidado: a precariedade dos contratos de trabalho.

Desde a inauguração do CAPSad, em julho de 2004, até o início de 2007, quando foi iniciado o trabalho de campo no serviço, a maioria dos integrantes da equipe originalmente estruturada permanecia atuando na instituição, incluindo profissionais de nível superior, oficinheiros/ redutores de danos, auxiliares administrativos e vigilantes. Apenas três profissionais haviam sido desligados. Entre os profissionais ressoava de forma expressiva o reconhecimento quanto à contribuição de cada integrante na elaboração do projeto institucional do serviço:

Bem, é... eu tô aqui no CAPS desde que iniciou o trabalho, né, desde a implantação, da problemática toda que envolve a implantação do Centro, né, acolhimento, porta de entrada, recepção, como é que seria a questão do espaço de convivência... [...] eh... a gente trabalhou muito na montagem do CAPS, né, porque seria o primeiro CAPS em Salvador, a gente não tinha parâmetro pra tá comparando qual seria o ideal, né? Dá vale [transporte], não dá, eh... dá... oferece ou não oferece, quais são os dias que estão aqui, qual a modalidade, esse se adequa, esse não, dá no início, não dá, tá dando muito no início, tá dando no início do mês... Então assim, era muita coisa, não é? Nossa reunião clínica é de uma hora até sete horas da noite. Isso não parava, era uma coisa que puxava outra, que puxava outra, que puxava outra, né?, ou seja, de tanto tá querendo saber como lidar com isso. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Então o projeto daqui do CAPS foi construído por todos os técnicos, inclusive eu, né? (Entrevista coordenação CAPSad 2)

...eu sei que essa equipe, né, que eu costumo dizer que é uma equipe privilegiadíssima, não é? É a equipe que estipulou cada pedacinho do Centro, né, independente desse espaço físico. Mas, foi uma equipe que, antes deste serviço começar a funcionar tinha encontros semanais, né?, pra estudar, pra discutir a questão do funcionamento, pra estruturar esse funcionamento. Essa questão do tempo, a equipe começou... antes mesmo de começar a funcionar, a equipe costumava se reunir, né?, junto com o supervisor [...] E, aí, essa equipe começou. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

Profissional 1: No início do CAPS, todo mundo meio que participou de todo o projeto de concepção do CAPSad, desde a Clínica, o Espaço de Convivência, como seria a articulação, como é seria a redução de danos no CAPS... Então, assim, a partir daí...

Profissional 2.: Tudo...

Profissional 1: É, exatamente. A placa... qual seria a cor da placa, o lugar que ela... Todo mundo participou mesmo da implantação. Acho que foi um grande ganho para toda a equipe, e também pros pacientes que vieram pra aqui pro CAPS. (Grupo Focal Profissionais)

O engajamento da equipe multiprofissional do CAPSad na sua implementação traduziu-se em esforços cotidianos comprometidos com a qualidade do serviço em construção, o que foi acompanhado por intensos momentos de discussão, muitas vezes supervisionados, sobre a estruturação das práticas de cuidado voltadas para usuários de álcool e outras drogas no contexto de um serviço substitutivo de saúde mental. Ademais, a implementação do CAPSad confrontou a equipe com uma série de questões e desafios, cuja reflexão coletiva não apenas pôde resultar em estratégias de enfrentamento, como também proporcionou oportunidades de aprendizagem em serviço:

E, aí, a gente precisou fechar o Centro por dois dias, o dia todo, porque a questão do vale-transporte, mas, também, outras questões, né, estavam mobilizando a gente de um jeito que, assim, tipo assim, a equipe estava se colocando... sendo colocada numa situação pela população que a gente atendia, né?, que era uma clientela, eminentemente, de rua. É, com sérios agravos sociais. Então, a equipe precisou fechar o Centro por dois dias pra reestruturar, formar estratégias de enfrentamento para o que estava vivendo, né? [...] Mas, a gente teve várias situações que a gente precisou sentar pra [inaud] a questão do acolhimento, a questão da [inaud], a questão da refeição, o próprio vale-transporte. Então, foi um processo que a gente precisou passar. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

A partir do relato de sujeitos da pesquisa é possível recuperar a dinâmica da construção de um modelo de gestão e de organização do processo de trabalho, que resultou do acúmulo de experiências e das reflexões tecidas por gestores e profissionais ao longo do funcionamento do serviço. Desta maneira, no início de 2007, o processo de trabalho no CAPSad Pernambués encontrava-se estruturado em torno de uma coordenação geral e quatro coordenações específicas: docência, clínica, ações comunitárias e espaço de convivência. A coordenação de docência dividia-se, ainda, em três áreas: pesquisa, estágio e capacitação:

Mas já lhe adianto que estamos mudando. Por quê? As coisas ficavam muito centradas em mim, inclusive isso foi objeto, foi tema de supervisão, né? E tanto tava pesado pra mim que estava adoecendo, mesmo, né? Várias crises de asma. Eu estava sufocando. Como também a equipe sentiu uma falta de autonomia, né? Algumas pessoas colocaram isso. Então, já nesse momento, no... na metade do ano passado a gente começou a trabalhar com coordenações. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A gente criou a Docência e o Espaço de Convivência, depois, com o andar do tempo, no ano passado a gente definiu que era importante ter uma Coordenação da Clínica, não tinha uma Coordenação da Clínica... (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Na estruturação do modelo de gestão do CAPSad Pernambués, revela-se a influência da experiência do CETAD-UFBA, com o delineamento de processos de trabalho muito semelhantes (ALMEIDA, 2008). Mediante a constituição das coordenações específicas almejava-se a descentralização da gestão do serviço, com a definição de espaços para a abordagem e o aprofundamento de questões específicas. Nesta perspectiva, cada coordenação específica deveria ter funções próprias e atuar em articulação e complementaridade com as demais. De acordo com os gestores do serviço, esta organização não incidia na fragmentação ou hierarquização de processos de trabalho. Ao contrário, o modelo de gestão almejado primava pela ampliação da participação da equipe no planejamento das ações, estimulando ainda o trânsito dos profissionais entre as coordenações específicas.

A definição quanto aos gestores do CAPSad Pernambués, seja da coordenação geral ou de ações e projetos específicos, tem levado em consideração a experiência profissional acumulada no âmbito do próprio serviço. Nesta direção, a competência técnica na área parece prevalecer em detrimento de um perfil *a priori* para o exercício da gestão, de forma que a trajetória profissional na área de álcool e outras drogas figura como aspecto que tem legitimado os gestores do serviço. O desenvolvimento de habilidades para a gestão encontra-se entre as aprendizagens produzidas a partir da reflexão sobre o próprio trabalho e do apoio técnico resultante da parceria com o CETAD. Assim, o CAPSad Pernambués tem se configurado como um espaço de formação e qualificação de profissionais para a atuação na assistência a usuários de álcool e outras drogas e suas famílias, mas também para a gestão na área. Alguns profissionais que exerceram a função de coordenação geral e de ações específicas no contexto do CAPSad Pernambués passaram a compor o Grupo Técnico Álcool e outras Drogas da Área Técnica de Saúde Mental do Estado da Bahia, atuando assim na formulação e implementação da Política de Álcool e outras Drogas.

O CAPSad Pernambués tem desenvolvido importantes instrumentos de gestão, que inclui a elaboração de formulários para o registro de informações relativas à clientela – derivadas principalmente de prontuários e instrumentos de registro das intervenções comunitárias – e às atividades desenvolvidas. Na elaboração dos seus instrumentos de gestão, a equipe tem buscado contemplar o registro de dados quantitativos e qualitativos. A

sistematização destes dados pode subsidiar a análise dos processos de trabalho, o planejamento e avaliação das práticas de cuidado pela equipe. Para a sistematização destas informações o serviço desenvolveu um banco de dados com a adoção de *software*, sendo este banco alimentado rotineiramente por auxiliares administrativos. Os relatórios produzidos a partir deste banco de dados podem subsidiar a análise e discussão dos processos de trabalho no serviço durante reuniões técnicas.

A aplicação concreta deste instrumento de gestão foi relatada por um profissional. A produção de um relatório com frequências dos atendimentos realizados segundo categoria profissional teria, em determinado momento, feito constatar que os profissionais de psicologia estavam realizando proporcionalmente mais atendimentos que os de serviço social. A análise da questão teria suscitado que os encaminhamentos feitos por profissionais de psicologia eram mais frequentes entre eles, mesmo quando demandas de cunho social eram explicitadas por usuários e familiares. A questão foi tomada como objeto de discussão durante uma reunião técnica. Como estratégia para o fortalecimento do trabalho interdisciplinar, propôs-se uma apresentação, neste mesmo espaço de discussão, quanto às atividades e possíveis intervenções dos profissionais de serviço social no contexto do CAPSad. Esta atividade encontrava-se entre as experiências apontadas por profissionais do serviço como oportunidade de aprendizagem e integração da equipe. Para além da finalidade da gestão, a sistematização dos dados relativos às atividades do serviço e sua clientela constitui importante material para futuras pesquisas.

Dentre as fontes potenciais de dados sobre o serviço encontram-se os relatórios de atividades, produzidos periodicamente desde sua inauguração em 2004, e que documentam o seu processo de implementação a partir do registro de ações desenvolvidas e das necessidades e dificuldades identificadas por sua equipe multiprofissional. A produção destes relatórios no CAPSad estudado parte da contribuição individual dos profissionais para então ser consolidado pela coordenação do serviço. A produção destes relatórios, à medida que conduz à sistematização das experiências, acaba por propiciar a oportunidade para a reflexão acerca do serviço, com situações de aprendizagem e delineamento de estratégias de intervenção. Pode-se falar ainda em uma apropriação do processo de trabalho por toda a equipe, favorecendo neste sentido o trabalho interdisciplinar – o trabalho de um profissional, por exemplo, ganha visibilidade neste espaço podendo ser melhor compreendido pelos demais e assim também favorecer maior articulação entre as atividades desenvolvidas no serviço. Na elaboração dos relatórios de atividades mensais, a equipe mostrou-se preocupada em contemplar dados quantitativos, relativos aos números de procedimentos e que atendem à

necessidade de informação acerca da produtividade, e dados qualitativos, que dão conta do registro das impressões e interpretações suscitadas a partir das intervenções.

No que concerne à relação com a população assistida, a implementação do CAPSad estudado fez emergir alguns desafios cotidianos para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas, conduzindo a sua equipe à definição de um modelo de gestão marcado pelo delineamento de normas e regras de convivência no contexto do serviço. Este dado aproxima a realidade do CAPSad estudado com aquelas descritas em relação a outros serviços de mesma modalidade (MORAES, 2005, 2008; SILVA, 2006; FODRA, 2008) e convida à reflexão do quanto o CAPSad pode se constituir como um serviço com um modelo de atenção flexível, uma vez pautado pelos princípios da redução de danos, e com um modelo de gestão assertivo, decorrente da necessidade de uma clínica que reconheça o efeito terapêutico da afirmação de limite nas relações sociais:

Quando a gente começou a trabalhar a gente trouxe muito dos conceitos de um CAPS de transtorno mental. [...] A gente trabalhou muito com essa lógica, né, a lógica de um serviço sempre de portas abertas, trabalhando na direção da autonomia, da escuta, da negociação, só que nós começamos a trabalhar com a outra população que era muito autônoma, é... que transgredia o tempo todo, que manipulava, né, que toda essa abertura e negociação funcionava de forma inversa, como é... assim, como incentivo pra que eles transgredissem cada vez mais, inclusive utilizando da ameaça aos profissionais e a outros pacientes. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Esta realidade confrontou a equipe do CAPSad com a necessidade de definição de estratégias de intervenção frente ao perfil da clientela assistida e de demandas correlatas, particularmente aquelas que remetem aos limites, regras e normas que perpassam as relações sociais e a convivência em um espaço coletivo. Nesta direção, as discussões da equipe técnica, apoiadas pela supervisão institucional, permitiram reconhecer o CAPSad – suas atividades, mas sobretudo as relações estabelecidas entre a equipe multiprofissional e a população assistida – como espaço privilegiado de intervenção. Assim, definiram-se as três regras estruturantes do CAPSad Pernambués: não permitir situações de violência, não permitir o uso de drogas, nem o sexo explícito dentro da instituição. Estas devem ser cumpridas por todos, salvo a aplicação de certas *punições terapêuticas* em caso de infrações. Estas três regras foram incorporadas ao processo de admissão ao tratamento no serviço, ocasião em que os novos usuários precisam expressar conhecimento e concordância com as regras e normas do serviço mediante assinatura de um termo de compromisso:

...que a gente definiu três regras básicas de um funcionamento que seria não permitir situações de violência na instituição, não permitir o uso de drogas na instituição, nem o sexo explícito dentro da instituição, o que essas três... assim, a infração a essas três regras, que a gente chamou de regras estruturarias, é... elas estariam sujeitas a limites, a determinados limites, podendo chegar a uma suspensão, né, ou até um desligamento do Centro. E isso foi fundamental, isso funcionou porque é... essas suspensões não... o objetivo não era de punir, né, mas era se tornar terapêutico, isso porque anti-terapêutico era a falta de limite total que existia na instituição, uma certa permissividade por parte dos técnicos. Os técnicos, por medo, passavam a ver as situações, faziam de conta que não viam, que não sabiam como intervir... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

...á a gente passou a se reunir uma vez para concluir as normas de funcionamento, dentro dessas normas ficaram três regras, regras essenciais, que eram: pacientes... não era permitido que o paciente use drogas dentro das instalações do CAPS, que use as drogas; não era permitido que o paciente tenha nenhuma, nenhum tipo de relação sexual aqui e nenhum comportamento de violência dirigido a outros pacientes ou a médicos... (Grupo Focal Profissionais)

As intervenções institucionais têm sido um cotidiano no CAPS devido à complexidade da população, usuários de drogas, moradores de rua, pessoas excluídas, transgressores e outros que passam o dia todo dentro da instituição. Na convivência entre eles e a equipe técnica, a procura ou falta dos limites, é uma característica desta população e tem sido trabalhada dia a dia, na Assembléia, nos corredores, nas oficinas, no pátio, ou seja, na vida institucional do CAPS... (Fragmento do Relatório de Atividades de Fevereiro de 2005, p.18).

Em outra vertente, os próprios usuários sinalizaram a necessidade de um modelo de gestão mais assertivo. As regras e os limites encontram-se explicitados e são constantemente reafirmados nas relações sociais no contexto do CAPSad. Observaram-se, durante período de coleta de dados, situações em que os usuários demandaram dos profissionais uma postura mais assertiva, com exercício do “controle” e de imposição de limites:

Pergunto-lhe em seguida sobre o que está lhe incomodando, qual a sua reclamação. Ele conta que o CAPS tem horário para a realização das refeições. Às 9:00 e 16:00h realiza-se o lanche. Na semana passada teria observado que um usuário chegando ao CAPS às 9:30 recebeu o lanche. Dias depois, ele chegou às 16:45h e não recebeu o seu lanche. Disse que sentiu muita raiva e que ao deixar o CAPS bateu a porta com tanta força que sabe que quase a danificou. (Diário de campo, Julho 2007)

Alguns usuários persistem na argumentação do papel do coordenador da oficina, com a consideração de que a abordagem de um usuário por outro usuário pode incorrer em desavenças e agressão dentro ou fora do CAPS. Os usuários posicionam-se em favor de um “controle” exercido pelo coordenador da oficina. Um rapaz ilustra a questão em discussão referindo-se a uma oficina na qual dois ou três usuários passariam a atividade toda “bagunçando”, sem uma intervenção do oficinairo, considerado “permissivo”. (Diário de campo, Agosto 2007)

Outra questão discutida refere-se ao respeito entre usuários no CAPS. Na semana passada, houve um incidente desencadeado pelo fato de um usuário ter retirado um pedaço de carne da quentinha de outro, o que gerou um conflito. O relato de um usuário demonstra que a “brincadeira” de pegar a comida, suco ou sobremesa do outro é mais ou menos recorrente. De acordo com uma usuária, se houvesse no momento da briga uma arma, era capaz de um matar o outro. Algumas pessoas parecem ter se machucado no incidente. Mais uma vez, os usuários são indagados sobre encaminhamentos para esta situação. Há um consenso de que nestas situações o usuário deve ser “punido”. Para os usuários, a depender da gravidade do ato, esta punição pode ser uma advertência, uma suspensão temporária do serviço ou mesmo a sua expulsão. Menciona-se ainda a possibilidade de intervenção dos vigilantes em situações como a vivenciada. Uma profissional chama atenção para o fato dos vigilantes não terem por atribuição intervenção junto ao usuário, a não ser que seja para isto demandado pela equipe. A questão do “controle” mostrou-se transversal nesta assembléia. (Diário de campo, Agosto 2007)

4.1.3. Os avanços e desafios da implementação do CAPSad Pernambués

Durante seus primeiros dois anos e meio de funcionamento, o CAPSad estudado acumulou alguns avanços significativos quanto ao delineamento de seu modelo de gestão e organização dos processos de trabalho, mas também presenciou a persistência de algumas dificuldades. Por mais contraditório que possa parecer, avanços e dificuldades encontravam-se atrelados a um mesmo componente: os recursos humanos.

A implementação do CAPSad desencadeou um processo participativo entre os integrantes de sua equipe, de modo que todos se reconheçam co-autores do projeto institucional do serviço e da gestão dos processos de trabalho. A referência quanto à participação na discussão dos problemas e dos desafios suscitados pelo cotidiano do funcionamento do serviço e da assistência à sua clientela, bem como no delineamento de estratégias de enfrentamento, foi reiterada nos discursos de gestores e profissionais. A esta circunstância, pode ser então atribuída uma postura de co-responsabilidade destes sujeitos pela qualidade das práticas de cuidado do serviço:

As pessoas gostam de vim trabalhar aqui, tem orgulho do trabalho que fazem e aí fazem melhor o... na minha concepção, né, fazem melhor esse trabalho, eu acho que isso tem um retorno para o paciente, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Assim, foram criados espaços institucionais para a reflexão dos processos de trabalho, o que vieram a se constituir em oportunidade de aprendizagem em serviço ou de educação permanente (CECCIM, 2005). Quanto a estes espaços, foram mencionados: reuniões técnicas ampliadas e reuniões por coordenações específicas (clínica, docência, espaço de

convivência, ações comunitárias) de periodicidade semanal, grupos de estudo, supervisão institucional. Como resultado desta dinâmica, considerou-se como um dos principais avanços obtidos com a implementação do serviço a própria qualificação técnico-científica da equipe, qualificação esta que, por sua vez, propiciou outros avanços relevantes.

Embora na composição da equipe multiprofissional do CAPSad estudado tenha sido adotado como critério de seleção a formação técnica para atuação na área de saúde mental e na assistência a usuários de álcool e outras drogas, não havia uma homogeneidade nas trajetórias profissionais dos profissionais inicialmente contratados. Nesta perspectiva, alguns sujeitos destacaram os momentos de interação com outros colegas e as conseqüentes trocas de experiência como oportunidade de aprendizagem em serviço:

Tem uma coisa que, assim, todos os técnicos daqui, a maioria dos técnicos tiveram um percurso dentro do CETAD, né? Então, já tinham um percurso na toxicomania, já tava atrelado a essa questão. Como os técnicos já tinham percurso em saúde mental, em hospital psiquiátrico, então, eu acho que foi uma troca, não é? Foi um meio de troca... (Entrevista coordenação CAPSad 3)

Além das oportunidades informais de aprendizagem, foram instituídos no serviço espaços estruturados para a qualificação técnico-científica. A parceria com o CETAD resultou em um programa de educação permanente do quadro técnico do CAPSad como parte da supervisão institucional:

Eu acho que o fato de ter um espaço... toda quinta-feira fechar o serviço, ter um espaço de reunião de... foi feito todo um investimento dessa equipe, tanto o investimento da supervisão quanto o investimento de capacitação da nossa própria equipe. Nós temos um convênio com o CETAD, até hoje somos capacitados pelo CETAD, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Neste processo de formação e qualificação da equipe em serviço, outro avanço expresso por gestores e profissionais do CAPSad estudado remete para a construção coletiva de um embasamento teórico orientador das práticas e dos projetos de intervenção. A partir das necessidades percebidas e em torno das coordenações específicas do serviço, os profissionais referiram a organização de momentos de estudo, com a sugestão de leituras e discussão de temáticas relacionadas ao trabalho cotidiano:

Se eu quiser com você ou com outro tá discutindo, mas tem um embasamento teórico é muito forte aqui. [...] eles pegam, discutiram a questão, na hora que a gente vai pra rua... a gente tá lendo agora dois artigos pra discutir com os meninos sobre intersectorialidade, né, porque não necessariamente o redutor de danos, a terapeuta ocupacional, o técnico de enfermagem tem obrigação de saber disso, na formação deles isso não aparece, aparece muito em serviço social porque a gente trabalha muito com serviço público e serviço social trabalha muito com o SUS, esse princípio do SUS está muito embutido no serviço social, não necessariamente os técnicos foram discutir isso, né? (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Como consequência desta qualificação técnico-científica, gestores e profissionais apontaram outros avanços que se acumularam na construção do CAPSad, dentre os quais o aperfeiçoamento da capacidade docente da instituição, a concepção de projetos de intervenção e a produção científica:

Eu acho que a equipe amadureceu muito, né? Acho que uma equipe que o fato de ter essa parte docente, presente no CAPS é... é uma equipe que tá produzindo muito, que tá escrevendo, a gente tá agora organizando um livro com relatos de nossas experiências, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Acho que as ações de docência que a gente tem feito são muito importantes. Os CAPS, as pessoas que passam por aqui, já foram muitos, os estudantes... é poder tá formando recursos humanos pra poder incrementar essa reforma, é fundamental, né? Eu diria que... que essa é uma ação importantíssima, uma das mais importantes que a gente faz aqui, poder criar novas tecnologias de trabalho, pesquisas, né? Ser um Centro que tá voltado pra isso, dar um estudo, desenvolver novas técnicas, novas possibilidades [...] a gente cria muitos processos aqui dentro, né, tem um espaço para se criar atividades, para se pensar intervenções na rua... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Entretanto, na potencialidade do CAPSad Pernambués também repousava a sua fragilidade. O investimento desferido na formação e qualificação técnica de seus profissionais não foi acompanhado por um investimento na qualificação das condições de trabalho. Desde sua implantação, a exceção de um único profissional, toda a equipe multiprofissional do CAPSad foi terceirizada. De acordo com gestores e profissionais, esta era a principal dificuldade vivenciada pelo serviço ao longo de sua existência. Dentre os três profissionais que participaram da elaboração do projeto institucional do CAPSad e de sua implementação e que haviam deixado de integrar a equipe, em janeiro de 2007, dois teriam se desvinculado da instituição pela oportunidade de contratos de trabalho mais sólidos, com a garantia de direitos sociais trabalhistas:

Saíram três pessoas dessa equipe, saíram agora mais recentemente, não é? É, por questões pessoais e, ou assim, falta de... não foram todos que se adequaram bem à essa proposta de trabalho, né? Aqui teve um profissional que eu indiquei a saída dele, é, porque eu tenho essa autonomia junto com a coordenação de saúde mental pra propor a substituição de profissionais que eu considere que não estão, é, não estão trabalhando de uma forma, dentro da lógica que a gente tá propondo, né? E... teve um profissional que eu indiquei e dois outros profissionais que saíram porque... por questões pessoais e porque tiveram outras oportunidades. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A insatisfação com as condições do contrato de trabalho era compartilhada entre os integrantes da equipe. As queixas dos profissionais do CAPSad referiam-se a constantes atrasos do pagamento de salários e a falta de garantias trabalhistas, como férias, licença maternidade e décimo terceiro salário:

Eu diria que o contrato de trabalho não é um contrato. É... eu diria que é desmotivante assim no sentido de que as pessoas não têm nenhum vínculo empregatício, eles são cooperativados, não são empresas, né? É, os direitos trabalhistas eles não são considerados nesse contrato de trabalho e acho que isso é um problema também. [...] Então, eu sinto que... é uma equipe que a gente investe, que os salários são pouco mais altos do que os salários que eles ganham, né? Não pode chamar de salário, era um pouco mais alto, mas eles não têm nenhuma garantia, todas essas garantias que um trabalhador tem, eles não têm, né? Então, isso afeta um pouco o funcionamento da... do serviço. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A gente trabalha, hã, hã, hã, e não tem um mês de férias, como é que pode? A gente lidar com essa população que toma a gente o tempo inteiro, porque suga mesmo e nenhum profissional desses tem um mês de férias pela forma de contratação que é imposta nesse... nesse, né, contrato que é perverso, né? (Grupo Focal Profissionais)

Eu acho que a gente banca isso a duras penas, assim, por um projeto ideológico pessoal de cada técnico que tá aqui. Mas, é muito complicado estar desde dezembro com o salário atrasado. (Grupo Focal Profissionais)

A gente tá fazendo isso aqui de... desde sempre, desde que o CAPS abriu, essa equipe aqui, a maioria da equipe tá desde quando o CAPS abriu. E, sempre foi essa história de ficar meses sem receber salário, meses sem definição. “Vai pagar?”. “Eu não sei”. Porque não tem nem idéia de quando vai pagar. A gente tá sem saber quando vai pagar. Então, não é acaso que tem três meses sem pagar, apenas. Então, três meses sem pagar e sem perspectiva. Então, que reconhecimento que se dá aqui, desse trabalho que a gente faz? (Grupo Focal Profissionais)

Reconhecendo ser esta uma dificuldade comum à realidade de outros tantos CAPS em municípios brasileiros e dimensionando sua repercussão na própria consolidação deste dispositivo de atenção à saúde mental, considerado estratégico para a reorientação do modelo assistencial a partir da configuração de uma rede de atenção de base comunitária e promotora

dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental e transtornos decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras drogas, um dos sujeitos da pesquisa expôs, na condição de gestor na área de saúde mental, algumas de suas reflexões acerca da questão da política de recursos humanos e sua implicação para o processo de reforma psiquiátrica:

Eu acho que a gente não encontrou ainda um contrato de trabalho é... que não é pra mim assim um concurso público mega e vem qualquer pessoa trabalhar nessa lógica de CAPS, nem é esse contrato que a gente tem aqui, onde as pessoas perdem as garantias trabalhistas, né? Acho que nos CAPS como um todo as equipes são muito mal remuneradas e às vezes ficam até pensando que a gente tem que pagar o ônus da reforma que propusemos, e não acho que isso seja justo. Não acho possível uma equipe com pessoas que tem o quê? Vários empregos para sobreviver, que essas pessoas possam, possam ter fôlego pra fazer tudo isso que a gente tá falando aqui, né? Então eu acho que esse ainda também é um grande nó... [...] E a forma de contratação ainda não é ideal, eu não sei lhe dizer qual seria ideal, se seria possível fazer uma seleção pública justa, né, pra que não tenha as indicações políticas, pra que preserve a possibilidade das pessoas concorrerem igualmente, mas concorrerem que... um realmente, né, que tenham pessoas que queiram ter uma identidade com esse trabalho, senão não funciona, não é possível que alguém que tenha medo de louco vá pra trabalhar num CAPS, ele não vai... ou que tenha medo de usuários de drogas e vá ser... Quando eu vi tantos profissionais no Juliano [Moreira] nessa situação, né? O sofrimento de trabalhar nessa situação, porque eu acho que isso não... não é possível. Acho que falta ainda uma clareza maior na política, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A precariedade dos contratos de trabalho produzia grande insatisfação entre os profissionais do serviço desde a sua implementação. Havia entre os sujeitos uma expectativa de que a questão dos contratos de trabalho pudesse ser contornada com a mudança da gestão estadual de saúde. Todavia, seis meses depois do início da nova gestão, a problemática mostrava-se persistente. De forma gradativa, o serviço vinha perdendo profissionais (uma médica clínica, uma assistente social, dois auxiliares administrativos, um motorista) sem que houvesse novas contratações. Na maioria dos casos, a insatisfação com o contrato de trabalho foi considerada como o fator motivacional. Para os profissionais que optaram por permanecer trabalhando no serviço, a insegurança em relação ao contrato de trabalho fazia-se manifesto, ocasionando, por vezes, conversas espontâneas sobre concursos públicos ou oportunidade de emprego entre os mesmo nos momentos de interação na sala dos técnicos:

Percebe-se um clima tenso no serviço. Hoje a equipe havia sido informada de que não seria realizado o pagamento do salário [de dezembro]. Estão com três meses de atraso (dezembro/2006, abril e março de 2007). Em três anos de contrato, não há uma data fixa para o pagamento, os atrasos são freqüentes, com anúncios frustrados de que o pagamento será efetuado em determinada data, como foi o caso de hoje. (Diário de campo, Maio 2007)

“Quem é que quer trabalhar aqui?”. A instabilidade do vínculo empregatício é uma experiência compartilhada entre os técnicos. A conversa sobre concursos e oportunidades de emprego é freqüente. Nesta manhã, duas técnicas pesquisavam juntas na internet sobre concursos. Todos os técnicos de nível superior que permanecem no CAPS têm um segundo emprego. (Diário de campo, Agosto 2007)

A insatisfação com a precariedade dos contratos de trabalho enfim culminou, em junho de 2007, no pedido simultâneo de demissão de sete profissionais (seis de nível superior e um de nível médio) e no afastamento da coordenadora geral do serviço. Entre estes sujeitos, a situação foi descrita como “insustentável”. Todos os profissionais demissionários atuavam no serviço desde o processo de discussão e elaboração do seu projeto institucional. A decisão quanto à demissão foi mantida pelos profissionais a despeito da escuta e abertura para negociação instaurada pela gestão estadual de saúde mental. A proposta de renovação dos contratos de trabalho pelo período de seis meses não figurava como uma solução efetiva ao impasse, persistindo a sua precariedade. O engajamento e vinculação destes profissionais com o serviço refletiu em um desligamento marcado por muito sofrimento e por despedidas emocionadas. Além das sete demissões simultâneas em junho de 2007, ao longo dos meses subsequentes deixaram de trabalhar no serviço outros três profissionais – dois a convite para compor a equipe gestora da área de saúde mental do Estado, através do Núcleo de Apoiadores Institucionais – NAI.

A contratação de novos profissionais para a atuação no serviço apresentava-se como uma preocupação daqueles que deixavam a equipe. Esta contratação era considerada como uma necessidade a ser atendida com o máximo de brevidade de forma a recompor o quadro técnico do serviço e não comprometer a assistência a usuários e familiares. Por outro lado, havia ainda a preocupação com a formação e qualificação dos novos profissionais para atuação no serviço, o que era argumentado em termos da especificidade e do desafio da atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas.

Durante o período de transição (julho-agosto de 2007), observou-se o compromisso de alguns profissionais demissionários com a assistência de usuários do serviço. A médica psiquiátrica e uma psicóloga disponibilizaram alguns turnos de atendimento aos usuários em outros serviços da rede de saúde (Hospital Juliano Moreira e CETAD) através de articulação firmada pela coordenação do CAPSad. Estes atendimentos tiveram duração até a contratação dos novos profissionais. O período de transição representou uma fase de certa vulnerabilidade do serviço, com evidente sobrecarga de trabalho dos profissionais que permaneceram

vinculados ao mesmo. Além do maior volume de trabalho acumulado entre estes – em alguns casos com sobreposição de funções desempenhada na equipe –, a maioria mantinha outro vínculo trabalhista.

Em termos de organização do serviço, realizou-se o esforço de manter a oferta de atividades, especialmente oficinas e grupos terapêuticos, em todos os turnos da semana. Aos residentes de saúde mental com prática no serviço abriu-se a perspectiva de uma atuação mais proativa. O serviço manteve-se funcionando sem médico clínico e médico psiquiatra, referenciando os usuários para atendimento de emergência em outros serviços de saúde da rede, principalmente o Hospital Juliano Moreira e o Hospital Mário Leal. Este encaminhamento era feito de modo implicado, mediante ofício ou contato por via telefônica, de forma a garantir o atendimento do usuário pelo outro serviço. A expectativa de usuários e familiares quanto à contratação dos novos profissionais apresentava-se muito grande, expressa em constante indagação sobre a chegada dos mesmos ao serviço.

Entre usuários e familiares em tratamento no serviço, a situação foi acompanhada com muita inquietação. Temia-se a perda de qualidade da assistência e mesmo o fechamento do serviço. Muitos assinalavam ainda a qualificação dos profissionais, considerados por estes como competentes pela participação em cursos e acúmulo de experiência em serviço. Do ponto de vista de um usuário, os novos profissionais chegariam ao serviço apenas com a “teoria”. Neste clima, observou-se algum movimento orientado para a mobilização social de usuários e familiares: uma greve dos usuários foi realizada em apoio aos profissionais com salários atrasados e um abaixo assinado teria sido concebido entre familiares como forma de reivindicar ao Governo do Estado o não fechamento do CAPSad. Ainda que estes movimentos tenham tido repercussão restrita, a sua existência aponta para a vinculação dos sujeitos com os profissionais e o serviço:

A familiar declara confiar na equipe do CAPS e a avalia como competente. Daí sua preocupação quanto ao futuro do serviço. Ela me conta que o atual Governo quer “começar o serviço do nada”, realizando concurso para contratação de novos profissionais. Para ela a questão é que os profissionais do CAPS são qualificados, o Governo anterior teria investido em sua qualificação. Com a história de abandono do primo, ela receia pela repercussão da troca de profissionais na própria adesão ao tratamento. Para tanto, faz referência a sua passagem por outros serviços. Acrescenta que os participantes do Grupo de Família estão considerando fazer um abaixo assinado para manutenção da situação atual. Conta-me, por fim, que outra familiar tem um irmão que está vendo a possibilidade de agendar uma audiência com o Governador. (Diário de campo, Abril 2007)

A despeito da crise do serviço frente à insatisfação da equipe com as condições de trabalho, houve um movimento no sentido de não torná-la “pública” ou de permitir que a mesma repercutisse na qualidade da assistência. Entretanto, esta não deixou de ser percebida por usuários e familiares. Observou-se principalmente entre alguns usuários com um período mais prolongado de frequência ao serviço uma preocupação quanto à continuidade do tratamento. Uma familiar relatou que o irmão havia demorado muito a aceitar iniciar o tratamento para o alcoolismo e que receava que as mudanças no serviço pudessem comprometer a sua adesão. Outro usuário demonstrava grande ansiedade diante da iminência da saída da profissional que atuava como sua técnica de referência. De forma muito emocionada, ele narrou a respeito da dificuldade de estabelecer com esta uma relação de confiança. Ponderou que o primeiro ano de seu tratamento no serviço tinha sido de construção deste vínculo. A ansiedade produzida pela situação foi acompanhada de consumo de álcool e maconha – o consumo desta última era justificado para relaxar e conseguir dormir –, caracterizando episódios de recaída e crise.

A precariedade dos contratos de trabalho tem sido uma realidade em muitos serviços substitutivos de saúde mental, particularmente no Estado da Bahia, configurando uma rotatividade expressiva dos profissionais e descontinuidade de projetos institucionais e terapêuticos (NUNES, 2009). A questão aponta para a necessidade de fortalecimento da política de saúde mental, especialmente quanto aos recursos humanos, como ação a conferir sustentabilidade ao projeto da reforma psiquiátrica. Considerando-se que o estabelecimento de vínculo e a construção de relação de confiança constituem importantes condições para a atenção psicossocial, a questão ganha relevo ainda mais pronunciado ao comprometer ou fragilizar projetos terapêuticos individuais. A este respeito, as narrativas de alguns usuários sobre as mudanças percebidas no serviço durante o momento de saída de antigos profissionais e inserção de novos revelaram-se elucidativas:

Refere que ela e outros usuários amigos seus não estão gostando do CAPS, que considera estar funcionando “devagar, quase parando”. Acrescenta que quando o serviço funcionava no Canela “sentia mais firmeza”. A usuária comenta que com o novo Governo o CAPS passou por mudanças, vários técnicos deixaram de trabalhar no serviço e agora todo dia tem gente diferente no CAPS, não se conhece mais as pessoas. Fala ainda do vínculo que ela e outros usuários tinham com os antigos técnicos. Com a chegada de novos profissionais, considera que será necessário “começar tudo de novo”. (Diário de campo, Julho 2007)

O tema foi objeto de discussão durante assembleias do CAPSad, constituindo-se em ponto de pauta proposto por usuários:

Um usuário pergunta aos técnicos sobre a “divergência do CAPS com o Governo”, quer saber se já foi resolvida a questão da “carteira de trabalho”. A técnica que coordena a assembléia informa que esta semana os novos profissionais estão começando a trabalhar no CAPS. (Diário de campo, Setembro 2007)

Para [o usuário] o grande problema do CAPS é o fato do não pagamento dos salários dos profissionais pelo Governo. Declara que o CAPSad ficou prejudicado com a saída dos “profissionais pioneiros” e que desde então o serviço tem mudado muito. Relata, ainda, que quando começou a freqüentar o CAPS só vivia “lombado”, usava álcool e maconha diariamente e que obteve muita ajuda no CAPS. Antes, fazia o tratamento intensivo, atualmente está no CAPS apenas nas quartas-feiras e faz uso de um ou dois cigarros de maconha ao mês. Outro usuário também declara que o CAPS o ajuda muito, que hoje ao chegar ao serviço teria conversado com três profissionais que o escutaram com atenção. (Diário de campo, Novembro 2007)

A seleção dos novos profissionais para recompor a equipe do CAPSad Pernambués foi realizada em agosto de 2007 sob condução da instituição contratante e acompanhamento da gestão estadual de saúde mental e coordenação do serviço⁶⁰. Este foi um processo seletivo concorrido, com muitos candidatos inscritos. Diante do resultado, depreende-se o peso dos critérios apontados como relevantes desde a implantação do serviço. Assim, entre os novos contratados identificaram-se profissionais com experiência acumulada em serviços substitutivos de saúde mental; em programas comunitários ou sociais; na atenção a usuários de álcool e outras drogas – em hospital psiquiátrico, no CAPSad (ex-estagiários ou colaboradores) e CETAD (ex-estagiários e profissionais do Consultório de Rua). Foi contratado ao final deste processo seletivo para a recomposição do quadro de profissionais do CAPSad Pernambués o total de 18 profissionais⁶¹ – 01 Educadora Física, 05 Psicólogos, 02 Assistente Social, 02 Terapeutas Ocupacionais, 02 Enfermeiras, 01 Médica Psiquiatra, 01 Oficineiro, 01 Motorista, 02 Auxiliares Administrativos, 01 Auxiliar de Enfermagem. A contratação de médico clínico e de psiquiatra permanecia como uma importante lacuna. Alguns médicos chegaram a ser contratos, mas com uma passagem muito efêmera pelo serviço. A dificuldade de contratação de profissionais médicos era remetida a alguns fatores: à precariedade do contrato de trabalho; à escassez desta categoria profissional na rede de saúde

⁶⁰ A seleção previa a contratação de profissionais para os três CAPS docente-assistenciais, sob gestão estadual.

⁶¹ A equipe do CAPSad passava então a ser composta pelo total de 29 profissionais: 01 Educadora Física, 07 Psicólogos, 03 Assistentes Sociais, 03 Terapeutas Ocupacionais, 02 Enfermeiras, 01 Médica Psiquiatra, 03 Oficineiro, 02 Motoristas, 03 Auxiliares Administrativo, 02 Auxiliares de Enfermagem, 02 Recepcionistas. Uma equipe composta por motorista, psicólogo, enfermeira e assistente social e a colaboração de três oficineiros era dedicada ao Projeto EspaSSos da Rua.

e à especificidade da demanda da população assistida: “*Não há médicos interessados em trabalhar no CAPSad*” (Diário de campo, Agosto 2007).

A observação quanto ao processo de demissão de alguns profissionais do CAPSad Pernambués e a contratação de novos integrantes para a recomposição de sua equipe multiprofissional possibilitou dimensionar, em certa medida, o seu papel na formação e qualificação de quadros técnicos para a gestão e para a assistência na área de álcool e outras drogas. Entre os profissionais demissionários, alguns retornaram para o CETAD ou passaram a compor o Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas, vinculado à Área Técnica de Saúde Mental da SESAB, atuando, portanto, na formulação e implementação da política de saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas no Estado da Bahia. A contratação de profissionais que tiveram inserção prévia no serviço na condição de estagiário, residente de saúde mental ou profissional voluntário apresenta-se como outro indício da potencialidade do serviço para a formação e qualificação de profissionais para atuação na área.

A despeito das novas contratações para a recomposição da equipe multiprofissional do CAPSad Pernambués, a precariedade dos contratos de trabalho era reproduzida, persistindo situações como o atraso no pagamento de salários. Deste modo, não demorou muito tempo para que um velho discurso emergisse entre novos profissionais do serviço:

Também expressava sua insatisfação com as condições de trabalho (vínculo empregatício precário, não poder ter férias, não ter décimo terceiro), dizendo-me que a situação o deixava por vezes “deprimido”. Queixa-se, ainda, da cobrança de produtividade do serviço. Eu o escutava com atenção e ao mesmo tempo tinha a impressão de que a mudança dos sujeitos (profissionais) no CAPS não havia promovido a mudança de discurso. O profissional tem menos de três meses no serviço e insatisfações semelhantes a quem aí trabalha há três anos. (Diário de campo, Novembro de 2007)

Com estas contratações, o serviço tinha sua equipe multiprofissional recomposta. O quantitativo de novos profissionais na equipe, em número superior aos antigos, provocou certa inquietação entre estes últimos quanto à continuidade do projeto institucional, o qual era considerado como resultado de um processo de estudo e discussão da equipe que participou da implantação do serviço com o apoio da supervisão institucional oferecida pelo CETAD:

A profissional lembra-se da trajetória da equipe que deixou o CAPS, do investimento feito em estudo para consensuar uma diretriz para a clínica do serviço. Sente que “tudo” está

muito desarticulado no momento. A coordenação fragmentada⁶² não tem poder de decisão, os novos técnicos estão chegando, ela ainda está os conhecendo, mas refere que cada um “pensa diferente”. [...] pondera que os últimos meses foram difíceis pelo empenho dos profissionais que permaneceram no serviço em dar continuidade ao projeto institucional. (Diário de campo, Setembro 2007)

Ressalta que acha que seria interessante escutar os novos técnicos, saber como eles estão chegando ao serviço, afinal a condição de inserção destes na instituição é muito diferente daquela experimentada pelos técnicos que deixaram o CAPS. Acha interessante, por exemplo, saber como eles estão pensando o serviço. O seu comentário me chama muito atenção. Ela me diz que não sabe ainda como vai ficar o CAPS. Pensa que ele pode permanecer como está, tal como concebido pelos técnicos antigos, mas que também pode mudar. Afinal, hoje os técnicos novos são maioria no serviço: “se eles quiserem, eles mudam o CAPS”. (Diário de campo, Setembro 2007)

...comenta que quando da chegada dos novos técnicos ficou preocupado, considerando que teriam [os profissionais remanescentes] trabalho. Hoje, considera que a equipe composta pelos novos técnicos é compromissada, ainda que admita que falte a esta a mesma bagagem teórica e prática que a anterior. Pontua que aquela primeira equipe também pôde fazer acúmulo teórico e de prática a partir da experiência. (Diário de campo, Novembro 2007)

Neste momento de reorganização do serviço, algumas estratégias mostraram-se coerentes com o propósito de continuidade do projeto institucional, tendo em vista a reprodução de seu modelo de gestão e organização dos processos de trabalho. A coordenação geral do CAPSad foi assumida por uma profissional que integrava a equipe deste o momento de elaboração do projeto institucional e implantação do serviço. As coordenações de ações específicas, na medida do possível, seguiram esta mesma lógica, sendo delegadas aos profissionais mais antigos no serviço. Apesar do encerramento da cooperação técnica com o CETAD para a supervisão institucional ao CAPSad, a parceria com esta instituição foi mantida. Outro apoio importante era oferecido pelo Grupo Técnico de Álcool e outras Drogas, Área Técnica de Saúde Mental/SESAB, que contava com a atuação de antigos profissionais do CAPSad. Para a inserção dos novos profissionais, o investimento na educação permanente foi retomado e intensificado:

...pondera que o CAPS sofreu as consequências da saída dos antigos técnicos, mas que aos poucos vai se organizando. Considera que os novos técnicos têm assumido as tarefas com compromisso. Refere, ainda, o projeto de convidar profissionais do CETAD e de outros serviços para a discussão de determinados temas durante as reuniões técnicas, cita a Toxicomania, o Matriciamento e a Redução de Danos como temas com convidados já identificados. Compreendo que esta constitui uma estratégia de educação permanente.

⁶² Durante o período de transição, o serviço esteve sob coordenação de uma comissão gestora composta por três profissionais.

Também observei que no quadro das atividades do serviço foi acrescentado um horário para a reunião da clínica (ou de discussão de casos clínicos), a ser realizada na noite de quinta-feira, após a reunião técnica. (Diário de campo, Outubro 2007)

Outra estratégia observada e que mantinha relação com o propósito de continuidade do projeto institucional do CAPSad Pernambués refere-se ao modo como se conduziu a inserção dos novos profissionais nas atividades do serviço. Esta inserção foi conduzida de forma gradativa, sendo precedida por leituras introdutórias e pela formação de duplas de trabalho para as primeiras intervenções (profissionais “novos” e profissionais “antigos”) – uma espécie de estágio observacional. A solicitação de apoio era mútua. Os novos profissionais buscavam esclarecimentos sobre a organização dos processos de trabalho e suporte às suas primeiras intervenções. Os profissionais antigos, que vinham sobrepondo funções com a redução da equipe, solicitavam apoio ao desenvolvimento de algumas de suas atividades. Neste fluxo, dava-se tanto a inserção dos novos profissionais ao serviço quanto se teciam as parcerias internas. Com esta estratégia de inserção, muitos dos novos profissionais acabaram se engajando em atividades já definidas no projeto institucional. Alguns meses depois desta inserção, puderam ser observados movimentos no sentido de revisar os projetos pré-existentes ou mesmo de proposição de novas atividades. Em ambos os casos, de revisão ou de proposição de atividades novas, foi colocada pelo serviço a necessidade de submissão dos projetos de intervenção para a discussão da equipe:

Pergunto como tem sido sua inserção nas atividades, ele responde que tem acompanhado algumas oficinas e ainda não sabe se irá propor atividades novas, por enquanto está pensando... (Diário de campo, setembro 2007)

[A profissional] começou a trabalhar no CAPS na semana passada. Tem acompanhado os técnicos nas oficinas e acolhimento. Contou que a oficina desta manhã era a segunda que acompanhava. Na quarta-feira passada participou da oficina de teatro. Hoje, acompanhou alguns acolhimentos. Esta tem sido, em realidade, a estratégia de inserção dos novos técnicos no serviço. Para mim, também um mecanismo que favorece a reprodução das práticas. (Diário de campo, novembro 2007)

A precariedade das condições de trabalho, entretanto, permanece como uma dificuldade importante. Mesmo o compromisso ético-político com a construção de um serviço de qualidade e resolutivo não tem garantido a fixação de profissionais no quadro técnico do CAPSad Pernambués. Até o final do período de coleta de dados, em março de 2008, acompanhou-se a substituição de dois profissionais na equipe. A possibilidade de um vínculo

empregatício mais estável e com garantia de direitos trabalhistas teve grande peso na tomada de decisão de saída destes profissionais.

Outro importante desafio que se revela transversal ao processo de implementação e organização do processo de trabalho no contexto do CAPSad Pernambués refere-se à tônica conferida à produtividade. A discussão em torno da produtividade revelou-se bastante controversa. Os critérios de produtividade do serviço encontravam-se definidos no contrato firmado entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da gestão estadual de saúde mental, e a instituição terceirizada responsável pelos contratos de trabalho dos profissionais do CAPSad e os outros dois CAPS docente-assistenciais. Este contrato estabelecia metas de produtividade centrados em procedimentos. O cumprimento das metas de produtividade era acompanhado mediante elaboração de relatórios mensais pelo serviço. Os salários estavam condicionados a uma produção coletiva, o que, associado à falta de garantias trabalhistas, acarretava muita insatisfação na equipe do CAPSad, tendo em vista que a ausência de um profissional no serviço repercutia ou no aumento da carga de trabalho da equipe para o cumprimento das mesmas metas de produtividade ou na redução de salários por não atingi-las:

Eu penso que o vínculo [trabalhista] é problemático para a gente, porque a gente também tem que atender a algo que é... é... em torno da produtividade, né, mensal. Então, eu acho que o vínculo, pra mim, é problemático nesse sentido. (Grupo Focal Profissionais)

Eu acho mais perverso, ainda, se a gente for pensar nisso. Porque você diz assim, você pode ter férias, mas você não vai receber. Assim, como a gente trabalha atrelado a uma produtividade que é ge... que é global, então, assim, eu não vou tirar férias porque eu não vou receber. Mas eu não vou receber e a equipe também vai receber menos, vai produzir menos. Então, é... é... é... é perverso em dois sentidos. É perverso no sentido do direito... (Grupo Focal Profissionais)

Entre os critérios e indicadores quantitativos de acompanhamento da produtividade do serviço (mensal e anual) foram identificados: a) Número de acolhimento e recolhimento a usuários; b) Número de usuários atendidos; c) Número de usuários em tratamento no CAPS nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não intensivo; d) Número de encaminhamentos externos; e) Número de acolhimentos e recolhimentos a familiares; f) Número de atendimentos individuais feitos a familiares matriculados pela equipe multiprofissional; g) Número de atendimentos médicos; h) Número de atendimentos individuais feitos a usuários pela equipe multiprofissional; i) Número de atendimentos em grupo feito a usuários pela

equipe multiprofissional; j) Número de atendimentos em grupo feito a usuários pela equipe multiprofissional - número de grupos e oficinas; h) Número atendimentos em grupo feitos a usuários pela equipe multiprofissional - número de encontros. Além destes procedimentos, a produtividade do serviço contemplava ainda atividades docentes (estágio supervisionado, treinamento e capacitação de profissionais de outros serviços) e pesquisa.

No âmbito do serviço, foram mencionadas pelos profissionais situações de cobrança em torno da produtividade, ainda que a gestão do CAPSad Pernambués tenha se posicionado criticamente à hegemonia da lógica de produtividade centrada em procedimentos em detrimento da qualidade do cuidado. A ênfase na produtividade vinha sendo vivenciada pelos profissionais como certa burocratização do cuidado:

Eu tenho uma certa cobrança com a equipe porque é... eles têm que anotar a produção, né? Tem uma folha, tem todo um sistema pra gente poder prestar as contas para a [contratante]. E às vezes as pessoas sentem, assim, cobra, cobra produção, mas o salário atrasa, né? O dinheiro atrasa. Esse contrato que não dá direito a nada. Então, isso, eu diria que essa questão da produtividade junto com o pagamento é um ponto de tensão, né? Mas que não tem inviabilizado o serviço, mas é um ponto de tensão. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Isso é terrível, né? Você dá bom dia a uma pessoa e ter que anotar no prontuário que você fez a intervenção com essa pessoa ou que você atendeu essa pessoa. Isso é... assim tá difícil. (Grupo Focal Profissionais)

Na hora que eu quero, né, atenta a questão clínica do paciente e tal, etc... eu sou atravessada por uma questão extremamente burocrática. Quantos foi aqui, qual o número aqui, preencha aqui, ele foi mesmo ao médico, não foi, então precisa de uma coisa assim e isso é uma opção. Essa coisa de a quantidade de pacientes que a gente aparentemente parece pouca, mas é... são pessoas, muito pacientes... (Grupo Focal Profissionais)

A produtividade do CAPSad estudado, segundo a produção de APACs, era considerada baixa. Como outros serviços participavam do mesmo contrato com a instituição terceirizada e as metas de produtividade estavam definidas em termos de um média de produção entre estes, a baixa produção do CAPSad acabava sendo compensada pela produtividade de outros serviços:

Nosso CAPS sempre foi visto... é... como algum lugar que tá produzindo pouco, que precisa aumentar, que precisa aumentar. (Grupo Focal Profissionais)

Todos os serviços que estão nesse convênio, né? Nesse contrato [...] juntos têm que ter uma determinada produtividade, né? E nós entramos nisso. E eu diria que há uma compreensão,

na produtividade é mais baixa, né? É... Que um serviço compensa o outro. Então o CAPS... o CAPS de transtorno mental realiza mais atendimentos do que nós, nós fazemos mais grupos, né? E aí um vai compensando o outro, e a gente, é... consegue produzir. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Além da relação entre as condições de trabalho e as tensões em torno do cumprimento das metas de produtividade, os profissionais do CAPSad abordaram outras questões relevantes para a problematização em torno do discurso de produtividade a que o serviço encontrava-se submetido. Por um lado, compreendia-se que a questão do financiamento centrado em procedimentos não se restringia ao serviço ou à área da saúde mental, mas que permeia o setor saúde. Por outro lado, apontava-se a contradição entre a lógica de financiamento segundo a produção de procedimentos individuais e grupais por especialidade profissional com relação às propostas da Reforma Psiquiátrica:

A lógica da produtividade não é a lógica nossa, só, né? A lógica de um... de um... da Saúde por muito tempo. Mas, assim, fica difícil! (Grupo Focal Profissionais)

A gente trabalha com uma meta pra cada especialidade, o que, em si, eu acho, para a maioria dos técnicos daqui que trabalham, é uma contradição [inaud], né?, com a proposta da Reforma Psiquiátrica, onde eles propõem um outro modelo de atendimento. “Vamos reformular, vamos sair da lógica... da quantidade, vamos individualizar, dar um atendimento particular àquele indivíduo, oferecer múltiplas abordagens.” Mas, aí, você vê na hora de fazer o contrato com estes profissionais, eles só vão receber aquilo que eles produzirem. Cada mês que eles produzirem menos, aí eles recebem menos e todos os outros que aqui também trabalham, mas não produziram menos, mas vão receber menos. Quer dizer, então, assim, o que você pensa afinal é... vai... é... se quer financiar a Reforma ou não? Quer a Reforma? Eu tenho discurso, tem portaria, tem todo um estímulo. Aí, na hora de você sustentar esse serviço, você sustenta de uma forma, na lógica anterior. A forma de pagamento das pessoas que vêm aqui é a lógica de APAC, que é a mesma de medicamento de alto custo. Ou seja, você paga comprimido, assim como você paga o dia aqui no CAPSad. Um dia que alguém passe aqui recebendo atendimento de vários profissionais, fazendo várias oficinas, estando aqui o dia todo é computado como um valor. Ou seja, será que isso é adequado, né? (Grupo Focal Profissionais)

Uma coisa muito questionada por todos é essa coisa da... da produtividade, né? Que é uma lógica que, também, a gente acha que é, extremamente, contraditória. Como é que a gente vai... é... trabalhar com subjetividade e a gente vai ter, também, que tá dentro dessa lógica quantitativa, né? (Grupo Focal Profissionais)

Outra questão relativa à produtividade do serviço discutida pelos profissionais do CAPSad Pernambués diz respeito ao fato de um conjunto de ações desenvolvidas e consideradas relevantes para a qualidade do cuidado oferecido não poder ser computado para

a produtividade do serviço. Como exemplos, destacaram-se as ações comunitárias, o atendimento de familiares cujo usuário não frequenta o serviço, as reuniões de equipe e as atividades de docência:

Então não é condição da família se tratar só se o usuário tiver, a gente trata a família como o paciente de sempre, perdemos a APAC, não temos como faturar, mas como gestora eu considero que é um trabalho importante e a gente banca isso. [...] Ações comunitárias não contemplam nenhuma, docência não contempla nenhuma, família não contempla nada, impossível faturar assim, entendeu? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Ações de rua, ação que... é... é... a... as... o... o mapeamento que ela faz da rede não é computado. (Grupo Focal Profissionais)

Que a gente faz diversas reuniões, que a gente faz. A gente faz diversas reuniões e a gente... Isso não é... não é... não entra na... na... na nossa produtividade. (Grupo Focal Profissionais)

Porque o trabalho com cada pessoa é uma coisa muito séria! A gente leva muito a sério! Então, assim, é um olhar muito cuidadoso, é um olhar de vários lugares, a gente buscar esse olhar interdisciplinar. Toda hora a gente tá discutindo caso aqui. A gente senta pra fazer um registro, vai fazer um relatório, já tá discutindo. Sai e volta. Então, é muito trabalho que não pode ser medido pelo número. (Grupo Focal Profissionais)

Além disso, essa equipe aqui tem que... é... atender estudante. Toda hora tá aqui. Tem que atender profissionais que vem de outras instituições pra conhecer o CAPS. Tem que dar aula, capacitar. Todo mês tem uma capacitação... (Grupo Focal Profissionais)

Em relação à baixa produtividade do CAPSad, discutiu-se ainda acerca da especificidade da clínica da atenção a usuários de álcool e outras drogas. A adesão *frouxa* ao tratamento entre usuários de álcool e outras drogas repercutiria negativamente na produção de atendimentos individuais e grupais:

Mas, tem uma outra coisa, assim, que eu acrescentaria, que, também, é a... a dinâmica mesmo da especificidade da clientela, né? Que, realmente, a adesão ao tratamento é mais difícil, né? Tem as recaídas. Tem uma oscilação. Então, às vezes, a gente marca e o paciente não vem. E tem isso também. Então, as duas coisas, né? Uma da gente não tá entrando nessa lógica que tá engolindo a gente, de a gente ter que fazer número ao invés de [qualidade]. E, a outra pela especificidade da clientela nossa. (Grupo Focal Profissionais)

Diante da discordância manifesta em relação à lógica da produtividade centrada em procedimentos, a equipe do CAPSad Pernambués declarou um movimento de *resistência*, que foi descrito em termos da valorização da qualidade do cuidado em detrimento da quantidade

de procedimentos efetuados. A postura assumida pela equipe encontrava respaldo na gestão do serviço, que compartilhava dos mesmos princípios ideológicos. Outro fator a tornar possível a *resistência* da equipe à hegemônica das metas de produtividade era a lógica de financiamento do próprio serviço, cujo modelo de gestão assegurava recursos financeiros para a sua manutenção adicionais àqueles produzidos pela emissão de APACs:

E aí eu sinto um certo incômodo em relação à equipe nesse sentido. Eu sinto que as pessoas não valorizam tanto a questão da produtividade, né? A equipe quer trabalhar, tem todas as condições de trabalhar de forma qualitativa, né? É sem se preocupar tanto com os procedimentos que são os procedimentos do financiamento, talvez se essa equipe fosse gestora e recebesse esse dinheiro para pagar a si mesma tivesse mais preocupada com isso e como eu assim desde o começo é... sei que é importante a produtividade, mas não coloco isso na frente da ética de forma nenhuma... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

...aqui o tempo todo eu tô dizendo “não coloque na frente a produtividade”, a gente atende sem ganhar, a gente atende sem ganhar... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Existe uma autonomia relativa. Nessa autonomia a gente banca a nossa qualidade do serviço. Quanto a isso, pode até baixar a produtividade, pode, enfim... Mas, atender o nosso paciente... se tiver que ficar uma hora, a gente vai ficar uma hora com o paciente, se tiver que ser meia hora... Mas não vai ser uma coisa assim no automático, que a gente vai ter que atender o paciente em vinte minutos. Se aquele paciente precisar de uma hora, ele vai ser atendido em uma hora. (Grupo Focal Profissionais)

A principal estratégia em relação à produtividade é não entrar na produtividade mesmo. Porque a gente atende muito menos em quantidade do que os outros Centros porque nós restringimos mesmo! Não abrimos mão de determinado tempo de consulta. [...] De que a oficina tem que funcionar assim. (Grupo Focal Profissionais)

Este movimento de *resistência* da equipe do CAPSad estudado à lógica da produtividade encontrava ainda certo respaldo na gestão estadual de saúde mental, uma vez que a baixa produtividade do serviço não implicava em imperativos de produção como condição para o funcionamento do serviço:

...então eu diria que, como gestora, eu não priorizo a produtividade, apesar de considerar de ter trabalhado com a equipe a importância disso. Por outro lado eu diria que meu gestor maior tem tido uma compreensão no sentido de que eu não sou cobrada assim do tipo ou você produz ou você fecha, né? Eu sei, como eu disse no começo, que nós produzimos pouco e isso é, digamos assim, não tem funcionado como uma espada, uma corda na garganta, né?, mas tem uma atenção. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Em outra vertente à lógica da produtividade, o cotidiano do serviço confrontava sua equipe com desafios que eram remetidos pelos sujeitos da pesquisa ao perfil da clientela assistida e às especificidades de uma prática clínica voltada para a atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Esta clínica foi descrita como sendo permeada por recaídas, evasão e conseqüente descontinuidade dos projetos terapêuticos individuais:

O outro desafio é a própria clínica. Uma clínica que é de droga e que a gente tem que é... suportar com angústia, é muito angustiante também. De repente você vê um paciente assim, tão interessado, tão inteirado, me toca principalmente os artistas [risos] fazem cada coisa maravilhosa e dizem: “eu preciso é disso, é de um espaço que eu trabalhe”. De repente some, entendeu, tem as recaídas, né? Então agüentar as recaídas com paciência, que a gente também recai na tristeza né, de sentir, né, essa instabilidade da clínica... (Entrevista coordenação CAPSad 5)

A assistência no CAPSad foi referida pelos profissionais como desafiadora. A violência é apontada como uma questão transversal à clínica da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Em relação aos desafios deste campo de práticas, uma profissional assinalou que “...a clínica da toxicomania exige momentos de flexibilidade (em contraposição à autoridade) e momentos de afirmação de limites e de controle” (Diário da campo, setembro 2007).

4.2. Organização do processo de trabalho no CAPSad Pernambués

A organização do processo de trabalho no contexto do CAPSad estudado, de acordo com o relato de gestores e profissionais, vinha sendo objeto de contínua reflexão e reformulação ao longo do funcionamento do serviço. Para tanto, foram criados espaços de discussão com a participação de todos os trabalhadores do serviço de nível superior e de nível médio. Nesta perspectiva, a reunião de equipe foi reconhecida como importante espaço para a construção compartilhada do modelo de gestão e do conteúdo das práticas de cuidado. Diante da circunstância da equipe do referido CAPSad ter começado a ser constituída meses antes da implantação do serviço, as reuniões de equipe constituíram espaço de discussão e elaboração do seu projeto institucional. Com a implantação do serviço, as reuniões tiveram continuidade, mantendo-se a periodicidade de um turno semanal. A reunião da equipe consta na programação de atividades do serviço. No turno em que acontece esta reunião, o serviço não realizava atendimento ao público, o que possibilitava a participação de todos os seus

trabalhadores na atividade. Uma das características realçada por gestores e profissionais em relação à reunião de equipe foi exatamente a possibilidade da tomada de decisão pelo coletivo, configurando um modelo de co-gestão ou gestão participativa do serviço:

Dificuldades... isso é a primeira coisa que a gente pensa logo [inaud] a gente tem que se reunir, vamos parar... (Grupo Focal Profissionais)

A gente tem a reunião de quinta-feira, toda quinta-feira a gente desde o começo a gente tem um turno que a gente fecha o serviço e se reúne, então a maioria dessas decisões, as decisões têm que passar por esse espaço. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A reunião de equipe no CAPSad Pernambués vinha atendendo de forma organizada às necessidades administrativas, técnicas e de supervisão institucional. Esta organização havia resultado da própria reflexão acerca desta atividade pela equipe. Assim, foi instituída uma programação sistematizada para as reuniões, estruturada segundo momentos distintos, contemplando as questões administrativas, as quatro coordenações específicas (clínica, ações comunitárias, docência e espaço de convivência) que se alternavam quinzenalmente na pauta e a supervisão institucional mensal:

Na quinta-feira, na quinta-feira a gente tem a reunião clínica e a reunião... a gente tem três momentos: administrativo, e a gente se divide ou (inaud.) ou ação comunitária, (inaud.). Então a clínica vem duas vezes no mês, que tem uma hora, não sei de cor, mas tem a programação (inaud.), administrativo, os informes, é alguma mudança... depois vem essa parte que aí vem ou a clínica, ou o espaço de convivência ou... na clínica [...] E aí tem também a supervisão, que a gente faz de caso e a supervisão institucional. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Em relação aos processos de trabalho, a reunião de equipe desempenhava, entre outras funções, a oportunidade de discussão de casos clínicos com a participação de todos os trabalhadores do serviço. Neste momento, eram apresentadas e discutidas questões clínicas e psicossociais de usuários e familiares em tratamento no serviço. Com esta estratégia, promovia-se uma compreensão mínima das demandas e necessidades sociais de saúde dos sujeitos em tratamento entre todos os integrantes da equipe do CAPSad, o que repercutia, por sua vez, na abordagem individualizada dos casos:

...a gente faz também de quem tem (inaud.), né, passagem dos casos, por todo paciente que tá matriculado a gente precisa saber minimamente quem é ele, que aí tá no CAPS você precisa saber quem é. Então vai te passar “paciente lá em Saramandaia não trabalha, a questão dele

com a mulher, é alcoolista... paciente com agressividade, precisa ter atenção com isso e rara-ra-ra". Você faz a passagem com todo mundo junto e uma vez por mês as coordenações se reúnem, mas na clínica todo mundo tá junto: técnico, pessoal do clínico, os funcionários, todo mundo junto. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Outra função atribuída à reunião de equipe referia-se ao planejamento e avaliação das intervenções. Nesta direção, foi relatada uma reunião realizada no final do ano de 2006 na qual, com o serviço fechado para o atendimento ao público, a equipe reuniu-se com o supervisor institucional para avaliar as ações desenvolvidas, as dificuldades que vinham sendo vivenciadas e o planejamento de ações para o ano subsequente. A contribuição da supervisão institucional neste momento de reflexão sobre o processo de trabalho e a elaboração de seu modelo de gestão e de atenção à saúde foi destacada por sujeitos da pesquisa:

...algumas coisas são definidas em supervisão com ele, no caso essas regras, três regras estruturais foram definidas a partir desse um dia e meio de supervisão com ele, e que foi um momento de avaliação, também, do serviço. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Em relação à organização do processo de trabalho, a estruturação de um modelo de gestão do serviço em uma coordenação geral e quatro coordenações específicas também foi descrita por gestores e profissionais como uma construção coletiva, resultado de necessidades suscitadas e da experiência acumulada ao longo do funcionamento do serviço. Inicialmente, o serviço organizou-se em uma coordenação geral, uma coordenação de docência e uma coordenação do espaço de convivência. A criação das coordenações da clínica e das ações comunitárias ocorreu no final do ano de 2007, quando o serviço já se encontrava em funcionamento no bairro de Pernambués:

Nós passamos muito tempo sem uma coordenação [clínica] então era muito misturado administrativo, técnico, a única coordenação que ficava muito clara era a coordenação do Espaço de Convivência e a Docência. Então essas coordenações ficavam muito claras, ação comunitária também é nova [...] A gente viu a necessidade de começar com outras coordenações porque tava muito confusa, a gente tinha reuniões que não sabia se era administrativo ou técnico. Então esse foi até um pedido da própria equipe, criar uma coordenação clínica, um pouco para costurar, para justamente dá direção, qual o caminho que a gente tá tomando... (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Eu acho ia ficar muito grande ter um coordenador no centro, né, que já entra com a administração, com... enfim com tantas coisas e atendimento essa parte também do atendimento psicológico, acolhimento tem outras questões ainda da clínica, né, e o espaço até ficou grande, né, são várias oficinas ficou maior...é teve uma necessidade de... ter alguém que olhe melhor o desenvolvimento desses trabalhos que responda pela ausência de qualquer

coisa, né, o dinamismo do espaço de convivência, né, que esteja mais atento a isso. Então foi assim que começou a coordenação [do espaço de convivência]. (Entrevista coordenação CAPSad 5)

A própria estruturação do serviço, né, do serviço clínico, serviço docente, exige que a gente passe por uma questão de organização, né, nessas subdivisões. [...] Essa arrumação é uma questão de organização pra gente executar as ações. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

O argumento para a criação das quatro coordenações específicas gravita em torno da necessidade de gestão de processos de trabalho específicos no âmbito da docência, da clínica, das ações comunitárias e do espaço de convivência. Deste modo, instituiu-se a composição de grupos de trabalho em torno da figura de um coordenador de ações. Este, por sua vez, correspondia a um profissional da equipe com experiência técnica acumulada na área considerada e que passava a desempenhar funções particulares dentro do grupo. Dentre os papéis atribuídos a este profissional destacavam-se a coordenação de uma equipe de trabalho, a realização de reuniões setoriais periódicas, o planejamento e a avaliação de ações desenvolvidas pela equipe. Assim, ele mantinha uma interação com a coordenação geral do serviço e com os técnicos que se agregavam à coordenação específica:

...então eu procurei garantir que esses coordenadores não estejam nesse turno de acolhimento, eles não estão no turno de acolhimento para desenvolver as atividades de coordenação: o planejamento... [...] Então, o coordenador da clínica, vai realizar as reuniões quinzenais com coordenadores de oficina, visando, como é que ele vai coordenar esse espaço? O que é que tá previsto? E colocou um tópico de... de avaliação, então cada atividade desenvolvida aqui, ele vai entrar, vamos fazer um plano de ação e eu vou poder também, juntas, tá trabalhando com eles, o cumprimento, eles vão poder tá trabalhando, por exemplo, a coordenadora do espaço jovem de convivência com os oficineiros, o cumprimento do cronograma que eles fizeram é... da... do... se eles estão realizando a atividade do jeito que eles propuseram e eu vou tá podendo discutir com eles como está a execução dessas atividades e isso vai ser do conhecimento de todos... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

As reuniões das coordenações específicas vinham sendo realizadas periodicamente em horário distinto da reunião geral, contando com a participação dos integrantes das respectivas equipes de trabalho. A integração entre as coordenações específicas era proporcionada na reunião de equipe ampliada quando cada grupo de trabalho tinha um horário e periodicidade definidos e as trocas podiam ser efetuadas de forma mais abrangente:

E, aqui, a gente tem reuniões estruturadas. A docência se reúne toda segunda-feira, 16 horas. Agora, tem gente que tem necessidade de dar conta de algumas ações pra ontem, a gente tem se reunido segunda e quarta, 16 horas. Então, é mais ou menos, assim. A clínica da mesma forma. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

...dia de quarta-feira onze horas é reunião clínica... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Toda semana nós temos uma reunião clínica, toda quarta de manhã, com minha equipe... (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Os argumentos relativos à existência de uma coordenação de docência encontravam-se intimamente atrelados ao papel docente-assistencial atribuído ao CAPSad Pernambués. Esta coordenação apresentava subdivisões internas, contemplando as questões da docência, da pesquisa e das visitas institucionais. Para cada uma destas ações foram definidos profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento. As ações de docência relacionavam-se aos cursos de capacitação, estágio e residência. As ações de pesquisa referiam-se tanto às atividades desenvolvidas pelos técnicos do serviço de produção de conhecimento quanto àquelas propostas por pesquisadores externos, os quais eram acompanhamento pela equipe da coordenação de docência. As visitas institucionais figuravam como estratégia de formação e qualificação de gestores e profissionais de CAPS e outros serviços de saúde na área de álcool e outras drogas. As atribuições da coordenação de docência foram explicitadas nos seguintes termos:

Nós temos... a gente tem uma missão de formar e de capacitar. Então, aí, a gente tem, dentro desse quadro docente, os estágios, né? Estágios de estudantes, estágios de profissionais voltados ou encaminhados por uma instituição. Tem, ainda, as pesquisas, né? Como essa que está sendo desenvolvida aqui no Centro, né? Isso aí não tem dúvida. E, tem as visitas institucionais, né?, que podem ser visitas em que o profissional aqui vem [inaud] alguém que vem [inaud] que quer e de tá aqui no Centro. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

A especificidade da coordenação da docência relacionava-se, portanto, ao gerenciamento das ações relacionadas com a formação e qualificação de profissionais e com a realização de pesquisa na área de álcool e outras drogas. Sendo o CAPSad Pernambués um serviço reconhecido como docente-assistencial, afirmava-se que todo o seu corpo técnico apresentava um perfil docente, mesmo aqueles que, na organização dos processos de trabalho, encontravam-se mais diretamente envolvidos com ações desempenhadas por outras coordenações:

Mas, os profissionais do CAPS têm perfil... perfil docente assistencial. Todos os profissionais! Então, assim, todo mundo recebe estudante, né? [...] temos profissionais aqui, né, que fazem eminentemente trabalhos da clínica, mas também trabalham na docência. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

A coordenação da clínica havia sido criada mais recentemente na estrutura do CAPSad Pernambués em consequência da necessidade percebida pela equipe de uma condução mais particularizada dos processos de trabalho relacionados com o acompanhamento terapêutico de usuários e familiares em tratamento no serviço. Assim, esta coordenação específica foi criada a partir de um desdobramento da coordenação do espaço de convivência. Foram situados na coordenação da clínica o conjunto de profissionais com atuação na assistência e as estratégias terapêuticas adotadas pelo serviço:

Assim, o que eu acho importante numa coordenação da clínica? Eu entendo a clínica é... digamos é... o conjunto de profissionais e estratégias que participa dentro do projeto terapêutico de tratamento do paciente. Então, a clínica engloba médico clínico, médico psiquiátrico, enfermeira, assistência social, é... é terapeuta ocupacional, oficinairos... O Espaço de Convivência estaria dentro... estaria não, tá dentro da clínica, é uma estratégia clínica. Então, a clínica engloba toda essa equipe e as estratégias que a gente tem pra poder tratar esse paciente. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Esta atribuição à coordenação da clínica conferia a mesma uma importante função na organização dos processos de trabalho no contexto do CAPSad Pernambués, a qual foi descrita em termos de *costura* das estratégias terapêuticas. Com esta *costura* almejava-se a integração dos processos de trabalho com a construção de uma abordagem interdisciplinar no acompanhamento terapêutico dos usuários e familiares em tratamento no serviço. Para tanto, a prática sistemática de discussão de caso em reunião de equipe com a participação de todos os trabalhadores do CAPSad vinha sendo experimentada como uma estratégia com potencialidade para produzir tais propósitos:

...a gente retomou assim com muita força do setor, da reunião de quinta, que discute caso clínico, a gente discute quinzenalmente... mas isso a gente começou a sustentar agora em janeiro, discute quinzenalmente, fazendo com que entre pela primeira vez em acolhimento, discutimos a direção que a nossa clínica tá tomando, né, e quando falei em discussões de caso clínico, além disso, nós temos intervenções clínicas onde a gente se propõe discussão de casos clínicos e a abordagem desse paciente por todos os profissionais, as estratégias pelas quais ele passa, pra apresentar frente à coordenação, né? (Entrevista coordenação CAPSad 4)

A criação da coordenação da clínica apontava para o aprofundamento de algumas questões sobre as quais a equipe já vinha refletindo, a exemplo da definição das atribuições específicas de cada categoria profissional no processo de trabalho interdisciplinar e da construção de uma abordagem clínica compartilhada pela equipe. No que diz respeito aos processos de trabalho de cada categoria profissional e a composição de uma intervenção interdisciplinar, a problematização apresentada por um dos sujeitos entrevistados tensiona a especificidade do campo disciplinar com a idéia de que todos os profissionais devem engajar-se em todas as atividades do serviço:

O que é que o terapeuta ocupacional faz? Se perdeu, acho que esse CAPS se perdeu um pouco no início de uma coisa assim, como todo mundo faz tudo. Essa era uma frase que era muito determinada a tal ponto que no início me opus a essa coisa de todo fazer acolhimento, ou seja, pra você fazer acolhimento é... uma enfermeira, eu não vou fazer um curativo, e fazer o acolhimento e o acompanhamento do paciente você tem que ter todo um preparo para isso. No início, eu acho que a gente meio que se perdeu nessa coisa todo mundo faz tudo. Então, há identidade profissional, que eu acho que trabalhar setorialmente e interdisciplinariamente, há um (...). Então, no início, todo mundo fazia tudo e hoje eu sinto a necessidade de, por exemplo, de resolver um caso que achava legal a gente... Como se constrói um caso? A condução de um caso? Você constrói à medida que você vai trabalhando com ele. O que diferencia o trabalho da terapia ocupacional do serviço social, da psicóloga, da médica, como é que isso vai se construindo? Essas são coisas que a gente... sabe?, tá retomando agora. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

A construção de uma abordagem clínica compartilhada pela equipe figurava como uma preocupação antiga da equipe do CAPSad estudado. A abordagem psicanalítica foi apresentada como opção teórica da maioria dos profissionais da equipe, ainda que esta não fosse imposta pela coordenação do serviço como vertente teórica obrigatória. Entre aqueles que declararam uma formação em psicanálise parecia predominar o *perfil* para a clínica, com intervenções mais orientadas para o âmbito do serviço e participação discreta nas intervenções comunitárias:

Olha, a nossa orientação é... a gente trabalha com a linha da psicanálise, né, o que não significa que todo mundo seja psicanalista, a orientação mais forte é psicanálise, né, dentro da clínica. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

A gente trabalha em equipe, né, isso não fica muito difícil é... se equipe interdisciplinar que permite é... que cada um também vá focando e tendo uma referência única, assim... que a gente tem mais a referência psicanalítica, né... claro que outras pessoas não são tão psicanalíticas assim. (Entrevista coordenação CAPSad 5)

Por outro lado, o fomento da discussão de casos clínicos entre os trabalhadores do serviço vinha suscitando uma busca por leituras e mesmo formação em psicanálise como uma necessidade de maior compreensão das intervenções clínicas propostas. Uma leitura possível desta situação retratada poderia ser direcionada para a busca por uma maior integração do profissional à equipe do serviço:

Hoje, muitos profissionais aqui na clínica que vem falar comigo, eu quero estudar, né, aí... eu quero estudar psicanálise, por exemplo, não pra ser psicanalista, mas pra saber como é, se eu estou dirigindo o processo terapêutico idealmente. Então (...) muitos tão fazendo isto, estudando psicanálise pra saber o que é que é, porque que falando disso, falando daquilo, né, porque tem que ser encaminhado, pra que não fique tudo isso não fique na mão do psicólogo, não fique na mão do psiquiatra, todas as categorias de profissionais sempre participa, porque participa realmente, como participa argumentando o que se faz, né? (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Eu atualmente faço a pós-graduação em psicanálise que também é uma formação, eu acho que isso me ajuda muito também a captar as coisas, a lidar com os pacientes... (Entrevista coordenação CAPSad 4)

A coordenação do espaço de convivência foi referida como uma das mais antigas no CAPSad Pernambués, inspirada na experiência do CETAD (ALMEIDA, 2008). Entretanto, esta antes integrava algumas funções que, na reorganização dos processos de trabalho no serviço, passaram a ser delegadas à coordenação da clínica. A despeito da criação desta coordenação específica, o espaço de convivência foi descrito como parte indissociável da clínica:

Agora com isso, com essa separação de coordenação não significa que o espaço [de convivência] não esteja dentro da clínica. Eles caminham juntos, né? Mas é uma questão mesmo de organizar melhor, ter alguém que também ajude, né, ao desenvolvimento dos trabalhos. (Entrevista coordenação CAPSad 5)

O Espaço de Convivência estaria dentro... estaria não, tá dentro da clínica, é uma estratégia clínica. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

A especificidade da coordenação do espaço de convivência foi remetida à função de planejamento e avaliação das oficinas terapêuticas, desenvolvidas por profissionais de nível superior e redutores de danos, além da atenção a questões administrativas neste setor do serviço:

...e o espaço até ficou grande, né, são várias oficinas ficou maior...é teve uma necessidade de... ter alguém que olhe melhor o desenvolvimento desses trabalhos que responda pela ausência de qualquer coisa, né, o dinamismo do espaço de convivência, né, que esteja mais atento a isso. Então foi assim que começou a coordenação. (Entrevista coordenação CAPSad 5)

A coordenação de ações comunitárias foi formalizada no ano de 2007, consolidando uma linha de trabalho que foi inicialmente deflagrada por uma assistente social, a partir da estratégia de mapeamento, acesso e estabelecimento de parceria com dispositivos sociais e de saúde, particularmente no âmbito do Distrito Sanitário Cabula-Beiru. O mapeamento dos dispositivos e o levantamento dos problemas vivenciados pela população local relacionados ao consumo de álcool e outras drogas subsidiaram os primeiros projetos de intervenção do CAPSad Pernambués neste território. Naquele momento, dois redutores de danos, com experiência acumulada em intervenção comunitária e participação em programas de redução de danos desenvolvidos pelo CETAD, foram agregados a este processo de trabalho. Com a formalização da coordenação de ações comunitária, a equipe foi ampliada com a incorporação de um técnico de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e uma estagiária de serviço social. A equipe contava, ainda, com um motorista que, além desta atribuição funcional, desempenhava algumas intervenções de saúde junto à equipe:

...mas ele não é só motorista, né, não é só levar o carro pra frente e pra trás, ele também interage, ele propõe, ele questiona, ele distribui preservativo, ele faz oficina em conjunto, não é? (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Quanto aos papéis atribuídos à coordenação de ações comunitárias, destaca-se o de mapeamento, acesso e estabelecimento de parcerias formais ou informais com dispositivos sociais e de saúde no território. Outra atribuição desta coordenação são as intervenções na comunidade com o propósito de promoção da discussão sobre a questão do consumo de álcool e outras drogas e outros temas correlatos, bem como a divulgação do próprio CAPSad no território:

Essa coordenação de ações comunitárias, ela... é... mapea, acessa, fomenta e faz o trabalho junto, né? [...] Mas a missão maior é possibilitar que a comunidade possa tá discutindo a questão da droga, não é?, não só divulgar o CAPS, isso por si só acontece, né? Claro que no momento que eu vou, isso acontece no gancho, mas a missão maior é possibilitar que a comunidade possa, entre ela mesmo, não é?, tá se articulando, se articulando com a questão relacionada a drogas, né, que possa tá se comunicando, tá falando o que é droga, maconha, cocaína, crack, o que é sexo seguro, o que é um pênis, o que é uma vagina, tá orientando

isso, o que é usar um preservativo, qual é o preservativo feminino, qual o preservativo masculino, o que é que isso tem a ver com a questão da droga, o que é que isso tem a ver com a questão da sociedade, da escola, da comunidade, então assim... na verdade isso tá, né, atendendo a várias coisas... [...] ...então possibilitar que a comunidade fale sobre isso é que é o maior papel. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

A existência de uma equipe da coordenação de ações comunitárias não invalidava, por sua vez, que o acesso e a parceria com os dispositivos da rede de atenção à saúde fossem desencadeados pelas outras coordenações. Nesta direção, o trabalho da coordenação de ações comunitárias era percebido pela possibilidade de abertura desta rede para as propostas de intervenção de outros profissionais do serviço:

...o que eu acho mais bacana é assim poder ter aberto o caminho pra que os outros técnicos possam fazer isso sozinhos, né? (Entrevista coordenação CAPSad 2)

A organização do CAPSad em torno de uma coordenação geral e quatro coordenações específicas vinha sendo experimentada pela equipe do serviço, tendo em vista constituir-se em uma proposta recente na instituição. Esta organização poderia produzir como resultado o almejado planejamento e acompanhamento dos processos de trabalho particulares, mas também instituir hierarquias e fragmentação. Estas duas questões emergiram nos relatos dos profissionais entrevistados. Por um lado, manifestava-se uma percepção quanto à lógica de gestão do trabalho que remetia a um fluxo hierárquico, com a coordenação geral reportando-se à coordenação específica e esta para a sua equipe:

Geralmente, a Coordenação Geral se reporta à Coordenação da categoria, né? Categoria? É. Docência... ou Clínica. Daí, a gente vai passar as questões para as pessoas que estão... a hierarquia que vem logo... logo em seguida. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

Entretanto, a maior parte das colocações feitas por gestores e profissionais apontava para a preocupação com a integração dos processos de trabalhos conduzidos pelas coordenações específicas. Para além da organização do modelo de gestão que vinha sendo construído no CAPSad Pernambués, a possibilidade de integração era proporcionada pelo trânsito dos profissionais por mais de uma equipe de trabalho:

Outra coisa que eu acho importante da coordenação da clínica e acho de toda coordenação é poder costurar também as coordenações, pra que não passe a ser assim coordenações

fragmentadas, né? Porque de qualquer maneira quem tá na clínica pode tá pra docência, pode tá em ações comunitárias, não é que a equipe nossa está sedimentada. [...] A nossa equipe é grande mas ao mesmo tempo não é enorme, então é, quem tá na clínica também dá aula, tá na docência... eu, por exemplo, eu também faço parte da docência, agora me pediram para fazer parte, então eu ajudo, eu tô ajudando [...] E acho importante costurar isso, sabe, pra que não se transforme numa equipe fragmentada, onde fica a ação comunitária aqui, quem é da docência é aqui. [...] pra mim isso é uma grande preocupação institucional, de não fragmentar a coordenação, né, de fazer uma costura. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Outras considerações dos entrevistados assinalaram a complementaridade entre os processos de trabalho das coordenações específicas. Assim sendo, uma coordenação poderia envolver outras no planejamento e desenvolvimento de suas ações. Como exemplo referiu-se que a coordenação de ações comunitárias podia articular-se com a de espaço de convivência para a realização de oficinas em intervenções no território ou com a de docência para a preparação e realização de um curso de capacitação para profissionais das equipes de saúde da família. Situações como estas foram apontadas pela equipe do CAPSad como expressão do trabalho interdisciplinar, o que foi descrito em termos da construção de uma *rede interna*:

E, rede de pessoas, né? Então, aí, a gente pensa... é... pode tá pensando assim, que tem a rede lá fora. Mas, e a rede aqui interna do Centro? Funciona? Não funciona? Tem rede aqui no CAPS? E, a gente trabalha com coordenações. Existe uma rede aqui no CAPS? Ou não? Se a gente não tem esse conceito de rede interna, não tem como trabalhar rede externa. (Grupo Focal Profissionais)

Esta *rede interna* do CAPSad vinha sendo construída mediante a interlocução contínua entre os integrantes da equipe. Além dos espaços criados para a discussão de casos, foi feita menção ao aproveitamento do encontro com outros profissionais da equipe, a exemplo daquele proporcionado na sala dos técnicos, para uma interlocução em que os aportes dos distintos campos disciplinares eram requisitados para a produção de um olhar interdisciplinar:

Porque o trabalho com cada pessoa é uma coisa muito séria! A gente leva muito a sério! Então, assim, é um olhar muito cuidadoso, é um olhar de vários lugares, a gente buscar esse olhar interdisciplinar. Toda hora a gente tá discutindo caso aqui. A gente senta pra fazer um registro, vai fazer um relatório, já tá discutindo. (Grupo Focal Profissionais)

Às vezes teve uma discussão isolada entre dois técnicos pra discutir um caso clínico, a gente discute muito caso clínico, se vocês ficarem ali, ficarem parados, vocês vão ver que toda hora tá alguém discutindo um caso clínico. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

4.2.1. Processo de trabalho interdisciplinar

O trabalho no CAPSad Pernambués pode ser descrito como envolvente, implicando e vinculando os profissionais ao serviço. Este talvez possa ser apontado como fator a contribuir para uma baixa rotatividade de profissionais na instituição, a despeito das insatisfações referidas quanto à precariedade dos contratos de trabalho e dos desafios da clínica de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O que pode ser descrito como envolvente? A organização dos processos de trabalho e configuração da *rede interna*; a participação nos processos decisórios e a valorização das contribuições individuais ao projeto institucional, fazendo com que todos se identifiquem com o projeto e percebam-se como seus co-autores. Há ainda o que pode ser descrito como experiência de formação e qualificação em serviço para a assistência e a gestão na área de álcool e outras drogas, conferindo valor e significado ao trabalho.

Conforme já enunciado, o processo de trabalho no CAPSad organizou-se em torno de uma coordenação geral e quatro coordenações específicas. Ainda que este modelo de gestão tenha sido proposto visando à descentralização da tomada de decisão, em alguns momentos as relações entre profissionais – notadamente aqueles de nível médio e residentes – apresentaram-se marcadas por uma hierarquia na condução dos processos de trabalho. Aos profissionais de nível médio e residentes era demandada, por exemplo, a discussão prévia das ações propostas e a obtenção do consentimento das coordenações específicas para a execução das mesmas. Neste sentido, a autonomia dos profissionais pode ser descrita como relativa, pois uma iniciativa ou decisão individual precisava estar em conformidade com a decisão do coletivo – primeiro da coordenação específica e em seguida validada na reunião da equipe ampliada.

No CAPSad Pernambués observou-se ser tudo muito discutido, até que o consenso fosse atingido entre os integrantes da equipe – seja em espaços informais ou em espaços de reuniões de trabalho. Esta pode ser apontada como prática que favorece e ao mesmo tempo fortalece o trabalho interdisciplinar. A consequência era a construção de um discurso compartilhado entre os atores deste serviço com importante repercussão sobre a organização das práticas de cuidado. Observou-se um fluxo natural de discussão na instituição. Por exemplo, se os coordenadores de uma oficina terapêutica planejassem uma intervenção específica – tal como produzir peças para exposição em uma intervenção comunitária –, esta proposta era levada para discussão na esfera da coordenação específica e, em seguida, para a esfera da reunião da equipe técnica. Com este fluxo de discussão, toda a equipe de certa forma

participava da discussão das atividades desenvolvidas no e pelo serviço e delas tomavam conhecimento. Esta circunstância, por sua vez, facilitava a identificação das parcerias possíveis para a conformação da *rede internas* do serviço tendo em vista a concepção de novas propostas de intervenção.

O trabalho interdisciplinar no contexto do CAPSad Pernambués expressava-se na participação dos profissionais na tomada de decisão. As questões relativas à gestão do serviço e ao planejamento das atividades eram geralmente levadas para a discussão da equipe nos espaços de reunião técnica e das reuniões de coordenações específicas. A opinião de cada profissional era valorizada pelo coletivo, ainda que esta estivesse passível de questionamento ou mesmo em desacordo com o ponto de vista do grupo. Nesta direção, a argumentação conduzia a um processo democrático e de estabelecimento de consenso.

Outra expressão do trabalho interdisciplinar era a complementaridade de intervenções da equipe, propiciada, por sua vez, pela prática de discussão de casos com a participação de toda a equipe. Assim, por exemplo, o profissional da recepção podia observar o estado em que o usuário chegou ao serviço ou a sua participação nas atividades propostas e compartilhar destas suas impressões com os respectivos técnicos de referência. Estas impressões dos profissionais de nível médio eram valorizadas e levadas em consideração pela equipe. A complementaridade se manifestava, ainda, na possibilidade do desenvolvimento de ações conjuntas, muitas vezes constituídas por dupla de profissionais (também residentes e estagiários) de formação ocupacional distinta.

A busca de apoio entre os profissionais da equipe para o planejamento e realização de atividades (oficinas e grupos, acolhimento, atenção a usuários em crise, elaboração de relatórios, etc) apresentava-se certamente como uma das expressões mais fortes do trabalho interdisciplinar no contexto do CAPSad Pernambués. Este movimento em muitos momentos decorria da interação entre profissionais na sala dos técnicos, de forma muitas vezes espontânea, mas que implicava em um reconhecimento de parceria e cumplicidade entre os integrantes da equipe. A sala dos técnicos constituía-se em um importante espaço para o trabalho interdisciplinar, ainda que com menos estruturação e intencionalidade que a reunião técnica. Na sala da equipe técnica, os profissionais circulavam entre um e outro atendimento/atividade, interagindo e efetuando trocas significativas entre eles. Ao falar de suas idéias na sala da equipe técnica, esboço de possíveis projetos, os profissionais podiam identificar os colegas que, por ser de determinada formação ou pelo tipo de atividade que desenvolviam no serviço ou mesmo por afinidade ou interesse comum, poderiam oferecer

alguma contribuição ao amadurecimento da proposta e sua implementação. Assim, iam sendo estabelecidas as parcerias e articulações que caracterizavam a *rede interna* do serviço. Apesar da potencialidade deste espaço, as discussões aí iniciadas podiam ser interrompidas pela circulação que a própria demanda institucional exigia aos profissionais, de modo que a sala da equipe técnica poderia ser descrita como espaço de “semear” idéias/projetos/parcerias de trabalho, que precisavam de um espaço mais oportuno e estruturado para a sua “fertilização”: as reuniões de equipe.

A articulação dos profissionais em uma *rede interna* para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar no contexto do CAPSad revelou-se de grande relevância frente aos desafios da clínica de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e suas famílias. As associações e parcerias entre integrantes da equipe permitiam contornar sentimentos de solidão, frustração e angústia que o trabalho poderia suscitar. As relações de cumplicidade e solidariedade, por sua vez, encorajavam a proposição de intervenções novas. Esta parece ser uma condição importante para a produção de novas tecnologias de cuidado para a atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto do serviço estudado:

A equipe escuta [o profissional] com interesse e faz colocações sobre a intervenção por ele relatada, expressando concordância com a sua condução e fazendo sugestões de como proceder nos próximos encontros. Percebo que esta abertura de discussão com a equipe repercute em uma maior segurança para a sua atuação na rua, um cenário que lhe é ainda novo. (Diário de campo, março 2008)

Dentre as relações sociais estabelecidas no âmbito da equipe multiprofissional e que permeiam o processo de trabalho interdisciplinar, merece destaque aquelas observadas entre profissionais e residentes de saúde mental com prática no serviço. Acompanham-se situações de tensão e de muita fecundidade na relação entre estes atores. Por um lado, os residentes em saúde mental, considerados, por vezes, sujeitos “*sem o olhar especializado para a área de álcool e outras drogas*”, tiveram suas propostas problematizadas em termos da sua abrangência e não especificidade. Esta problematização partia daqueles que haviam acumulado certa *expertise* a partir da prática e de processos de educação permanente em serviço. Por outro lado, a atuação dos residentes, muitas vezes acompanhada de questionamentos – seja como movimento próprio de quem se encontra em processo de formação, seja como reação a saberes e práticas aparentemente cristalizados – pôde servir de convite à reflexão e mesmo redirecionamento de algumas práticas, a exemplo da possibilidade de um novo desenho da estratégia de intervenção no território mais imediato do serviço. A

eventual tensão na relação entre os profissionais e os residentes, frente aos seus questionamentos, pode ser interpretada à luz das estratégias de reprodução do projeto institucional. O lugar dos residentes, na condição de sujeitos em formação e em passagem pelo serviço, parecia lhe conferir uma legitimidade relativa, ainda que seus questionamentos fossem escutados pela equipe:

A profissional fala dos “questionamentos” dos residentes. Ela justifica que alguns dos pontos que são por estes questionados já foram antes pensados pela equipe. É como se faltasse a estes a vivência de um processo... [...] Uma consideração da profissional em relação aos residentes é de que estes estão muito voltados para o “transtorno mental”, não tendo ainda capturado a especificidade da questão do álcool e outras drogas. (Diário de campo, Agosto 2007)

A relação entre profissionais antigos e novos durante a inserção destes no serviço foi marcada por muita cordialidade e solidariedade. Entre os profissionais novos podia-se notar o reconhecimento da trajetória profissional dos antigos na área de álcool e outras drogas e mesmo a busca de apoio para o esclarecimento de questões emergentes das leituras introdutórias ou primeiras atividades/intervenções no serviço.

Em relação ao profissional médico, observou-se que a médica psiquiatra que integrava a equipe no início da pesquisa tinha uma interação muito estreita com os demais profissionais, participava das reuniões de equipe e, dentre suas atividades, coordenava duas oficinas terapêuticas. O engajamento desta profissional pode ser atribuído a seu perfil e militância na área de saúde mental. Além da dificuldade do serviço em contratar novos médicos clínicos e psiquiatras, observou-se uma inserção mais restrita de novos profissionais médicos contratados junto à equipe multiprofissional. Com uma carga horária menor que os demais integrantes da equipe (20 horas), a atuação destes profissionais encontrava-se mais centrada nos atendimentos individuais em alguns turnos da semana.

As atribuições de cada integrante da equipe multiprofissional encontravam-se definidas por sua formação profissional (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, etc.). As especificidades de atuação conviviam, por outro lado, pela contribuição ao fazer do outro, o que envolvia, por sua vez, o domínio do que seja este fazer do outro e do que pode ser assimilado, com respeito a cada campo disciplinar, ao fazer coletivo:

Quando você dialoga com outro profissional possibilita que o paciente seja atendido de uma forma mais ampla, porque assim, ele tem um documento... tenho um paciente que tirou

documento três vezes e eu: “tem alguma coisa errada, né, tô trabalhando sozinha”, aí eu fui pra psicóloga: “o que aconteceu com esse paciente (inaud.), o que aconteceu com esse paciente que eu tiro a identidade dele e ele passa um mês e volta pra mim pra me pedir outro?”, “Ah, [...] é que tem uma questão aí de não aceitação dessa pessoa, porque ele foi largado pela mãe não sei aonde...”, “Ah, então perai, trabalhe ele com a identidade. Então vou tirar uma, vou tirar xérox, porque a gente precisa de documento algumas vezes, vai pro prontuário dele e ele vai perder o documento dele, quando você achar que ele tá bom pra tirar identidade, você como psicólogo, você encaminha pra mim”. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

A discussão contemplou ainda as atribuições de cada integrante da equipe (definição de tarefas). Dentre estas se ressaltou os encaminhamentos para a confecção de documentos (RG, CPF, certidão de nascimento, Título de eleitor) como uma tarefa a ser realizada por todos, de forma a descentralizar este tipo de demanda da assistente social e possibilitar a estas outras intervenções. Os encaminhamentos podem ser preenchidos por qualquer um da equipe, precisando apenas ser assinado, carimbado e datado pela assistente social. (Diário de campo, janeiro 2008)

Dentre as atividades que podiam ser compartilhadas por todos, identificava-se a abordagem de redução de danos. O CAPSad Pernambués contava em seu quadro técnico com dois profissionais com formação específica de redutor de danos. Entretanto, compreendia-se que todos os integrantes da equipe constituíam-se em “redutores de danos”, uma vez que a lógica da redução de danos perpassava as intervenções individuais e grupais no serviço.

As reuniões de trabalho e as discussões de casos despontam como condição propiciadora da interdisciplinaridade no contexto do CAPSad. Dentre as reuniões de equipe no contexto do CAPSad estudado, foram acompanhadas, pelo período de três meses, as reuniões do Projeto EspaSSos da Rua, realizadas semanalmente durante turno de quatro horas. Seguindo lógica de funcionamento semelhante à reunião técnica do serviço, a reunião do Projeto do EspaSSos da Rua realizava-se com a participação de todos os seus integrantes (psicóloga, enfermeira, assistente social, redutores de danos/oficineiros, motorista), além de estagiários e residentes que acompanhavam a atividade. Estas reuniões revelaram-se de grande potencialidade para a organização de processos de trabalho interdisciplinares, ao contemplaram os seguintes momentos:

- Discussão dos processos de trabalho (o como intervir): delineamento de procedimentos para encaminhamentos; elaboração de roteiro para as visitas institucionais e de instrumento de registro de informações sobre as instituições visitadas; elaboração de roteiro para a elaboração dos relatórios de atividades; elaboração de instrumentos de registro das informações relativas às intervenções na

rua e dados sobre as pessoas atendidas, relatórios de atividades, projeto da atividade, etc.;

- Discussão sobre o campo de intervenção: compartilhamento quanto às observações sobre o território onde a intervenção ocorria e a população que nele circulava – suas demandas e necessidades sociais de saúde; discussão e avaliação de intervenções realizadas; discussão de casos atendidos e das necessidades de intervenção/encaminhamentos; planejamento de intervenções subseqüentes levando-se em consideração o contexto e os sujeitos; a relação do profissional com os usuários assistidos – preocupação com a qualidade do vínculo; materiais necessários para a intervenção – o que precisava ser separado, o que precisava ser solicitado e o que poderia ser produzido a partir de oficinas do CAPSad; dificuldades percebidas para o desenvolvimento das atividades e possíveis estratégias de enfrentamento; as parcerias e articulações necessárias com dispositivos da rede social e de saúde com o propósito de promover a atenção integral das pessoas assistidas;
- Estudos teóricos ou educação permanente: tempo reservado da reunião para a discussão de aspectos teóricos identificados pelos próprios profissionais e que mantinham estreita relação com a prática concreta. Ao emergirem da prática concreta, os temas podiam propiciar o aprofundamento da compreensão da realidade e fortalecer as estratégias de intervenção sobre a mesma, de forma a atender às necessidades sociais de saúde da população assistida no âmbito do território. O estudo teórico era frequentemente o último ponto da pauta da reunião. Apesar da sua relevância, a discussão de outros pontos de pauta muitas vezes acabou por suprimi-lo ou lhe reservar um tempo muito limitado.

A reunião da equipe do EspaSSos da Rua pôde contar com convidados externos, representantes de outros dispositivos da rede com o propósito de planejar atividades conjuntas ou de promover oportunidades para a aproximação entre instituições e/ou projetos e para a educação permanente. Assim, por exemplo, durante o período de acompanhamento da atividade, a reunião da equipe contou com a participação de uma docente e estagiários do Permanecer UFBA para o planejamento de uma intervenção comunitária em parceria: Festival de Férias/UFBA - EspaSSos da Rua/CAPSad. Outra participação especial foi a de uma conselheira do Conselho Tutelar com atuação em um dos territórios de intervenção do projeto. Nesta oportunidade, observou-se uma apresentação dos trabalhos desenvolvidas nas duas

instâncias, sendo explicitadas as possibilidades de parceria e articulação entre as mesmas na atenção a crianças e adolescentes assistidas e de suas famílias.

Nas reuniões observadas, a discussão de situações vivenciadas pela equipe na prática presente mostrou-se permeada pela lembrança de experiências pregressas com reflexão acerca da aprendizagem acumulada a partir destas – conhecimento teórico e tecnologias de cuidado. Por um lado, esta circunstância propiciava um alinhamento discursivo e norteamento para as intervenções que levavam em conta os saberes construídos ao longo da implementação do serviço; por outro, representava uma oportunidade para fazer avançar a discussão sobre as práticas diante de desafios atuais, impulsionando a equipe a buscar novos aportes teóricos.

Quanto à discussão de caso no contexto do CAPSad Pernambués, observou-se que esta prática buscava contemplar as demandas e as necessidades sociais de saúde explicitadas por usuários e familiares ou identificadas a partir da escuta clínica, bem como a intervenção realizada ou planejada por um profissional e as perspectivas de outros profissionais – distintos olhares disciplinares. A discussão podia resultar em estratégias compartilhadas de intervenção, seja pela legitimação daquela inicialmente apresentada seja pela construção coletiva de outra estratégia resultante da discussão. Este processo conferia uma apropriação das necessidades e/ou demandas dos usuários e familiares assistidos assim como o acompanhamento dos casos pela equipe, mas, sobretudo, uma maior segurança entre os profissionais nas suas intervenções em virtude de validação prévia com outros integrantes da equipe.

Em consonância com o discurso de gestores e profissionais, observou-se que as situações de discussão de caso ocorriam a todo o momento no contexto do serviço, de forma espontânea nas interações e encontros dos profissionais na sala da equipe técnica – precipitada muitas vezes pelo registro de observações relativas ao atendimento ou participação do usuário em grupo ou oficina terapêutica em prontuários – e de forma mais sistemática nas reuniões de equipe. A observação torna claro que por mais rica que possa ser a discussão informal de casos, faz-se necessário o investimento nesta prática, enquanto dimensão do trabalho interdisciplinar, com a definição de espaço formal para a discussão sistemática de casos. Esta discussão deve favorecer uma compreensão abrangente das necessidades e/ou demandas dos usuários e familiares assistidos, a proposição de intervenções interdisciplinares e a sua avaliação em conformidade com as singularidades dos casos, abrangendo a clínica e as atividades terapêuticas no âmbito do serviço (oficinas e grupos), bem como as ações no território para a promoção da inclusão social:

Em meio aos assuntos mais triviais, surgiu uma importante discussão informal sobre dois casos de usuários do serviço. Do que pude entender, eles haviam participado do Grupo Força de Expressão e, por isso mesmo, estavam a receber registros em seus respectivos prontuários. [...] A questão em cena em relação a esses dois usuários era como deveria se dar a condução terapêutica em geral. As intervenções que poderiam ser feitas para cada um, o reforço da adesão ao tratamento, a implicação de terceiros (familiares, principalmente!) nessa condução, etc. [...] Da mesma maneira que começou a discussão destes casos, um tanto que abruptamente, em meio a todo tipo de conversas, também assim terminou, difusamente, sem necessariamente chegar a qualquer conclusão por fim. (Diário de campo, setembro 2007)

No momento seguinte da reunião, passa-se a discussão de intervenções feitas no campo e ao relato de alguns casos que têm recebido especial atenção de toda a equipe. [...] os casos foram discutidos com a equipe pensando junta possíveis estratégias de intervenção. (Diário de campo, janeiro 2008)

A equipe escuta atentamente o relato do caso e valoriza as intervenções que foram feitas até então pela profissional. Considera-se necessário explorar alguns dados de forma a preencher as lacunas na história de vida do adolescente e assim refletir quanto aos encaminhamentos possíveis. (Diário de campo, março 2008)

Outro espaço oportunizado no serviço para a discussão de caso correspondia ao momento reservado ao final das atividades grupais (oficinas, grupos, assembleias) coordenadas por mais de um profissional ou em colaboração com residentes e estagiários com o propósito de sua *avaliação*. Discutia-se, nesta direção, se a condução da atividade havia ocorrido em conformidade com o planejado, atendendo aos seus objetivos, os fatores que podiam ter oferecido dificuldade para o alcance destes objetivos, que aspectos poderiam ser aprofundados em encontro subsequente e sobre a participação dos usuários (nível de participação; adesão à proposta da atividade naquele dia; conteúdos manifestos e relação destes com sua história de vida, necessidades e demandas; questões observadas que precisavam ser sinalizadas aos respectivos técnicos de referência para aprofundamento em atendimento individual, apontando para outro momento de discussão do caso). O conteúdo relativo às drogas e seus efeitos pouco se fez presente nos momentos de discussão de casos observados pela pesquisa. O foco recaía sobre a história de vida dos usuários/familiares, suas necessidades e demandas de atenção e sobre as intervenções realizadas ou propostas a partir do serviço. Nesta direção, a discussão de caso figurava como condição que favorecia tanto a interdisciplinaridade quanto a integralidade das práticas de cuidado no contexto do serviço estudado.

4.2.3. Necessidades de qualificação na área de álcool e outras drogas

O CAPSad estudado foi reconhecido pelos sujeitos da pesquisa como um espaço de formação e qualificação na área de atenção a usuários de álcool e outras drogas. De acordo com o posicionamento de um profissional, este fato justificaria a opção de continuar trabalhando no serviço mesmo diante das insatisfações com a precariedade das condições do contrato de trabalho. O investimento na formação e qualificação dos trabalhadores do CAPSad, através da estratégia de educação permanente, mostrou-se transversal à implementação do serviço, organização dos processos de trabalho, delineamento de seu modelo de gestão e do modelo de atenção:

No caminho, a técnica lembra do processo de implementação do CAPS no primeiro ano. Refere-se ao processo de capacitação pelo qual toda equipe passou, com atividades semanais nas tardes de quinta-feira. Faziam-se grupos de discussão e de estudos. Segundo a técnica, a atividade tinha início às 13:30h e muitas foram as vezes que deixaram o CAPS às 20:00h, ainda com a sensação de que tinham muito o que aprender para lidar com as situações vivenciadas na prática. (Diário de campo, Agosto 2007)

Entre gestores e profissionais participantes da pesquisa predominou o discurso em torno da especificidade da área de álcool e outras drogas em relação ao campo da saúde mental. Nesta direção, apontava-se como necessária uma formação específica. A questão não está, entretanto, isenta de problematização: o enfoque ao consumo de álcool e outras drogas possibilita o desenvolvimento de ações específicas ou restringe o leque de intervenções? Os princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica podem ser articulados ao enfoque da redução de danos na atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas e suas famílias?

A inserção dos novos profissionais ao serviço apresentou-se como uma oportunidade para a reflexão quanto às necessidades de qualificação para atuação no contexto do CAPSad e, sobretudo, de como o serviço pode articular-se interna e externamente para atendê-las. Conforme já fora descrito, a inserção de novos profissionais à equipe do CAPSad Pernambués tem sido mediada por profissionais com experiência acumulada no serviço. Como estratégia de inserção, observou-se a indicação de leitura do Projeto Terapêutico do CAPSad e de seus Relatórios de Atividade. Além destes documentos referenciais do serviço, outras leituras foram recomendadas aos novos integrantes da equipe, a exemplo do texto da política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e outras

fontes bibliográficas relacionadas ao tema – dentre estas o material didático do SUPERA⁶³ e um Manual de Redução de Danos, produção do Programa Nacional de DST/AIDS. O tempo de dedicação a estas leituras introdutórias, muitas vezes empreendidas na sala dos técnicos e com direito à discussão espontânea e esclarecimento de dúvidas entre os presentes, variou entre os sujeitos, apontando talvez para necessidades singulares de qualificação na área. Um dos profissionais, que parece ter passado mais tempo dedicado a estas leituras, tinha experiência prévia em um serviço substitutivo de saúde mental e iniciava a sua atuação na área de álcool e outras drogas:

Ele mesmo deixou escapar algo do tipo: “É, estou aqui, agora, tentando me encontrar! Tenho que ler essas coisas todas aqui que nos deram para a gente poder se inteirar mais sobre álcool e drogas!”. (Diário de campo, Setembro 2007)

O técnico voltou a pegar o seu material sobre a política do Ministério da Saúde para atenção a usuários de álcool e outras drogas. Há duas semanas observo que ele ler este documento, já bastante sublinhado com lumine color, lápis e caneta. Outra profissional sentada ao lado lia um manual sobre redução de danos. [...] O técnico está lendo um trecho e passa a comentá-lo conosco, pergunta-nos se há algum protocolo ou procedimento para que o médico da atenção básica diagnostique casos de alcoolismo. Passamos a discutir sobre a dificuldade da atenção básica dar conta de aspectos psicossociais, como alcoolismo, drogadição e violência. A reboque, discutimos sobre a necessidade de estreitamento da relação CAPS-PSF. (Diário de campo, Setembro 2007)

Estas leituras precederam o engajamento dos novos profissionais nas atividades assistenciais do serviço. Esta estratégia foi ainda articulada com a atuação conjunta dos novos técnicos com profissionais antigos ou com residentes há mais tempo no serviço. Na conformação de duplas de trabalho constituía-se a oportunidade de uma interação entre os profissionais “novos” e “antigos” em que o planejar e fazer juntos propiciava a reflexão sobre a prática e a aprendizagem significativa, além do fomento à interdisciplinaridade. Há de se ressaltar a disponibilidade dos profissionais “antigos” para a troca de experiências e o compartilhamento de saberes e tecnologias de cuidado, apoio e solidariedade aos novos integrantes da equipe visando a sua qualificação para a continuidade do projeto institucional do CAPSad. Nesta estratégia de inserção dos novos profissionais manifestava-se a vocação do

⁶³ O SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) é um curso na modalidade a distância preparado e oferecido pela Secretaria Nacional Antidrogas em parceria com o Ministério da Saúde no ano de 2006. O material didático aborda a epidemiologia do consumo de álcool e outras drogas, o diagnóstico e tratamento mediante terapia breve, os efeitos das substâncias psicoativas, o encaminhamento. Destina-se principalmente a profissionais que atuam em UBS, CAPSad, CAPSi, CAPSI.

serviço com a *docência* e formação de recursos humanos para a assistência na área de álcool e outras drogas:

Com a chegada dos novos técnicos esta semana, está sendo organizada a inserção destes nas atividades, que inicialmente acompanharão os técnicos antigos e os residentes. [...] Algumas duplas (técnico antigo - técnico novo) já estavam sendo constituídas... (Diário de campo, setembro 2007)

Perguntei ao técnico sobre como estava nestas primeiras semanas de trabalho no CAPSad. Ele relatou ter observado o acolhimento realizado por técnicos antigos e que já havia feito dois atendimentos de acolhimento sozinho. Em relação a esta experiência, conta-me que gostaria de poder contar com a observação dos técnicos antigos (supostamente mais experientes). Não ficou se sentindo muito seguro com os atendimentos que fez sozinho e considera que seria interessante o olhar do técnico experiente. Acrescentou que começou a participar de algumas oficinas, observando os técnicos antigos. (Diário de campo, setembro 2007)

Para além das oportunidades suscitadas pelas interações entre os profissionais, dois espaços institucionais foram apontados como importantes para o processo de educação permanente da equipe: as reuniões técnicas, de periodicidade semanal e que agregava toda a equipe – a exceção dos vigilantes e trabalhadores de serviços gerais – para discussão de temáticas relacionadas às intervenções e/ou situações cotidianas e a supervisão institucional, oferecida pelo CETAD mediante convênio de cooperação técnica (2005-2007) firmado entre o CAPSad/SESAB e o CETAD/UFBA. Outra experiência apontada para a formação e qualificação da equipe referia-se às visitas que profissionais do CAPSad estudado realizaram a outros serviços especializados na atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Em relação ao espaço das reuniões de equipe, conforme anteriormente descrito, as reuniões do projeto EspaSSos da Rua apresentavam um horário reservado para “estudos teóricos”, referidos como “*momentos de capacitação da equipe*”. A condução da discussão cabia a uma dupla de profissionais desta equipe. Entre os temas propostos, em janeiro de 2008, constavam: Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Conselho Tutelar, Legislação sobre Drogas, Redução de Danos, Drogas (Crack, Solvente/Cola, Álcool), Drogas (aspectos fisiológicos, psicossociais, abuso/dependência/abstinência). A proposição destes temas havia emergido das necessidades percebidas a partir da prática concreta desta equipe. Para alguns temas, estava prevista a participação de um convidado externo. A discussão sobre Conselho Tutelar, por exemplo, contou com a participação de uma conselheira tutelar com atuação na área de intervenção do projeto. Esta discorreu sobre o papel do Conselho Tutelar,

funcionamento e intervenções, ampliando assim para a equipe do EspaSSos da Rua a compreensão sobre esta instância e em que sentido as parcerias poderiam ser estabelecidas e/ou potencializadas. Para a discussão sobre Redução de Danos estava prevista a participação de um representante da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC). Neste sentido, a rede era ativada com o objetivo de qualificação da equipe do CAPSad Pernambués. A expectativa era, a partir destes estudos e discussão, instrumentalizar/qualificar a equipe, com apropriação de conteúdos teóricos, para a intervenção. A discussão dos temas teóricos realizava-se de forma articulada com a prática, possibilitando uma leitura qualificada dos contextos de intervenção e das necessidades sociais de saúde da população assistida. Dos “estudos teóricos” participavam todos os profissionais da equipe:

A necessidade de supervisão é reafirmada pelo técnico que argumenta a partir do seu acúmulo de experiência de intervenção na rua. Uma questão com que o trabalho lhe tem provocado refere-se ao impasse entre a determinação da legislação infanto-juvenil e o desejo do jovem. Exemplifica: de acordo com o ECA, a criança tem que viver em casa, mas esta pode desejar permanecer na rua; para então indagar: que postura assumir? (Diário de campo, Março 2008)

A necessidade de qualificação para atuação no CAPSad foi referida tanto por profissionais de nível médio quanto de nível universitário. Em relação aos profissionais da área de segurança, contratados por uma empresa terceirizada, identificou-se o discurso de que a abordagem a usuários de álcool e outras drogas demanda habilidades do tipo relacional. Estes profissionais, cuja função no serviço encontrava-se definida em termos de “preservação do patrimônio”, não haviam recebido qualquer tipo de treinamento para atuação no serviço:

...considera que o trabalho no CAPS exige habilidade na relação com os usuários. Relata que às vezes o CAPS recebe usuário agressivo e que a abordagem demanda paciência e “trato”. Conta que nunca teve problemas com os usuários, que os trata com respeito. Às vezes encontra alguns deles na rua e os cumprimenta, mantendo entretanto a relação profissional. Comenta que uma colega deixou de trabalhar no CAPS, sendo substituída por outro profissional que está há alguns dias no posto de trabalho. Acredita que o novo colega não terá dificuldade, pois antes trabalhava em um hospital psiquiátrico. Segundo conta, os colegas expressam não desejar trabalhar no CAPSad. Outra consideração sua é quanto ao fato de nunca haver recebido treinamento ou capacitação para o trabalho no CAPS. Acha que seria importante, mas, segundo informa, a única preocupação da empresa em que trabalha é com a cobertura do posto. (Diário de campo, Maio 2007)

A abordagem de redução de danos aparece como um tema a ser contemplado com prioridade na formação e qualificação profissional para a atuação no contexto do CAPSad. A

falta de compreensão desta abordagem pode propiciar discursos e práticas equivocadas no sentido de contrapor a redução de danos e a abstinência. Nesta direção, a redução de danos encontrava-se entre os primeiros temas propostos para discussão nas reuniões de equipe no período de inserção dos novos profissionais:

O residente passa em seguida a discutir sobre um acolhimento que vem realizando de um usuário de crack. Ele já fez, pelo que compreendi, algumas entrevistas e vinha recomendando que o rapaz ao sentir a fissura pelo crack utilizasse a maconha. O usuário teria comentado que experimentou a sugestão e que havia dado certo, ao fumar um cigarro de maconha teria passado sem o crack. A dúvida do residente refere-se a uma possível responsabilidade “penal” pela intervenção, tendo em vista que a maconha é uma droga ilícita. A técnica pondera que o crack também é uma droga ilícita e assinala que a intervenção relatada estava coerente com a lógica da redução de danos. Ela conta que em alguns casos chegou-se mesmo a prescrever em receituário o uso da maconha, tendo em vista a redução de danos. O residente comenta que precisa ler mais a respeito. A técnica promete-lhe um texto sobre o assunto. (Diário de campo, Julho 2007)

Ele me disse que tem conversado com outros técnicos e que alguns, assim como ele, estariam desacreditados da lógica da redução de danos. Fala-me da falta de “números” e “estatísticas” que reflitam os resultados do CAPSad. Admite ser difícil a avaliação do serviço sem estes “números”. Compartilho com o técnico a opinião quanto à complexidade da abordagem de redução de danos para usuários de álcool e drogas. Ele então acrescenta sentir necessidade de ter outros espaços de estudo e de discussão, que não fiquem restritos às reuniões técnicas. Procuro incentivá-lo, dizendo-lhe que esta também havia sido uma necessidade dos técnicos que trabalham há mais tempo no CAPSad e que eles constituíram grupos de estudo e também buscaram ajuda para formação junto ao CETAD. Era a primeira vez que o técnico verbalizava sua necessidade de formação/ qualificação para a atenção de usuários de álcool e outras drogas. (Diário de campo, Outubro 2007)

Em relação ao tema da redução de danos, admitia-se como necessidade o “...fortalecimento da argumentação teórica e técnica da equipe acerca da proposta de tratamento oferecida” (Diário de campo, Março de 2008). A compreensão da equipe do CAPSad sobre a abordagem da redução de danos repercute na natureza de sua inserção na rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Se o discurso da redução de danos encontra-se fragilizado no contexto do serviço muito dificilmente poderá produzir ressonância nos saberes e práticas relacionados à questão do consumo de álcool e outras drogas no seu território de atuação.

A intervenção no território e a promoção da inclusão social também foram mencionadas como ações que demandavam estudos e discussão no contexto do CAPSad, com referência, por exemplo, aos seguintes temas: clínica na rua, intersetorialidade, matriciamento, reinserção social:

Antes de deixarmos o CAPS, ficamos um tempo esperando na recepção do serviço para ver se ainda era possível pegar os materiais que faltavam. Nesta conversa, um profissional comenta sobre um grupo de estudo que está acontecendo às quintas-feiras. Este grupo de estudo foi nomeado de “álcool e outras drogas: suas vicissitudes”. Neste momento, o tema em discussão estaria sendo “oficinas profissionalizantes e de geração de renda em CAPSad”. [...] acrescenta que a noção de “reinserção social” estava no cerne do debate, considerando-se que a intervenção no CAPSad deveria propiciar a organização do usuário enquanto sujeito de forma que este pudesse fazer o movimento de se reinserir socialmente e não o CAPSad cumprir esta função. Para a discussão, o grupo de estudo estaria identificando alguns textos para a leitura. (Diário de campo, Março 2008)

A prática concreta dos profissionais na atenção a usuários de álcool e outras drogas, particularmente aquelas desenvolvidas no âmbito do território, apresentou-se como especialmente desafiadora. Em parte, pelas lacunas da própria formação acadêmica; em parte, pela flexibilidade que a dinâmica do cenário de intervenção acaba impondo à equipe. As necessidades da população assistida e/ou do contexto da intervenção podem, por sua vez, demandar a construção ou reinvenção de tecnologias de cuidado. Esta situação ilustra que a qualificação para a atuação na área de álcool e outras drogas faz convergir a conquista de conhecimentos técnico-científicos com a plasticidade e criatividade para a construção de práticas sensíveis às demandas e necessidades sociais de saúde da população assistida e a seus contextos socioculturais.

5. Objeto de intervenção do CAPSad: demandas e necessidades sociais de saúde de usuários e familiares em tratamento

Este segundo capítulo de apresentação dos resultados do estudo de caso no CAPSad Pernambués aborda o objeto e os sujeitos das práticas de cuidado. Nesta perspectiva, empreende-se uma caracterização da problemática do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas segundo as narrativas de usuários e familiares, as demandas e necessidades sociais de saúde apresentadas ao serviço, as expectativas em relação ao tratamento e seus resultados terapêuticos. A partir desta descrição, espera-se contribuir com a reflexão quanto à adequação da organização dos processos de trabalho e do conteúdo das práticas de cuidado no contexto do CAPSad em relação aos problemas e necessidades de saúde da população assistida.

5.1. O sujeito em tratamento no CAPSad

O CAPSad Pernambués oferece assistência a pessoas com transtornos decorrentes do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas de ambos os sexos e com idade a partir de 16 anos. A abordagem de crianças e adolescentes em exposição ou consumo de álcool e outras drogas vinha sendo especialmente contemplada através da intervenção comunitária do Projeto EspaSSos da Rua. De acordo com um levantamento realizado pelo serviço, relativo aos seus dois primeiros anos de funcionamento (julho/2004 a junho/2006), o CAPSad contava com cerca de 465 usuários inscritos. A estimativa média de atendimento por mês era de 130 usuários, entre modalidade de atendimento intensiva, semi-intensiva e não-intensiva. A maioria dos usuários inscritos no serviço é do sexo masculino, predominando a faixa etária entre 20 e 30 anos, solteiros e de média escolaridade, em situação de desemprego ou de trabalho informal. A condição de consumo de mais de uma substância psicoativa predomina, com destaque para o álcool e o tabaco. A maconha e a cocaína apresentam-se com o maior índice de consumo dentre as drogas ilícitas.

Como o consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas caracteriza-se como um problema de saúde que acomete sujeitos de todas as classes sociais, no CAPSad Pernambués são atendidas pessoas com diferente situação socioeconômica. Estes sujeitos se

encontram no espaço das atividades grupais (oficinas e grupos terapêuticos), estabelecendo relações marcadas pela diferença de classe e, em certa medida, equacionadas pelo compartilhamento de um problema de saúde comum. A condição socioeconômica do usuário não se apresentou, contudo, como fator a definir a modalidade de atendimento no serviço, prevalecendo como critério o seu quadro clínico – sintomas manifestos e fatores de vulnerabilidade associados ao consumo abusivo de álcool e outras drogas.

5.1.1. O consumo de álcool e outras drogas

A abordagem aos sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués buscou contemplar a sua relação com as substâncias psicoativas, a percepção de que o consumo havia se configurado prejudicial, os itinerários terapêuticos e as expectativas em relação ao tratamento no contexto do CAPSad. As narrativas destes sujeitos representam um convite para a aproximação de um tema permeado por estigmas e preconceitos, bem como a caracterização de uma problemática complexa e, inequivocadamente, inscrita no campo de práticas de saúde mental.

O consumo de substâncias psicoativas, particularmente o álcool e a maconha, foi referido por alguns dos sujeitos entrevistados como de início precoce em suas vidas, sendo remontado por vezes ao período da infância e da adolescência. De acordo com as narrativas daqueles sujeitos em tratamento do alcoolismo, o início do consumo de bebidas alcoólicas realizou-se em situações de sociabilidade. Para estes sujeitos, foi muito difícil precisar em que momento o consumo social tornou-se prejudicial ou abusivo. Entre o início do consumo e a percepção de que o mesmo tornou-se abusivo – a *perda do controle* – decorrem-se geralmente muitos anos. A tolerância dos familiares e amigos em relação ao aumento da quantidade e da intensidade do consumo foi outra circunstância comum nestas narrativas, inclusive com relatos de participação daqueles nas situações de consumo:

Trabalhou de carteira assinada em uma gráfica. Parece-lhe ter sido naquela ocasião que se tornou usuário abusivo do álcool. Afirma ter sido a batida de maracujá, tomada em dose dupla, em um bar na rua da Ajuda, na companhia de alguns amigos que o tornou dependente: “a batida parecia suco”. Conta que o dono da gráfica tomava conhaque e whisky. No horário do almoço, pedia batida para os empregados. Pergunto sobre o que aconteceu com a gráfica, ele responde que foi fechada após o falecimento dos donos. Alguns ex-colegas também já faleceram. “Tudo se acabou”. Fala do trabalho na gráfica com certa nostalgia. (Diário de campo, abril 2007)

A bebida começou com influência, eu trabalhava de cobrador de ônibus. Trabalhei vinte e dois anos de cobrador de ônibus. Aí influência, trabalhando de cobrador, passava aquela turma e ia pra bar, era tempo também tinha aquelas bebidas boas, tipo “Super Quentão”, “Saborosa”, “Jacaré”, essas bebidas boas, que hoje essas bebidas não prestam mais não, tudo é fundo de quintal... e aí, nessa influência, eu passei a beber, beber, beber, beber, cachaça, cerveja, cachaça, cerveja, batida, aquele negócio... e a maconha foi poucos tempos também, foi negócio de influência... já outra turma e já outra empresa de ônibus, uma “cobradeira” mulher que era minha amiga usava. E aí ela me ofereceu, a gente folgando junto, e eu fui na “prensa” dela, fiz. Aí fiquei usando mas usei também poucos tempos, usei negócio de vinte anos por aí assim... só, depois eu abandonei, nunca mais, tem mais de dois anos, tem muito mais de dois anos que eu não sei o que é isso. E o menino passa e também [...] sabe que eu não uso mais, acabou, acabou. E a mesma coisa a cachaça, eu já avisei aos caras, aí na hora que vocês quiserem uma e quiser botar uma pra vocês, bota, mas eu não quero que ninguém me ofereça mais essa bebida. Porque eu tô lá no centro de tratamento e eu ou bem me tratar ou bem usar a cachaça... (Entrevista usuário 07)

Bem, eu comecei o contato com as drogas, mais ou menos aos vinte anos, porque eu andava com um grupo de amigos lá [...] e meus amigos... como todos tinham, tínhamos namorada, né?, e gostava muito de festas, e com aí começávamos a tomar cerveja, cerveja e depois tomávamos comprimidos, comecei com comprimidos, junto com eles. Era um grupo mais ou menos assim de... cinco a seis casais, saíamos sempre juntos! Em todas as festas, em tudo o que era bar. E nós tínhamos medo de fumar maconha porque os nossos pais na época não permitiria, né? Que era uma coisa que só quem roubava, quem fazia e acontecia e nós não éramos um grupo assim, éramos pessoas de família. Então nós usávamos assim, como expectorantes, os caras chamavam xarope, em comprimidos, né? Aí eu comecei a tomar um xarope [...] e ficamos nisso durante muitos anos. Mas aos vinte e dois anos eu comecei a fumar o meu primeiro baseado. Conheci uma pessoa que trabalhava com berimbau e fazia capoeira, e ele assim gostava muito de mim e, assim, ele fumava e eu não sabia. [...] E ele me apresentou e eu fumei! E gostei! Depois de um determinado tempo, apesar de eu ter ficado com vergonha de meus amigos, esperei uma oportunidade e convidei eles pra fumarem também. E daí pra aqui, e daí pra lá, nós começamos a fumar somente por... vaidade. A gente achava gostoso, as namoradas... porque todas as nossas namoradas elas também começaram a fumar e o grupo todo fumava maconha, mas nós só fumávamos nos fins de semana, quando nós íamos para a festa. Depois eu conheci a mãe dos meus filhos... então eu comecei a usar droga sozinho, e ela, com ela. Porque todas as minhas namoradas fumou junto comigo. E a droga nunca me fez mal, sempre gostei de fumar. Mais ou menos atééé... um três anos antes de me separar dela, porque daí pra cá ela [a droga] começou a me prejudicar... Comecei a perder a razão das coisas... comecei a não entender mais nada, não respeitar mais amigos, mas só que eu não entendia que era as drogas, eu ficava sempre colocando a culpa na minha mulher, na minha vida, uma vida que eu tinha... e que não era ruim [...] então eu não tinha como falar de... de emprego porque eu ganhava bem e nunca ganhei salário mínimo, sempre ganhava dois, três salários, mas eu colocava sempre a culpa... Eu não sabia que era a droga, né? (Entrevista usuário 05)

Entre os sujeitos entrevistados, dois reportaram-se ao início do consumo de bebidas alcoólicas ainda durante a infância, sendo a substância oferecida ou tornada disponível por uma pessoa da rede social ou familiar. Esta condição foi descrita por um dos sujeitos como fator de vulnerabilidade à dependência:

...minha relação com álcool começou já desde criança. Eu poderia afirmar que, aproximadamente, aos seis meses de idade é... um familiar [uma leve hesitação se deve falar de quem se trata]... vou falar: meu tio materno, ele tinha o hábito de todos os dias ir almoçar na minha casa; e aí ele já molhava a chupeta num copo de cerveja, em algumas ocasiões, intercala no almoço, que ele bebia uma cervejinha. E aí a coisa foi se desenvolvendo ao longo do tempo. Eu, ainda quando criança, quando tinha algumas festas em casa, eu fazia uso, principalmente, da cerveja. Eu poderia até dizer que eu já tinha o meu copo. Ele já ficava reservado e alguns familiares, inclusive ele [o tio materno], já falava assim: “vai lá pegar seu copo!”. Mas o “ir lá pegar o copo” não seria... pra beber um refrigerante ou uma água de coco e, sim, pra ser servida a cerveja mesmo. Então, a presença do álcool na minha vida é desde da infância, não é?! E as pessoas falam que o dependente químico, o usuário em si, ele tem que ter força de vontade e quando ele quer, quando ele tem que parar, ele pára. E que não há culpados pra nossa dependência, mas eu acho que, muitas vezes, tem, principalmente, quando é uma criança que não tem como se defender. Que, felizmente ou infelizmente, quando se é criança a gente tem plena confiança no adulto, seja ele um familiar, um vizinho próximo. Então, eu fico pensando se eu não tivesse passado por essa etapa da vida, de ter experimentado álcool tão nova, se eu realmente teria chegado onde eu cheguei: um estado de... de dependência exacerbada. (Entrevista usuário 01)

Eu fiz uso a primeira vez, eu tinha um noivo de minha irmã que morava fora da área urbana. Ele só era... eu morava na periferia da cidade, [no interior do Estado]. E eu garoto ainda, né?! Minha mãe não deixava sair, trancava a porta. O que é que eu fazia?! Eu ia pro quintal, subia numa assadeira, montava em cima do muro, pulava no chão para o lado da rua e [nesse momento, estala os dedos] dava no pé. Andava uns cinco, seis, quilômetros correndo pela estrada afora até dá na casa onde ele morava, na fazenda que o pai dele tinha. Ele tinha um armazém defronte. Quando ele ia dar um “rolé”, dia de sexta-feira, ele dizia, ele virava pra mim, assim, dia de sábado e dizia: “Vá no alambique [do primo]!” ...era primo dele, tinha um alambique distante assim, mais aproximadamente uns seiscentos, setecentos metros. Eu ia pro jumento com dois garrafões, deste tamanho, dentro do cesto... a primeira vez que eu fui, aí, o primo dele encheu os garrafões e disse: “Pode ir!”. Aí, bateu assim, deu uma batidinha assim no jumento, eu, magrinho, franzininho, com dez anos de idade. Aí, peguei num capim que tava assim na beira da estrada, peguei o capim e mordi, mas mordi todo, fiz um canudo... enfiei o capim assim o tempo todo; de lá, eu tirei a tampa e comecei, né?! Me engasgou, eu comecei a tossir, aí passou a primeira vez, eu tomei o segundo gole, tomei o terceiro, quando eu cheguei na porta do armazém precisou juntar dois ou três homem prá me tirar de cima do animal... [...] Foi a primeira vez que eu bebi. [...] Fiquei embriagado, completamente embriagado! [...] E de lá prá cá eu não parei de beber. (Entrevista usuário 02)

Outros dois sujeitos entrevistados reportaram o início do consumo de álcool à vida adulta. A partir deste dado pode-se ressaltar a importância das estratégias de prevenção e de redução de danos voltadas para todas as faixas etárias:

Ah, não lembro direito como foi que comecei a fazer uso do álcool não. Não lembro direito não. Eu lembro que... eu lembro que eu comecei quando tava Exército, dezoito anos, eu não usava álcool. Certo?! Eu lembro também que, quando que eu morei em São Paulo, eu fiquei um bom tempo sem beber. Eu fui pra São Paulo só para trabalhar lá mesmo. Eu fui pra São Paulo em oitenta e sete, oitenta e sete, oitenta e oito, e nessa época eu não tava bebendo... [...] Aí, veio os anos noventa e, aí, daí, eu, lá mesmo, eu comecei a beber. [...] Então, a história foi essa. Agora, quando começou, eu só posso contar que, aos dezoito anos, quando eu servia ao Exército, ali, eu não bebia ainda. (Entrevista usuário 04)

Eu passei a beber com uns vinte e dois anos ou vinte e três anos de idade, mais ou menos. Até essa idade eu não bebia. Eu não bebia, não! Tomava assim uma bebida hoje, levava anos, seis meses, sei lá, sem beber! Muito mais que isso e agora depois dos vinte e dois anos pra cá... aí, eu sempre fiz o uso, principalmente final de semana. Depois eu cheguei numa determinada parte, uns dez anos pra cá, uns quatorze... de doze anos pra cá, depois que eu me separei de uma menina, que eu fui o noivo dela e eu gostava muito, aí, eu comecei a fazer parte do... da bebida quase que rotineira, quase que todos os dias. Às vezes, dava uma parada. Levava até dois, três meses, quatro, cinco meses sem beber. E quando voltava era de maneira... que ninguém... [pausa] suportava na verdade. (Entrevista usuário 03)

A tolerância e mesmo a convivência de pessoas da rede familiar em relação ao consumo de bebidas alcoólicas na infância ressalta como um dado a ser considerado pela equipe multiprofissional do CAPSad no delineamento de práticas de cuidado a serem desenvolvidas no âmbito do serviço e do território:

Sendo que, minha avó, ela sempre foi contra, ela sempre falava: que isso, aquilo não tava certo, esse negócio de dar bebida pra uma criança não tava certo. Meu avô sempre foi uma pessoa neutra e minha mãe não falava nada. Ou melhor, ela falava: “se ela quer beber, beba!”. E aí, complicado! [...] É... sempre quando ele [o tio materno] ia, aparecia lá, ele bebia, e... no caso, os finais de semana que... que sempre tinha aquele almoço de família e, então, a bebida sempre estava presente. Ele era bancário e, geralmente, reunia os amigos nos finais de semana, depois do baba, e eu sempre tive esse contato muito que direto com a rotina de adultos e com a cerveja em si. (Entrevista usuário 01)

Não, eu não comecei com o uso abusivo, não, que eu já trabalhava! Só bebia dia de sábado e domingo, às vezes eu tomava um litro de, naquela época vendia um aperitivo chamado “São Rafael” [...] Aí quando eu me casei levava pra dentro de casa. A mulher... tomava um aperitívzinho aí, ela mesma botava pra mim. Quer dizer, eu sempre desde a época que eu comecei a namorar com ela - ela tinha treze anos eu tinha dezesseis - ela nunca reclamou da bebida. Nunca falou da bebida! Agora é que ela vinha reclamando, porque na realidade eu tava bebendo de sexta à segunda. (Entrevista usuário 02)

Nas narrativas dos sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués, a *perda do limite* ou do *controle* sobre o consumo de álcool e outras drogas apresenta-se como uma questão indicativa da dependência e/ou consumo abusivo. O isolamento e afastamento da rede de amigos figura como outro aspecto elucidado em suas narrativas. Destaca-se, então, a centralidade que a substância psicoativa assume na vida cotidiana, com deslocamento do tempo e do interesse de outras pessoas e objetos (MASUR, 2004). A percepção da *perda do controle* sobre o consumo pode precipitar a busca pelo tratamento:

Um jovem conta que já passou três dias trancado em casa só fumando maconha. Uma moça intervém: “três dias!? Eu já passei dez!”. Outro afirma que não tem limites e que algumas vezes só parou quando o dinheiro acabou. (Diário de campo, outubro 2007)

E eu passei três anos da minha vida fora do mundo. Eu vivia num mundo dentro de mim. Eu e o álcool. Eu e uma garrafa. Tanto que eu me afastei dos meus amigos e eu conversava, literalmente, com uma garrafa! Tentava obter respostas, mas a garrafa não me dava! Mas era conversar mesmo! Botava a garrafa do lado e começava a conversar. Uma Loucura! (Entrevista usuário 01)

...o que não me faz parar é justamente a crise da abstinência do álcool. Se eu paro, no dia seguinte eu amanheço com as mãos tremendo, eu não faço nada enquanto eu não sair pra tomar... em um barzinho perto pra “tomar uma”. Às vezes, eu passava três, quatro horas, depois que eu acordava, e aí eu achava um botequim aberto, eu ia e “tomava uma” e voltava pra casa. Aí, ia voltando ao normal; aí, saía de novo; aí, enquanto podia, eu ia o dia todo. [...] Eu digo: “esse negócio não tá bom pra mim, o pior é que eu não consigo me controlar, eu não consigo me controlar”. [...] ...e me embedei mais. Eu digo: “eu tenho que dar um jeito, eu tenho que parar!”. (Entrevista usuário 02)

Eu já bebi bastante, mas tinha o controle [pausa]. Que ela [a companheira], por sinal, [pausa] ...na época, ela bebia também comigo, mas eu não tinha problemas assim com álcool, não. Era uma coisa assim tipo social. Não tinha problemas com isso, era mais social. (Entrevista usuário 04)

A interrupção de estudos e o absenteísmo denotam outros fenômenos que podem ser indicativos do consumo abusivo e/ou dependência de álcool. Em sua narrativa, um dos sujeitos entrevistados relata períodos de abstinência em que conseguiu se inserir no mercado formal de trabalho. O desemprego, em muitas situações, foi conseqüência do consumo de álcool, com referência a episódios em que foi flagrado sob efeito da substância no local do trabalho ou de não ter comparecido no horário:

...porque fui pro médico particular, ele dava atestado pro trabalho. Na época, eu trabalhava, eu tava me atrasando num trabalho. Porque é ruim você faltar o trabalho três, quatro dias. E vai chegar lá como? E vai falar o que quando você chegar lá? (Entrevista usuário 04)

Para alguns familiares e usuários em tratamento no CAPSad Pernambués, o início ou o aumento do consumo de álcool e outras drogas pode estar associado a experiências de perdas significativas, como episódios de separação afetiva, a morte de um familiar ou a revelação de segredos de família. Destaca-se destas narrativas o sofrimento psíquico que precipita e acompanha o consumo abusivo de álcool e outras drogas, caracterizando-o como

um processo de adoecimento e co-morbidade psiquiátrica – quadros de depressão, ansiedade e síndrome de pânico – a demandar intervenções de saúde mental. O consumo abusivo de álcool e outras drogas, por sua vez, acarreta outras experiências aos sujeitos que são referidas como de desestruturação da vida: perda de emprego, abandono de estudos, fragilidade e/ou rompimento dos vínculos afetivos, marginalização e exclusão social. Depreende-se de suas narrativas que estas experiências acabam por contribuir para o aumento do sofrimento psíquico. A partir deste dado empírico, endossa-se que o consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas caracteriza-se, entre os sujeitos da pesquisa, como um problema de saúde em contraposição à concepção de um problema jurídico-policial, a qual se faz tão pronunciada no discurso das políticas proibicionistas em relação às drogas:

...conta que iniciou o consumo de álcool após separação da companheira, o que ele não aceitava. Toda a vez que a via na rua acompanhada de outro homem bebia muito. (Diário de campo, maio 2007)

Sobre o primo, a familiar conta que o mesmo consome álcool há mais de vinte anos. Situa o que para ela marca o início do consumo abusivo. [...] Em determinada ocasião, realizou-se uma festa de família e a irmã do primo, que reside em São Paulo, após ter bebido muito e em estado de embriaguez, fez uma revelação bombástica: o rapaz não era filho do seu pai, homem que o registrou. Segundo a familiar, o primo chorou durante toda a noite, passou a conviver com a dúvida, pois na ocasião o pai já havia falecido. A partir de então, conforme relata a familiar, o rapaz passou a beber em quantidade crescente. (Diário de campo, abril 2007)

...um jovem de 24 anos de idade, que perdeu a mãe aos 18 anos, com quem tinha uma ligação muito forte. Parece que o consumo do crack se deu a partir daí. Passou, desde então, a morar sozinho, já que seu pai não convivia com a mãe. Já chegou a consumir mais de dez pedras de crack por dia. (Diário de campo, setembro 2007)

Uma jovem, usuária de crack, fala a respeito do sofrimento que acompanha o consumo. Conta-nos que já havia passado um mês fumando crack e tomando “51” [aguardente]. Quando fumava, chorava pensando nas filhas, andava pelas ruas embriagada, brigando com as pessoas e sempre chorando. (Diário de campo, outubro 2007)

O senhor conta que foi abandonado por sua mãe ainda quando criança e revela que ela também era usuária de álcool e outras drogas. Ele não chegou a conviver com a mãe e a última vez que a viu foi morta, no dia do seu enterro. O senhor narrou sobre o seu sofrimento de vida, que tinha muitos amigos, muitas namoradas, que iniciou o trabalho com seu pai e depois começou a fazer cursos para trabalhar. Foi muito bem sucedido, mas perdeu tudo com as drogas e com as mulheres que teve. (Diário de campo, dezembro 2007)

Eu... eu comecei a beber com dez anos de idade. E os tempos foram passando, comecei a trabalhar com doze e continuei bebendo, bebendo, comecei a namorar com dezesseis... [...] e

nunca na minha vida eu parei de beber! [...] Então, aí a... a mudança não foi muito brusca assim pra mim, porque eu já conhecia o álcool. [...] Em excesso do álcool?! Foi quando... já foi um ano antes de meu filho se separar... um ano antes de meu filho se separar. E uns três anos e meio pra quatro anos que eu comecei a aumentar a quantidade. [...] E depois disso, com a separação do meu filho foi que eu comecei a ficar chateado e a medida danou-se. (Entrevista usuário 02)

A droga pra mim foi um complemento de uns tempos que eu passei em depressão, uma coisa super horrível e que eu sei que ela me trouxe muito mais prejuízo em todas as partes: financeira, moral, espiritual e profissional. Em todas as partes ela me atingiu mal. Todas! Ela não me trouxe nem um pouquinho de benefício. Não me trouxe alegria, porque o tempo que eu tava ali alegre, não sei o que, no outro dia, quando passou o efeito, veio a depressão e as coisas piores. (Entrevista usuário 03)

Entrevistadora: E quando foi que você começou a perceber que o uso que você vinha fazendo do álcool estava se tornando abusivo?

Entrevistada: Foi há três anos atrás quando o meu avô faleceu. Aí, eu come... tive depressão e comecei a utilizar o álcool como uma válvula de escape. Porque, antes, o álcool estava presente assim: se eu estava alegre, eu bebia; se eu estava triste, eu bebia; bebia, mas com um certo, abre aspas, “controle”. Só que quando o meu avô faleceu - ele sempre foi minha figura paterna, sempre esteve do meu lado - foi como se eu não sentisse mais assim uma... uma razão pra viver...[silêncio, a entrevistada emociona-se]. Aí, eu passei a errar, a fazer uso do álcool como uma válvula de escape, pra aliviar as dores é... matar saudades... [pausa] aí, eu comecei a perceber. Larguei faculdade, rotina com amigos, trabalho. E eu tenho um bar em casa. [todo esse trecho relatado com uma voz bem emocionada!] E a coisa foi ficando complicada. Eu começava a beber desde cedo pela manhã e, às vezes, quando eu parava, já era noite. Já não almoçava. E a coisa ao passar do tempo, no primeiro, no segundo, até o terceiro ano, começou a ficar preo... preocupante, porque eu já via os familiares com aqueles... me rotulando como alcoólatra. [...] Eu nem ligava! Me tornei uma pessoa violenta. Todas as faltas que eu tinha é... de infância, como amor de mãe, ausência de pai, carinho, atenção... aí, vinha no momento que eu estava bebendo. Aí, eu ficava extremamente descontrolada. E foi mais ou menos assim... (Entrevista usuário 01)

A narrativa de um dos sujeitos entrevistados exprime as experiências de perda e de abandono ao longo da vida e os sofrimentos psíquicos associados. A referência ao consumo de álcool no ambiente doméstico durante a infância, o consumo de substâncias psicoativas em associação com as companheiras, a desestruturação da vida – perda do emprego, separações, perda de bens materiais, a vida na rua – e a passagem por diferentes recursos terapêuticos em busca de tratamento:

Eu, paciente do CAPS, em plena consciência, faço aqui um resumo da minha vida pessoal e das drogas. Bem, Tive uma infância feia e bela, feia porque aos três anos, segundo meu pai, minha mãe me abandonou. [Silêncio e choro] Bonita e bela porque tive uma madrasta que foi o Amor da minha vida, porque me amava como ninguém jamais me amou, só Deus. Fui feliz até os oito anos de idade, daí pra frente tudo mudou... meu amor tinha morrido e eu fiquei só, à mercê das mulheres do meu pai. [Silêncio e choro] Não tive mais paz, alcoólatra e macumbeiras era o que o meu pai conseguia ter, e eu não conseguia aceitar, então comecei

a fugir para a casa da minha mãe e fiquei nessa ida e vinda até meus quinze anos. Comecei então a procurar trabalho porque queria continuar os meus estudos, estudar, e fiquei nessa vida até que concluí o 1º grau, coisa que só consegui aos vinte anos. Sempre trabalhando [...] como instrutor de cozinha, aos vinte e três até os vinte e oito anos. Aprendendo a profissão de cozinheiro, continuei trabalhando nessa profissão até o ano de 1992. Continuei trabalhando nessa profissão e comecei então a trabalhar com instrumentos musicais artesanais até o ano de 2001. Bem, essa é minha vida profissional e pessoal, mesmo com as drogas, depois só decadência! [...] Em 74, ano de 1974, conheci a mãe dos meus filhos e a amei, convivi com ela até o ano de 1987, treze anos. Eu e ela fumávamos maconha, coisa que eu já fazia desde os meus vinte e dois anos, um ano antes de conhecê-la. Os anos que eu convivi com ela usei drogas normalmente pelo menos uns dez anos, depois eu comecei a... a droga começou a... mudar a minha personalidade, me mudar totalmente, e terminamos nos separando. Depois veio a paixão por ela, pois eu a amava, mas amava mais as drogas e as farras e não percebia. Fiquei apaixonado e nas drogas até o ano de 1994, foi quando encontrei uma paulista que me fez esquecer-la, isto é, um pouco, e tinha também um grande problema, ela era viciada em cocaína e eu me envolvi, fiquei nas drogas e farras durante cinco anos, tempo que convivi com ela, tivemos dois filhos... [silêncio] e ela os levou. Então me apaixonei pela terceira vez... A perda da minha madrasta, da minha mulher, mãe de três filhos meus e a perda de meus filhos que foram raptados... Não senti muita falta da minha mãe porque ela me abandonou... e eu não tive nenhum amor por ela. E vim parar no CAPS assim, como também nas casas de recuperação, igrejas e a rua. Rua, porque? Perdi minha família, duas casas e amigos. Hoje me encontro aqui no CAPS onde faço um trabalho de reencontro a mim mesmo, na esperança de me recuperar. Já passei por duas casas de recuperação e hoje me entrego a Deus e nas minhas poesias, relatando a minha vida... [silêncio e choro] ...e dos irmãos dependentes das drogas que sofrem assim como eu... querendo com isso me ajudar e ajudá-los também... (Entrevista usuário 05)

Um dos sujeitos em tratamento no CAPSad entrevistado pela pesquisa referiu consumo abusivo de anfetaminas. O início do consumo desta substância psicoativa teria sido motivado pela insatisfação com a imagem corporal e o desejo de perda de peso para a festa de aniversário de quinze anos. O acesso às anfetaminas foi mediado por pessoas da rede social na adolescência, automedicação e prescrição médica. A anfetamina não era concebida pela entrevistada como uma *droga*, a despeito da percepção de que o consumo lhe proporcionava “certo barato”. A dependência química figura como uma conseqüência não vislumbrada, apenas diagnosticada por um profissional de saúde anos depois, precipitando a internação em uma clínica privada para a primeira intervenção de desintoxicação:

Vou começar pela minha infância, que tudo começou aí, os meus problemas... eu tenho três irmãos, comigo são quatro, e dos quatro eu era a única gordinha, então eu sofri muito preconceito quando era criança, quando era pré-adolescente, recebi alguns apelidos que incomodavam... baleia, baleia fora d'água, bujão de gás, então eu não gostava muito, né? Cresci não gostando do meu visual, do meu corpo. Quando eu tinha quatorze anos, eu comecei a tomar anfetamina que eu queria ficar magrinha para os meus quinze anos. [...] Ia fazer festa grande, festa tradicional de debutante, tinha feito pra minha irmã, tinha que fazer pra mim também [risos] Aí eu comecei a tomar de uma vizinha, ela tomou, passou mal, aí me deu, e eu comecei a tomar escondido, fui pro médico, desmaiei uma vez... aí eu consegui chegar, pelo menos emagrecida, né, até a minha festa de quinze anos, fiz meu vestidinho tal

[...] ...e eu sempre tive problema de peso, sempre tive problema de peso. Já fiz dieta de sol, de lua, simpatia, já, é... vigilante do peso, uma série de dietas pra tentar controlar o meu peso. Mas o que funcionava melhor eram as anfetaminas, né? Foram dezesseis anos tomando anfetaminas, não assim, esporadicamente, eu emagrecia, ganhava dois quilos, comprava sem receita médica, aí eu comecei a ficar dependente, porque fazia fórmulas também, que tinham bromazepan, tranqüilizantes, antidepressivos, e [essas] fórmulas com esses remédios dão um certo barato na gente, deixam a gente calma, né? E até então eu não sabia que tava usando drogas. E usei durante muitos anos, só era engordar um pouquinho, tal, eu ia na farmácia e comprava. Tomei uma série de remédios [...] ...uma série de remédios que eu tomei, fora as fórmulas que eu tinha, mandava manipular, que eu pegava na mão de amigas, pegava a dosagem e mandava manipular, além de ir a médicos também que passavam fórmulas pra mim, e aí foi, né? (Entrevista usuário 06)

A narrativa deste sujeito expõe a insatisfação com a imagem corporal e a depressão como transtornos psiquiátricos associados ao consumo abusivo de anfetaminas. O seu contato com o crack teria ocorrido durante período de internação em uma clínica privada, sendo-lhe a substância oferecida por outro interno. Diante dos antecedentes clínicos deste sujeito, o crack mostrou-se uma droga atrativa pela promessa de rápido emagrecimento:

...nessa clínica, eu conheci uma pessoa que é dependente química, e eu comecei a usar o crack, exatamente para e-ma-gre-cer. Essa pessoa chegou pra mim e falou: “Oh, o crack emagrece, você vai ficar magrinha...” , e aí eu experimentei... e vi os resultados assim, imediatos, porque eu comecei a emagrecer, fiquei bem magrinha, então sempre pensei... minha idéia fixa é o corpo, é me manter magra, o médico disse que eu tenho uma anorexia atípica, que eu tenho uma preocupação excessiva com o corpo, mas que eu não provoço... não deixo de me alimentar, me alimento pouco, não provoço vômitos, nem nada, que é uma anorexia atípica, que é uma preocupação excessiva com o corpo. Tanto que às vezes eu vou dormir pra não comer... [...] Então o uso do crack foi iniciado exatamente por essa questão que veio lá da minha infância né?, por causa do peso. Se ele não me dissesse que emagrecia, talvez eu não tivesse nem experimentado. Aí em pouco tempo eu fiquei dependente, a dependência é muito rápida, muito rápida mesmo. (Entrevista usuário 06)

Entre as duas mulheres em tratamento no CAPSad entrevistadas pela pesquisa, identifica-se um ponto de convergência em suas narrativas quanto ao lugar ocupado por elas em suas famílias. Ambas são provenientes de famílias de baixa renda e declaram-se como *exemplo*, por serem, dentre os irmãos, aquelas que conseguiram atingir um nível de escolaridade diferenciado pelo acesso ao ensino superior. As narrativas destas mulheres apontam para carências afetivas e quadros de depressão. Elas consideram que o consumo de substâncias psicoativas empreendido por elas pode ser interpretado como *demandas de atenção* dirigida a um familiar significativo:

Talvez, até se... eu acho que foi uma forma de eu estar chamando a atenção dela [a mãe], de: “Olha, como é que eu tô, aqui?!”. Uma atitude meio que infantil. É... “Vem cá, me dá carinho! Me dá atenção!”. Alguma coisa assim! Mas não, pelo contrário, piorou até mais a... a... a relação, porque minha mãe me dava desprezo. **Eu sempre fui uma... uma pessoa de exemplo na família.** Minha família é uma família pobre, dentro do contexto social. Minha mãe sempre foi mãe solteira, eu nunca tive presença de pai; minha vó foi lavadeira, meu avô, agente de portaria, e eu sempre estudei em colégio público; lutei, cheguei numa faculdade, numa Universidade Federal da Bahia, tenho muito orgulho de ter cursado ela, porque não foi fácil entrar! [risos]. Não tinha esta questão de cotas, nada disso! [...] Então, quer dizer, eu era o exemplo. Nunca fui de ter problemas. Quando o meu padrasto saiu de casa, eu assumi a responsabilidade do lar. Sempre fui pau pra toda obra! Comecei a trabalhar cedo... (Entrevista usuário 01)

Foi um trauma pra família, fiquei com muita vergonha, principalmente da minha filha. Meus pais não sabiam como lidar com isso e todo mundo da família ficou sabendo. **E eu que sempre fui o exemplo,** o modelo assim de estudo, de admiração, a única que conseguiu formar, ir pra faculdade. Agora que minha irmã tá fazendo faculdade também. Minha mãe sempre tinha orgulho de dizer: “Minha filha é professora...”, e isso pegou muito quando eles ficaram sabendo, foi muito ruim. [...] ...mas a relação sempre foi assim muito distante, com meus irmãos, com meu pai principalmente, sempre muito afastada, muito sozinha [...] não ia pra festa de final de ano com a família, não ia a churrasco, essas coisas assim, eu nunca ia... Eu sempre achei que meus irmãos não gostavam muito de mim, porque eu era a CDF da família... e havia aquele ciúme, eu gostava muito de estudar, e os três não, né? (Entrevista usuário 06)

O contexto comunitário em que vive o usuário e as relações sociais por ele estabelecidas foram assinalados em muitas narrativas como fatores que podem favorecer o consumo de álcool e outras drogas. Estas substâncias podem ser consumidas em associação com outras pessoas que participam da rede social e familiar dos sujeitos em tratamento no CAPSad. Esta associação envolve a oferta de bebidas alcoólicas e outras drogas quando o usuário não possui recursos próprios ou suficientes para obtê-las e o consumo compartilhado. As relações sociais perpassadas pelo consumo de substâncias psicoativas figuram, portanto, como fator de vulnerabilidade e podem proporcionar dificuldades para o engajamento no tratamento:

Relata que antes de frequentar ao CAPS só vivia em “sindicato”. Pergunta-me “você sabe o que é o sindicato?”, devolvo-lhe a pergunta e ele me explica que o “sindicato” é o encontro de companheiros que fazem uso de bebidas alcoólicas, enquanto um tem dinheiro todos bebem, mesmo aqueles destituídos de qualquer quantia. O que mais rola no “sindicato” é a cachaça, a “bujudinha”. Refere que a maconha custa R\$ 3,00 e que o acesso a cocaína é mais difícil porque uma grama custa R\$ 25,00. Pergunto se uma grama dá para consumo único ou se pode ser dividida para o consumo fracionado. Ele me explica que a quantidade de cocaína pode ser dividida e usada várias vezes, a menos que seja adquirida em parceria com alguém, quando a divisão significa o consumo em menos vezes. O jovem repete que não é fácil deixar as drogas, porque está em casa e um amigo chega e lhe chama para “tomar

uma”, se vai a uma festa os amigos oferecem drogas, como aconteceu recentemente... (Diário de campo, novembro 2007)

Em alguns casos, o consumo de álcool e outras drogas é realizado por outros membros da família, particularmente os(as) companheiros(as), caracterizando relações afetivas complexas, marcadas pela associação para o consumo de substâncias psicoativas e por conflitos precipitados pelos efeitos por estas produzidos. Nos casos identificados no CAPSad Pernambués, o outro integrante da família não freqüentava o serviço ou outro recurso terapêutico, a substância psicoativa fazia-se disponível na residência para o usuário em tratamento, caracterizando um fator de dificuldade para a sua adesão e alcance dos objetivos delineados no plano terapêutico individual:

Ao escutá-lo falar dos seus desenhos, surpreendo-me pelo conjunto de questões emergentes. Fala-nos que a casa desenhada representa o lugar onde deseja ir morar com a filha, pois não agüenta mais conviver com a companheira que lhe “enche a cabeça” e destrói suas coisas – quebrou seu aparelho de som, riscou sua moto e rasgou suas roupas. Explica que a companheira comporta-se assim porque é alcoólatra e como não agüenta a situação ele fuma crack. (Diário de campo, setembro 2007)

...contou-me que está passando por muitas situações difíceis, que deseja parar de usar droga, mas que como a sua vida está ele não consegue. Acrescenta que mora com a companheira e que esta não quer deixar de usar drogas (pelo que eu pude perceber do seu diálogo, trata-se do álcool, da maconha e do crack). Considera que, se não se afastar dela, vai continuar usando droga e que isso não vai lhe fazer bem. Mostrou-me ainda que a companheira lhe agride fisicamente quando está sob efeito de drogas e que ele fica se segurando porque pensa que não se deve bater em uma mulher nem com uma flor. Refere que atualmente está morando na rua e que deixou de freqüentar o CAPS [por um período de tempo] pela necessidade de trabalhar e de resolver a sua vida. Às vezes pensa em se jogar completamente no mundo das drogas. (Diário de campo, outubro de 2007)

A condição socioeconômica dos usuários repercute na eleição da substância psicoativa de consumo e no estabelecimento de parcerias para obtê-la, sendo que estas relações sociais podem vir a representar fator de vulnerabilidade à medida que favorece a continuidade e o aumento da intensidade do próprio consumo. Quanto menor o poder aquisitivo, mais freqüente podem se fazer as associações para aquisição e/ou o consumo compartilhado de álcool e outras drogas. Também foi relacionado ao reduzido poder aquisitivo dos usuários uma diminuição da qualidade da substância consumida, refletido em maiores riscos e danos para a saúde:

Bebia de tudo que aparecesse lá: vodka, vinho, cerveja, campari... ultimamente, de uns três anos prá cá, que o dinheiro diminuiu bastante, aí eu passei a beber aguardente, que custa muito mais barato... (Entrevista usuário 02)

A obtenção da substância psicoativa de consumo foi descrita em algumas narrativas como uma das necessidades de subsistência, caracterizando a condição da própria dependência química. As atividades para a geração de renda não eram, entretanto, exclusivas para a aquisição de drogas. O dinheiro poderia ser conquistado através de estratégias lícitas como o trabalho formal ou informal ou ainda por meio da venda de bens e imóveis de propriedade pessoal; ou poderia ser derivado de práticas qualificadas como delituosas, como a venda de objetos da residência, a participação em furtos e tráfico de drogas. A obtenção de álcool e outras drogas também pode ser intermediada pelas relações sociais, notadamente amigos e vizinhos. Pode-se, neste sentido, falar na conformação de redes sociais para a aquisição e o consumo compartilhado de álcool e outras drogas, a exemplo dos “*sindicatos*”:

...eu tomei muito prejuízo com bebida, muito prejuízo mesmo, vendi casa pra tomar cachaça, pra fumar maconha. (Entrevista usuário 07)

Agora o problema é como controlar a vontade de usar a droga. Porque é uma droga cara, e eu cheguei a trocar roupa, algumas jóias, anéis de ouro, alguma coisa assim... eu e meu namorado, a gente trocou... uma televisão dele, um DVD dele, tomei empréstimos... com ele, eu usava muito mais... (Entrevista usuário 06)

A percepção de *perda de controle* sobre o consumo de álcool e outras drogas, que para muitos sujeitos em tratamento no CAPSad esteve associada ao reconhecimento de que este havia se tornado um problema de saúde, precipitou a busca por tratamento. O itinerário terapêutico destes sujeitos contempla diferentes dispositivos da rede social e de saúde: centros de recuperação ou comunidades terapêuticas, clínicas de saúde privadas, hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, ambulatórios especializados, instituições religiosas, grupos de auto-ajuda, CAPSad e de outra modalidade.

As referências aos centros de recuperação ou comunidades terapêuticas ressaltam períodos variáveis, mas em geral prolongados, de internação (4 a 8 meses). Dois usuários em tratamento no CAPSad Pernambués com histórico de internação em comunidade terapêutica compartilhavam da mesma condição de fragilidade das relações familiares, com períodos de permanência nas ruas. Com condições de moradia precária, estes usuários consideravam a

possibilidade de voltar a passar novo período de internação em instituição desta natureza. Nestes casos, em específico, o argumento maior não estava na busca por tratamento, mas sim na identificação de um local para ficar em alternativa ao retorno para a vida nas ruas.

Entre os sujeitos em tratamento no CAPSad, a referência à internação em hospital psiquiátrico foi mais recorrentes que a referida em comunidade terapêutica. A hospitalização, por sua vez, podia contar com mais episódios de internamento e estender-se por períodos mais abreviados quando comparada à assistência em comunidade terapêutica.

A chegada dos sujeitos em tratamento ao CAPSad realizou-se por vias diversas: indicação de pessoas da rede social (amigos, familiares, empregadores), encaminhamento de profissionais de saúde em atendimento em consultório privado, em instituição social (igreja, albergue) ou em serviços públicos de saúde. Em muitos casos, a chegada ao CAPSad decorreu de uma demanda espontânea.

A busca por tratamento ao consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser uma iniciativa da família, ao perceber que este aflige e produz sofrimento não apenas ao usuário, mas a todo o núcleo familiar. Ao perceber-se diante de um problema desta natureza, a família pode se mobilizar e se engajar na busca por tratamento ao usuário e também para si. No caso referido a seguir, a esposa identificou o CAPSad através de sua rede social e agendou a entrevista de acolhimento no serviço, uma sobrinha pesquisou sobre uma vacina para o alcoolismo, uma cunhada e algumas sobrinhas providenciaram o tratamento espiritual em um Centro Espírita:

Já conhecia o álcool. E, ultimamente, eu vinha bebendo, bebendo bastante mesmo! E a mulher conversava: “você não pode continuar assim! Você tá acabando com sua vida, acabando com a vida de todo mundo dentro de casa!”. Apesar de eu nunca ter sido agressivo, nem ter discutido nada com ninguém, porque quando eu bebia, eu parava, me sentava, ficava quieto num canto, até adormecer ou até o efeito passar. Saía, bebia de novo, voltava, acontecia tudo de novo da mesma forma. (Entrevista usuário 02)

A busca por tratamento nem sempre tem como ponta de partida o CAPSad. Há referência de início desta procura em hospitais psiquiátricos e em CAPS de outra modalidade. Muitas vezes, o CAPSad figura como um serviço sobre o qual o usuário e sua família não tinha conhecimento da existência, sendo a este referenciado por outros serviços da rede de saúde:

Conta na entrevista sobre o momento em que decidiu procurar por tratamento, buscando inicialmente o Hospital Juliano Moreira, sendo encaminhado ao CAPS Aristides Novis e deste serviço ao CAPSad Pernambués. (Diário de campo, dezembro 2007)

O CAPSad é reconhecido por usuários e familiares em tratamento como serviço especializado na atenção aos transtornos decorrentes do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Assim, o distinguem de outros serviços de saúde e de CAPS de outras modalidades em funcionamento na cidade. Outro aspecto de distinção percebido pelos sujeitos entre o CAPSad e outros serviços remete ao seu caráter aberto, figurando, portanto, como uma alternativa ao internamento:

Refere que o CAPS é um local de tratamento no qual só fica quem quer e se responsabiliza pelo tratamento, que ninguém é obrigado a ficar no CAPS. Acrescenta que esta é uma informação que sempre transmite ao falar do CAPS para outras pessoas. (Diário de campo, janeiro 2008)

Conta que a mãe procurou inicialmente o CAPS [modalidade II], que fica próximo a sua casa, sendo encaminhados para o CAPSad. Narra que a sua mãe queria interná-lo em uma [uma comunidade terapêutica], decisão com a qual ele não concordava. Acha que está bem no CAPS, onde está em atendimento intensivo. (Diário de campo, novembro 2007)

Como foi que eu vim pro CAPS... Quando meus pais descobriram que eu estava usando crack, me trouxeram pra casa deles. O psicólogo [na clínica privada] orientou que tomassem meus cartões de crédito, meus cartões do banco, ter acesso a dinheiro nenhum, que me afastasse da pessoa que me iniciou no mundo das drogas, que era um namorado que eu tenho, queriam me internar numa clínica de recuperação para drogados... eu usei crack seis meses só, só seis meses antes de entrar no CAPS, aí para não ser internada, eu preferi vir fazer o tratamento aqui no CAPS... (Entrevista usuário 06)

O itinerário terapêutico inclui, por vezes, a passagem por recursos da rede social, tais como instituições religiosas, centros de recuperação ou comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda. Na narrativa de alguns dos sujeitos entrevistados, as recaídas marcaram o abandono de recursos terapêuticos em que haviam anteriormente buscado tratamento e ajuda. O fato foi atribuído ao constrangimento em ter que assumir as recaídas perante outros atores e a própria instituição. A partir destas narrativas, depreende-se que as recaídas e, sobretudo, a repreensão institucional em relação a seus episódios podem constituir um dos fatores associados à descontinuidade e baixa adesão ao tratamento:

... aí, chegou uma época que eu percebi que não tinha... tentei, não é?! É... procurei um Centro Espírita. A princípio, conversei, comecei a fazer tratamento de passe lá. [...] Só que lá tinha o quê? Palestras à noite com profissionais da área, um pouco parecido com o A.A. [...] E, aliado a isso, tinha o... o tratamento espiritual também. Dava pra aliviar. Eu cheguei a parar uns dois meses, só que sempre vinha repetidamente as... as recaídas. Aí, quando vi que não dava certo, resolvi procurar o A.A. Também, as reuniões eram feitas num Centro Espírita, mas, aí, não tinha nada a ver, o Centro só dava o espaço... [...] ...ouvia, recebia uma série de fichinhas amarelas, primeiro. Só que, lá, eu não conseguia conversar... eu ficava travada. Aí, tive novas recaídas. Fiquei com vergonha de voltar lá e falar, porque existe aquela contagem... de eu tô há dois dias, há duas semanas, três semanas. E eles dão incentivos com aquelas fichas. Não quis mais ir, desisti! (Entrevista usuário 01)

Conheci uma pessoa aqui, que por sinal é assistente social, em 19..., em 2004, perdão, em 2004, e ela me falou do CAPS, e eu vim realmente, assim que ela me falou eu vim [...] ...eu vim logo aqui pra fazer um tratamento, que eu tinha vindo de um Centro de Recuperação, mas escondido eu tava fumando maconha [...] quando eu tomava uma cerveja. E tava começando a não me sentir bem com aquilo, que eu tava traíndo a confiança das pessoas... (Entrevista usuário 05)

Aí eu passei a freqüentar um Centro Espírita. Foi muito bom, eu vou dizer! Um ano e oito meses que eu passei por lá foi justamente na época que eu tive o acidente com o traumatismo craniano. E eu acho que foi ali quem me segurou a minha vida, porque eu passei a não beber. Cumpria com os... as regras corretas exigidas pelo Centro de participação... [...] Mas eu sempre gostei da igreja evangélica e foi quando foi inaugurada a [Igreja Universal]. Eu fui e digo que foi o casamento à primeira vista. Até hoje freqüento lá. Apesar que, de vez em quando, saio. Todas as saídas que eu saio de lá, que eu abandono, são quedas quase que de imediato: com bebidas e... acidentes, essas coisas. E quando eu vim para o CAPS, foi no dia 4 de setembro, eu fui à igreja novamente. (Entrevista usuário 03)

Para um dos sujeitos entrevistados, o acesso ao tratamento foi proporcionado pela intervenção de uma instituição religiosa à população de rua. Naquela ocasião, a despeito das experiências de muitas perdas (separação da companheira, emprego, bens materiais e amigos), culminando com a vida nas ruas, a percepção de que o consumo de álcool e outras drogas havia se constituído em um problema de saúde não estava ainda colocada para o sujeito. Segundo explicita em sua narrativa, a internação em hospital psiquiátrico e, posteriormente, em uma comunidade terapêutica – ambas resultantes de encaminhamentos feitos a partir da instituição religiosa – contribuíram para a compreensão do problema vivenciado com as drogas e a elaboração de uma demanda de tratamento. O acesso ao CAPS também foi proporcionado a partir da inserção do entrevistado na instituição religiosa. O relato aponta, nesta perspectiva, para a potencialidade da articulação da rede de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas:

...quando, em 2001, foi quando eu me separei da minha... depois que eu me separei da minha mulher, segunda mulher, a paulista. Eu comprei uma casa [...] e resolvi vender. Teve uma greve de polícias e eu fiquei com esse dinheiro da casa no meu bolso e em vinte e cinco dias eu gastei tudo. E quando eu dei conta de mim eu não tinha casa, eu não tinha mais nada pra morar, tava assim perdido. E conheci uma igreja de uma comunidade católica onde o que... trabalha com o povo da rua. E eles me aceitaram lá e lá eles falaram de eu ficar lá na comunidade deles, mas eu tinha que fazer um tratamento médico e eu aceitei, né, não tinha outra opção... e aí eles me levaram pro [hospital] pra fazer desintoxicação, tudo mais, e depois uma casa de recuperação, onde eu cheguei lá e comecei a achar ruim porque tinha que ficar rezando, orando todo dia... É, lendo Bíblia e não sei o que... mas com uns três a quatro meses, eu comecei a me adaptar... [...] Em 2002, e aí, eu fiquei lá internado, fazendo desintoxicação, e vendo pessoas que tinham esse tipo de problema e conversando com eles, que eu vim percebendo o que foi que tinha acontecido comigo. E eu hoje, aqui no CAPS, vendo outras pessoas aqui também dependentes, conversando... E agora eu tenho certeza de tudo que aconteceu comigo [...] Foi ai que eu tive noção. (Entrevista usuário 05)

A assistência recebida por dispositivos sociais e de saúde que constituem, ainda que de forma pouco integrada e articulada, a rede de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas foi assinalada como acontecimento significativo para a mudança na trajetória de vida do sujeito entrevistado. Assim, ele considera a assistência obtida quando se encontrava morando nas ruas como uma oportunidade de perceber uma necessidade de atenção à saúde e de re-significar a própria relação com as drogas:

Olha, de todo esse sofrimento meu, o mais legal pra mim foi o ano de 2001, porque esse ano foi quando eu vendi a minha casa [...] e fui conhecer a rua, o lugar onde fica a comunidade [referindo-se à comunidade religiosa em que vive atualmente] e o CAPS. E as casas de recuperações... Então eu comecei a me descobrir e... e dar mais valor a vida e às pessoas. (Entrevista usuário 05)

A busca por tratamento pode ser precipitada pelos efeitos físicos e/ou psíquicos produzidos pelo consumo prolongado de substâncias psicoativas, sem que a manifestação destes sintomas esteja necessariamente acompanhada da percepção de que este consumo tenha se tornado abusivo ou que uma dependência química tenha se desenvolvido. O contato com profissional ou serviço de saúde revela-se como uma oportunidade para o diagnóstico. Este dado remete para a importância da qualificação de profissionais que atuam em serviços sociais e de saúde para o diagnóstico precoce do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, apontando ao mesmo tempo para uma intervenção possível da equipe multiprofissional do CAPSad no seu território de atuação:

Sempre tive esse problema de peso, até que esses remédios causam depressão, e eu comecei a entrar em depressão, juntou com a minha insatisfação com o meu trabalho, aí eu entrei em

uma depressão profunda, fui internada, passei por um psicólogo que disse pra mim que eu estava usando drogas, que eu estava dependente, que eu precisava passar por um processo de desintoxicação, e aí eu me internei pela primeira vez na clínica psiquiátrica... (Entrevista usuário 06)

Outro motivo de procura por um serviço de saúde não necessariamente relacionado à percepção do consumo abusivo de substâncias psicoativas como um problema de saúde foi relatado por um dos sujeitos entrevistados. Este possuía mais de um emprego e por causa do consumo de álcool passou a apresentar absenteísmo, procurando por um serviço médico privado com o objetivo de conseguir um atestado para justificar as faltas. O seu relato aponta para a oportunidade de acesso ao serviço de saúde e o diagnóstico precoce do alcoolismo:

...porque eu tava trabalhando e enchia a cara, bebia muito e na hora de... de trabalhar, tinha que apresentar algum motivo, alguma... alguma satisfação e aí eu falei no médico pra ver se ele me dava um atestado e aí o médico por conta própria chegou... aí, me mandou ir ao hospital, hospital mental em São Paulo... (Entrevista usuário 04)

A percepção dos riscos e danos individuais e coletivos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas foi referida por um dos sujeitos entrevistados como fator determinante da busca por tratamento. Sob o efeito do álcool, ele arremessou o filhote de um cachorro que havia comprado do primeiro andar de sua casa. Relata que se encontrava inconsciente no momento do episódio e as pessoas lhe contaram posteriormente que ele havia justificado o ato afirmando que o animal era um monstro. Quando retomou a consciência, sentiu-se culpado e começou a ponderar que poderia representar um risco para os netos pequenos:

O fato principal de me procurar uma... uma entidade, um lugar que eu me desabafasse, algum lugar que eu pudesse é... me repor como um ser humano, é... como uma criatura de Deus, eu diria assim. Foi um, um passado que eu vou falar mas que toda vez que lembro eu não agüento... que foi um cachorro que eu matei e eu não lembro como eu matei esse cachorro. Eu não lembro como foi que eu fiz. Eu perdi muitas vezes a consciência. Eu ficava inconsciente e no outro dia não sabia o que tava fazendo, o que tinha feito. E, às vezes, isso acontece mesmo eu sem bebida. Às vezes, eu perco o sentido. [...] Então, tinha um cachorrinho lá, pequenininho. O cachorrinho andava atrás da mãe e eu apelei pra comprar esse cachorrinho. Comprei. [...] E eu comprei esse cachorro e levei ele pra casa. Cuidei com tanto carinho, gostei... todo mundo... do cachorrinho! Depois no outro dia que eu procurei aí eu não encontrei. Aí, ninguém quis comentar. [...] ...disse que eu cheguei, peguei o cachorro e disse que era um monstro, que o cachorro tava não o sei que. Aí, peguei o cachorro... eu tava em cima, com minha mãe, no primeiro andar, e eu joguei o cachorro de cima a baixo. E depois ainda desci pra terminar de matar o cachorro. [...] E aí quando eu soube de toda essa história, isso ficou um... um peso muito grande dentro de mim. Aí eu digo: “Não! E se, por acaso... se fosse um neto meu que tivesse em casa? Meu filho me pedisse que ficasse, e eu ficava com o meu neto! E se fosse uma neta?! E se fosse qualquer pessoa?! A coisa se

complicaria, pior. E aí eu comecei a me... pensar muito sobre isto e, aí, foi quando eu procurei é... uma ajuda psicológica, né, uma ajuda médica... [...] Então, essas coisas fez eu parar pra ver um monte de coisa que eu poderia cometer diferente. E, que eu, jamais, como sou, como estou, eu faria isso. (Entrevista usuário 03)

A observação no CAPSad Pernambués chamou atenção para o fato de alguns usuários apresentarem escoriações e hematomas pelo corpo, as narrativas dos usuários esclareceram este fenômeno com a explicitação de alguns dos danos associados ao consumo de álcool e outras drogas, a exemplo de quedas, atropelamentos, tentativas de suicídio. O estigma e o preconceito em relação aos usuários de álcool e outras drogas revelaram-se associados a situações de violência nas quais a polícia foi apontada como agente agressor:

Ao chegar ao CAPS esta manhã, encontro uma usuária que fazia umas duas ou três semanas que não via. [...] Ela caminhava com dificuldade pelo serviço, estava visivelmente machucada. Durante a oficina acomodou-se em duas cadeiras, quase que se deitando nelas. Comentou que até em sorrir sentia dor. Fiquei curiosa em entender o que havia lhe acontecido. Tenho observado que alguns usuários apresentam escoriações pelo corpo. Um jovem outro dia parecia ter tomado uma queda ou surra. Outro tinha hoje uma espécie de ferida nos lábios sendo cicatrizada. No caso da jovem descobri através de um profissional que ela havia se machucado em uma queda. Ela lhe contou que estava tão “aloprada” com o uso da droga que viu um poste em sua frente e pensou que se tratava de uma mangueira. Atirou-se no poste e quando começou a sentir a dor pelas escoriações entre as pernas soltou-se, caindo de uma altura de cerca de três metros. (Diário de campo, novembro 2007)

...então me conta que há dois dias jogou-se na frente de um carro, sua intenção era o suicídio. O incidente foi próximo ao CAPSad. Uma amiga a socorreu e a levou para o serviço, onde foi imediatamente atendida na enfermaria. A senhora relata que tem idéia suicida. Há cerca de dois meses e meio jogou-se de um ônibus em movimento, sendo atendida em um serviço de emergência. (Diário de campo, julho 2007)

...soube que [um usuário] estava machucado em decorrência de espancamento por parte de policiais. A observação quanto a lesões nos usuários já havia sido feita por mim. Hoje, um rapaz contou que sentia dores na região do peito porque se machucara em uma queda. [Outro usuário] suspendeu a blusa na oficina para mostrar a todos as cicatrizes ainda recentes na região das costas. Disse-nos que caminhava embriagado pela rua em direção à sua casa quando foi abordado e espancado por policiais. Mais um usuário tinha histórias a contar de acidentes e lesões sofridas quando sob o efeito de álcool e mostrou-nos as cicatrizes nos braços. (Diário de campo, novembro 2007)

Um dos sujeitos entrevistados relatou várias situações de acidentes e traumas sofridos, muitos dos quais enquanto trabalhava sob o efeito do álcool. O seu relato põe em evidência riscos e danos à saúde associados ao consumo desta substância. Os cuidados de saúde que lhes foram necessários em virtude destes acidentes e traumas – intervenções

cirúrgicas, internação em unidade de terapia intensiva, cirurgias plásticas – apontam, em micro-escala, para os custos ao sistema de saúde:

Eu tive um traumatismo craniano. É... discussão por causa de problema de futebol e, aí, um amigo meu, que achei que nunca fosse capaz de fazer isso, ele pegou o ferro e... é... arremessou sobre a minha cabeça e foi quase que fatal. Fui socorrido e levei praticamente quase quinze dias sem ação nenhuma. Todo mundo que perguntava pelas pessoas, que era conhecida minha, pensando até que eu tinha morrido. [...] Aí, depois, eu tive outros acidentes diferentes. Eu trabalho com diversos tipos de coisas. Eu sempre procurei... eu nunca procurei... nunca fiquei parado, na verdade, nem um dia da minha vida, de quando eu me entendo, não. Eu trabalho com um monte de coisas: com vidros, de limpar poeira, trabalho com eletricidade, sou eletricitista, eu sou pintor, eu assento piso. Eu sou quase como se fosse um mestre de obra, tudo de uma construção civil eu conheço, tudo isso. Então, já tive diversos acidentes feios... em quedas de escada, às vezes, coisas que caem por cima de mim. Muitas vezes mesmo... tem um ano... completou agora um ano, agora, novembro, que eu fraturei esse braço e tive que fazer uma cirurgia. Eu também já tive a clavícula quebrada em três locais. Foi bicicleta. E teve um dos piores acidentes que eu assisti até hoje na vida que foi uma prateleira de vidro que ela partiu. Porque eu botei ela, eu acho que ela ficou imprensada entre uma parte e outra e, quando eu descí, ela explodiu, caiu e eu tive que fazer uma cirurgia plástica, que apartou isso aqui meu... isso aqui. Eu tenho deficiência hoje no rosto que eu não consigo dá risada. Entorta a minha boca. Então eu evito dá risada. E as seqüelas ficaram. (Entrevista usuário 03)

Outros riscos à saúde foram atribuídos à qualidade da substância psicoativa. Um dos sujeitos entrevistados, que faz referência ao consumo de cocaína, relata sobre os riscos percebidos:

Como a cocaína, porque nem sempre a cocaína ela... nem sempre é pura, é misturada com tantas drogas aí diferentes, que a gente vê tantas pessoas morrendo de câncer, outras sufocadas com overdose, não é nem da própria cocaína, é de usos até... porque eu já vi gente passar Anador, botar Anador no pó da cocaína pra render. Quer dizer, que isso tudo... No caso, eu mesmo tenho alergia a Anador, tenho alergia à Dipirona, tenho alergia à Penicilina, não tomo Benzetacil. Imagine o que é ingerir! Que é completamente você ingerir pelo nariz. Um produto misturado com Anador. E tudo isso eu estava acabando é... minha vida, é... se tornando um verme. (Entrevista usuário 03)

Em relação aos danos, o entrevistado considera que o consumo de álcool e da cocaína lhe acarretou ainda prejuízos materiais (financeiros) e também morais. Estes últimos em razão da fragilidade dos vínculos e das relações sociais e familiares:

Então... é... essa história mais ou menos assim, tem muita coisa pra se dizer, a respeito do que o álcool me fez. Não digo nem a droga porque a droga eu usei muito pouco. Passageiro delas. Uma passagem que me deixou grandes estragos, tanto financeiramente como... moralmente pra... diante de algumas pessoas onde convivo. (Entrevista usuário 03)

O tratamento no CAPSad pode ser associado a busca por outros recursos terapêuticos, em conformidade com os modelos explicativos dos usuários para a questão do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Nas narrativas em que esta condição foi explicitada, prevalece entre os usuários a perspectiva da complementaridade entre estes recursos terapêuticos. Entre os profissionais não se identificou discursos ou manifestações contrários à inserção dos usuários em mais de uma instituição com o propósito de obter ajuda ou tratamento. Por outro lado, também não foi observado qualquer movimento de aproximação do CAPSad com estas instituições, tendo em vista o delineamento de ações conjuntas para a assistência de usuário em tratamento no serviço e nesta condição:

A busca por tratamento, que classifica como moral, físico, espiritual, não se restringiu aos serviços de saúde, conta que também está frequentando à Igreja Universal. Refere que em outros momentos da vida frequentou igrejas evangélicas e também o espiritismo. (Diário de campo, dezembro 2007)

Um dos sujeitos entrevistados explicita um modelo explicativo ao consumo abusivo de álcool, o qual se fundamenta na doutrina espírita. Em sua narrativa, expõe que um irmão dependente de álcool e já falecido há mais de trinta anos poderia estar entre os espíritos que o levavam a beber. Em conformidade com este seu modelo explicativo, o tratamento no CAPSad vinha sendo conciliado com “*cirurgias espirituais*”. A expectativa deste sujeito em relação ao tratamento era a abstinência. Assim, relatou que com o tratamento no CAPSad já havia feito redução do consumo de bebidas alcoólicas e que o tratamento espiritual complementava-se ao que vinha recebendo no serviço de saúde no sentido de alcançar a abstinência:

...eu tenho impressão que... quem não acredita, não acredita, mas como eu acredito que os espíritos que já se foram, que as almas que estão por aí ainda vagando... que era gente que bebia, que na realidade fica perto de nós, pra na hora que você bebe uma... ele está sedento de álcool que ele acha que ele tá aqui na terra ainda, mas o espírito dele tá por aqui pela terra, terra do povo, que já deve ter gerado fumaça, já ter se apodrecido já. Ele aí suga tudo que você bebe, aí faz você beber de novo, porque o efeito da bebida vai passando, aí ele vai e suga de novo e com ele vai aparecendo outros. Vão se juntando, forma um grupo de cinco, seis, todo mundo querendo beber o que você tá bebendo e por aí às vezes que você chega cair, chega a cair de bêbado. Pelo menos é o que lei espírita vem... e eu já vi de uma semana, de um mês prá cá, eu já li seis livros espíritas, histórias espirituais psicografadas. [...] leio tudo sobre o espiritismo. E fala sobre isso: que as pessoas que desencarnam e bebem o corpo continua rodeado pelos espíritos, ficam por aqui, vão e desandam aquelas pessoas que bebem que tão encarnadas mesmo. E por isso você vai bebendo mais e mais e mais. Né? É por isso que eu digo que com essa cirurgia [espiritual] eu tenho impressão de que levaram esses irmãozinhos que tavam me atrapalhando, levaram eles pra longe, pra Deus tomar conta deles por lá, pra eles não se aproximarem mais de mim. E eu tenho fé nisso. [...] Eu tive um

irmão, que era mais velho do que eu dois anos... eu tive dois irmãos mais velho do que eu, um morreu com... ele tinha quarenta e dois anos, eu tinha quarenta e um e o outro tinha quarenta e quatro. Esse de quarenta e quatro anos morreu, dois ou três anos depois, de álcool. Ele bebia tanto, que ele bebeu uma... uma... não tinha dinheiro pra beber na rua, ele pegava uma garrafa de álcool, com um 96°, 98° e bebia, bebia de ver bicho na frente, ver bicho na frente. E eu não duvido nada que ele fosse um dos espíritos que tivessem me atazanando pra eu ir beber. (Entrevista usuário 02)

Como o consumo de álcool e outras drogas nem sempre se caracterizou como abusivo entre os sujeitos em tratamento no CAPSad, a expectativa em relação ao tratamento demandado muitas vezes foi enunciada em termos do desejo de conquistar o *controle* que admitem um dia ter sido exercido sobre o próprio consumo:

...afirma que só usa álcool, assim se distingue de outros usuários do CAPS que, segundo explica, usam outras drogas. Conta que já esteve internado por várias ocasiões por causa do uso abusivo do álcool e que com quatro meses de frequência ao CAPS sente que vem obtendo maior auto-controle, já conseguiu reduzir a quantidade de bebida alcoólica consumida. (Diário de campo, abril 2007)

Refere consumo de maconha. [...] conta que procurou atendimento por iniciativa própria ao perceber que “estava demais”. Procurou inicialmente o CETAD, onde foi atendido durante sete meses. Já não vinha sendo atendido quando teve “uma recaída” e mais uma vez, por iniciativa própria, procurou mais uma vez o CETAD, desta vez sendo encaminhado para o CAPSad, onde vem sendo acompanhado há quatro meses na modalidade intensivo. (Diário de campo, maio 2007)

Não deixei totalmente de usar o crack, uso esporadicamente. Geralmente quando eu recebo dinheiro, eu sempre uso. [...] ...e aí quando eu vou pra casa, finais de semana, não são todos os finais de semana que eu vou pra casa, mas quando eu vou pra casa, e eu tô com dinheiro na mão, eu... eu uso. [...] E eu não sei como é que eu vou lidar com isso... quando eu voltar pra casa. Como eu tô com esses problemas mentais, esses dias eu fiquei com muita vontade de usar. Eu parei de beber... quer dizer, eu não parei de beber totalmente [silêncio longo] E eu vou ter que voltar a tomar as rédeas da minha vida, né? [silêncio] Agora o problema é como controlar a vontade de usar a droga. (Entrevista usuário 06)

O consumo de substâncias psicoativas, particularmente das drogas ilícitas, é muitas vezes velado, mantido em segredo, mesmo entre pessoas da rede familiar e social. Assim sendo, para alguns usuários o tratamento no CAPSad ou o seu motivo era mantido em sigilo, uma demanda expressa à equipe pelos próprios sujeitos, caracterizando um contrato terapêutico que viabilizava o próprio início de tratamento. Esta condição justificava, em alguns casos, a não participação ou participação restrita de familiares nas atividades do CAPSad:

Ele se pronunciou dizendo que [...] ninguém sabia do seu problema. Comentou que tem uma namorada e que ela sabe que ele frequenta o CAPS, mas acha que é só porque às vezes ele fica nervoso. Admite que realmente fica nervoso, mas ela não sabe que é por causa da maconha. (Diário de campo, julho 2007)

...relata que chegou ao CAPS por iniciativa própria. Assistiu a uma entrevista do médico Antônio Nery na televisão sobre o tratamento de álcool e outras drogas e decidiu buscar pela assistência. Na entrevista, o médico informou os números do CETAD. Ela ligou e foi informada de que não havia vaga, sendo orientada a procurar o CAPSad. Lembra-se de que naquele dia estava completamente embriagada. Percorreu as ruas de Pernambués sem querer perguntar às pessoas sobre a localização do serviço e ter que explicar para que este servia. Naquele dia ela estava sozinha. Sua família sabia que ela vinha consumindo álcool, mas não tinha conhecimento da sua busca por tratamento. Depois de um tempo percorrendo as ruas do bairro, conseguiu ligar para o CAPS e foi orientada de como chegar. (Diário de campo, julho 2007)

Esta circunstância de velamento em torno do consumo de álcool e outras drogas e do próprio tratamento convida à reflexão quando à inserção comunitária desde dispositivo de atenção à saúde e a possibilidade de acesso a um segmento da população a que se destina. Para alguns usuários, o tratamento no CAPSad parecia viável justamente pelo fato deste não está inserido na comunidade em que viviam, garantindo-lhe assim o anonimato. Estes usuários residiam em bairros distantes da localização do serviço e a possibilidade de receber visita domiciliar da equipe parecia-se despropositada:

A pergunta sobre visita da equipe do CAPS em sua casa pareceu-lhe estranha. Exclamou que em seu prédio todos o consideram “uma pessoa normal”. (Diário de campo, julho 2007)

Enquanto a equipe demonstrava buscar centrar suas intervenções nas necessidades de saúde dos sujeitos em tratamento no serviço, entre os usuários observou-se uma abordagem aos pares ainda muito pautada na legalidade ou ilegalidade da substância psicoativa de consumo. Nesta direção, distinguiram-se uns em relação aos outros pelo tipo de substância consumida, a principal distinção referia-se aos consumidores de álcool e os consumidores de outras drogas, a qual repercutia nas relações sociais estabelecidas entre eles. Nas narrativas de sujeitos em tratamento no serviço, a diferença do álcool em relação a outras drogas era atribuída ao seu caráter lícito e presença nas situações de sociabilidade entre amigos e familiares. Nos casos de consumo de mais de uma substância psicoativa, a redução do consumo ou mesmo a abstinência de outras drogas era referida como um resultado do

tratamento no CAPSad enquanto o consumo de álcool, ainda que com referência a sua redução, apresentava-se persistente:

O jovem conta que com a frequência ao CAPS deixou de fazer uso de “drogas” e que apenas está fazendo uso do álcool [...] Outro rapaz, que já foi usuário de cocaína, afirma que não sente vontade de usar esta substância, mas que quando passa por um bar ou na praia em que ver outras pessoas tomando cerveja a vontade é imediata. O profissional busca trabalhar duas questões a partir destas considerações. A primeira é o “status” do álcool em relação a outras drogas. Diante do discurso do primeiro usuário de que não usa mais drogas apenas o álcool, ele problematiza: “e álcool não é droga?”. O jovem tenta encontrar a distinção, de forma um tanto confusa. Considera, por exemplo, que as “drogas são químicas” e o álcool não. O segundo usuário refuta que a maconha é natural fragilizando assim a argumentação do primeiro, que está sentado ao seu lado. Um senhor assinala ser a diferença entre as drogas lícitas e ilícitas, sendo o álcool lícito. Ao final o profissional afirma ao primeiro usuário que “álcool é droga”. Ele irá me explicar que esta dissociação é mais ou menos comum entre os usuários, citando exemplos de pessoas que ao chegar ao CAPS afirmam não serem usuárias de drogas, mas de álcool. (Diário de campo, novembro 2007)

Nesta direção, um dos entrevistados, usuário de álcool pondera:

Agora eu nunca consegui fumar um cigarro de maconha, nem me drogar com nada. (Entrevista usuário 02)

Há, entretanto, narrativas de sujeitos em tratamento no CAPSad que não apenas apontam reconhecer o álcool como uma droga, como também a qualificam como a “*pior droga*”. Neste sentido, um usuário desta substância chega a opinar que a mesma deveria ser classificada como “ilícita”.

...no início era só a maconha e o álcool, né, que também é uma... uma... pior droga, eu acho! (Entrevista usuário 05)

Para além do tipo de substância psicoativa de consumo, as relações sociais entre os usuários também se mostraram perpassadas pelo seu pertencimento socioeconômico. Ainda que o serviço, em conformidade com o princípio da universalidade, acolha e garanta a assistência à saúde a todos que demandam por tratamento, no seu cotidiano a condição socioeconômica pode condicionar relações mais estreitas entre um grupo de usuários e mesmo entre estes e alguns profissionais. A expressão corporal, o vocabulário, as possibilidades mais palpáveis de reinserção social, uma maior estruturação da rede familiar e de suporte social são aspectos que parecem atravessar a configuração das redes sociais no contexto do CAPSad. Na

narrativa, a seguir, depreende-se que a revelação do consumo de crack, uma substância ilícita e que envolve uma carga mais acentuada de marginalização, representava para o sujeito coloca-se em posição de maior simetria em relação aos usuários de classe socioeconômica e condição de escolaridade menos favorecidas:

No início eu não gostei muito não, que eu comecei a lidar com pessoas de diferentes classes sociais, pessoas diferentes do meu universo, e fiquei até com vergonha também, com vergonha das pessoas, os funcionários daqui, às vezes as pessoas pensam que eu não sou paciente... [...] E quando as pessoas me perguntam porque que eu estou aqui, eu falo que é só pelo uso de anfetaminas, já falei até que era por causa de álcool... [risos] ...com vergonha de dizer que era por causa do crack, porque eu sei que se eu disser que é por causa do uso de crack, alguém vai me convidar para usar e eu acho que vai perder um pouco do... do respeito que têm por mim, não sei... penso isso... (Entrevista usuário 06)

O consumo de álcool e outras drogas é proibido nas instalações do CAPSad Pernambués, mas não há maiores restrições quanto ao acesso e permanência de usuários sob efeito de substâncias psicoativas no serviço. Esta circunstância apresenta-se coerente com a construção de um modelo de atenção à saúde que não assume a abstinência como pré-requisito ou condição necessária para o tratamento. Nesta perspectiva, a abordagem do tema caracteriza-se livre no contexto do serviço, sendo possível acompanhar, nos espaços de circulação e de intervenções estruturadas (oficinas, grupos e atendimentos individuais), narrativas espontâneas de usuários sobre o consumo realizado durante o período de tratamento. Esta escuta proporcionava à equipe intervenções no sentido de promover uma reflexão sobre este consumo, almejando a co-responsabilização dos sujeitos com a demanda de tratamento. Ao alicerçar esta escuta na lógica da redução de danos, as intervenções da equipe problematizavam a relação do usuário com a droga, o lugar que esta vinha ocupando em sua vida e a forma como incidia no próprio tratamento:

De volta à leitura do relatório, inteirei-me sobre um grupo peculiar: “saidinhas”. Assim era chamado, pois foi um grupo que se constituiu devido à constatação de que havia usuários do serviço que faziam uso de drogas (principalmente maconha), no intervalo do almoço, próximo ao CAPS, no Vale do Canela. O propósito, portanto, era discutir acerca dessas saídas, sobre o uso de drogas e sobre a importância do tratamento e o compromisso com este no CAPSad. (Diário de campo, setembro 2007)

Tem uma fala do profissional que me chama particularmente atenção. Ele conta que no CAPS se instituiu a regra de que é proibido portar drogas no interior do serviço, mas que logo se compreendeu que a proibição se referia ao porte “no bolso” e não “na cabeça”. Ele menciona que o usuário do CAPS pode freqüentar o serviço tendo feito uso de álcool ou outras drogas, não há proibição quanto a este comportamento, cabendo à equipe estar

acompanhando e avaliando se o usuário tem condições de participar das atividades oferecidas. (Diário de campo, setembro 2007)

Para familiares não assistidos pelo serviço e que acompanhavam o usuário em atendimento, as narrativas espontâneas sobre o consumo de álcool e outras drogas nos espaços de convivência podiam produzir desconfiança quanto à credibilidade da instituição e mesmo representar dificuldade para o acesso do usuário. Se a expectativa de uma pessoa que conduz ou acompanha um familiar a um serviço de saúde está na abstinência, a tolerância presente neste contexto ao consumo de álcool e outras drogas pode denotar um contra-senso. Este dado adverte para a necessidade de atenção às famílias de usuários em tratamento no serviço:

Aguardei [...] na própria recepção, onde tinha um vigilante, dois recepcionistas, um usuário novato (como vim a constatar depois) acompanhado pela mãe e outros poucos destes sentados nas cadeiras. Um deles falava alto e comentava com outros que havia bebido bastante no último fim-de-semana e sobre os truques de que lançara mão para dissimular sua embriaguez, como, por exemplo, retirar-se discretamente do bar para ir em casa tomar banho e escovar os dentes e, depois, fingir que continuava a beber, enquanto mantinha o seu copo com a mesma quantidade. A mãe de um usuário, em função disso, começou a fazer expressões com o rosto em minha direção e a movimentar os lábios como se quisesse me dizer algo que, admito, não conseguia entender, mas que sabia, ao menos, que se referia à fala do usuário sobre sua bebedeira e que tinha também um tom de censura. E de fato, algum tempo depois [...] acabei por sentar junto a ela, que me confessou cochichando ter ficado horrorizada com as declarações do usuário: “Como é que pode?! Isto aqui é um serviço de recuperação, de tratamento, de gente que usa drogas. Aí vem esse rapaz, um homem desse tamanho, dizer que “tomou todas”, que bebeu um bocado, se gabando disso, faz a gente pensar que não tá resolvendo nada vir pra cá, que aqui e nada é a mesma coisa!”. (Diário de campo, agosto 2007)

O acesso e a permanência de usuários sob efeito de substâncias psicoativas no serviço eram permitidos desde que as normas e regras institucionais de convivência não fossem infringidas. Esta condição, por sua vez, contribuía para que a relação entre profissionais e usuários se caracterizasse densa, em virtude do manejo clínico necessário, da assertividade nas intervenções e da afirmação reiterada dos limites:

...faz referência ao fato de alguns usuários chegarem ao CAPS sob o efeito de droga e “procurar confusão”. Conta que em certa ocasião foi “punido” pela equipe do CAPS por causa de uma situação como esta. Foi suspenso do serviço e durante três dias não pôde frequentá-lo. Conta que se sentiu muito envergonhado com a situação e que a mesma não voltou a se repetir. (Diário de campo, maio 2007)

A questão da permissão do acesso e permanência de usuários sob efeito de substâncias psicoativas no serviço, particularmente nas atividades grupais, mostrou-se controversa entre os usuários. Neste sentido, durante uma assembléia, os usuários participantes discutiram que o serviço deveria impor limites à participação nas oficinas e grupos àqueles sujeitos sob efeito de álcool ou outras drogas, delegando ao profissional responsável pela condução da atividade o exercício de tal *controle*. Na discussão, o coordenador da assembléia pontuou o propósito do CAPSad em atender situações de crise, condição a que todos os sujeitos em tratamento no serviço estavam passíveis, e de promover valores de não exclusão:

Propõe-se uma votação na qual a maioria concorda em discutir a questão trazida quanto à presença de usuários alcoolizados ou sob efeito de outra droga nas oficinas. Na colocação do usuário proponente do ponto na pauta ressalta-se que ele e mais alguns usuários já estão em um estágio avançado do tratamento e que os usuários sob efeito de drogas atrapalham as oficinas, pois falam coisas que não tem relação com o trabalho que está naquele momento sendo realizado. Ao falar, o usuário se situa entre aqueles que podem estar sob efeito de substâncias psicoativas no CAPS, inclusive mencionando o consumo de álcool naquela manhã. [...] Um segundo usuário concorda com a questão colocada, falando em certo comprometimento do “projeto terapêutico” da atividade. Um terceiro usuário mostra-se de acordo. O profissional que coordena a assembléia indaga sobre um encaminhamento para a questão. Uma proposta é de que a pessoa sob efeito de substância não participe da oficina. Para o segundo usuário, cabe ao coordenador da oficina solicitar a saída do usuário da atividade. O profissional pontua que os demais usuários podem participar deste processo de “avaliação” da condição do usuário ter condições ou não de participar da atividade. Ele lembra ainda que o CAPS tem por objetivo o atendimento em situação de crise e que qualquer um está sujeito a fazer uso de álcool e outras drogas frente a situações difíceis em sua vida. Ressalta ainda que a proposta do CAPS é de não exclusão. Os usuários persistem na argumentação do papel do coordenador da oficina, com a consideração de que a abordagem de um usuário por outro usuário pode incorrer em desavenças e agressão dentro ou fora do CAPS. Os usuários posicionam-se em favor de um “controle” exercido pelo coordenador da oficina. (Diário de campo, agosto de 2007)

A oficina de prevenção de drogas mostrou-se como um espaço do serviço em que as narrativas de usuários sobre o consumo de álcool e outras drogas eram especialmente estimuladas. A oficina acontecia nas manhãs de segunda-feira e logo no início da atividade o profissional responsável por sua condução freqüentemente indagava individualmente aos usuários: *Como foi o seu final de semana?* As respostas eram dirigidas ao grupo. As declarações de que havia sido feito consumo de álcool ou outras drogas durante o período do final de semana eram acolhidas pelo profissional e demais participantes da atividade:

Ainda no início da oficina, o profissional indaga sobre como havia sido o final de semana, estimulando respostas individuais. Há dois grupos de respostas: os que referem ter passado o

final de semana sem consumir álcool ou outra droga e os que declaram ter feito algum tipo de consumo. Uma moça declara que foi à praia e que “tomou todas”. Um jovem, que refere consumo de crack e maconha, afirma que passou “dopado”. Um senhor conta que comprou um “Birinigth” e passou o final de semana em casa tomando a bebida escondido da irmã. Outro senhor diz que passou o final de semana com a família e livre “daquilo”. (Diário de campo, outubro 2007)

A partir de cada situação narrada, o profissional estimulava uma reflexão acerca das possíveis estratégias de redução de danos. Não foram observadas situações de repreensão ou censura seja pelo coordenador da oficina seja entre usuários participantes da atividade quanto ao fenômeno da recaída. Ao contrário, a intervenção buscava apontar possibilidades de enfrentamento, com o usuário sendo encorajado a abordar a questão em atendimento individual com o técnico de referência. O encorajamento reportava-se, ainda, ao êxito pregresso do usuário em termos da redução e/ou abstinência do consumo, sendo-lhe depositado novo voto de confiança e renovada a credibilidade quanto ao alcance do objetivo do tratamento demandado:

Dando seguimento, o profissional indaga sobre o final de semana. Alguns respondem ter tido um bom final de semana, o que é associado ao fato de ter passado com a família e sem fazer o uso de álcool ou outras drogas. Um senhor afirma que o seu final de semana não foi bom, porque “a casa caiu”, ele “tomou duas”. Está visivelmente decepcionado consigo. Então declara que fazia tempo que não bebia [estava há aproximadamente um ano sem beber]. [...] A postura do profissional é acolhedora, diante da declaração do usuário não há por parte dele ou dos demais usuários qualquer comentário de censura, ele apenas lhe diz para seguir adiante e lembra que a possibilidade da recaída já havia sido discutida em outras oportunidades. (Diário de campo, outubro 2007)

O senhor conta ao grupo sobre sua última recaída, após nove meses de frequência ao CAPS. O fato ocorreu há algumas semanas, já havia sido referido por ele antes, mas sem contar os detalhes. Relata que recebeu R\$ 300,00 [...] Saiu de casa na sexta e só retornou na segunda-feira, completamente envergonhado por ter passado o final de semana gastando o dinheiro, que pretendia depositar no banco, com o consumo de bebidas. Durante estes dias, apenas bebeu, sem se alimentar, e vagou pelas ruas, sem se banhar, trocar de roupa, dormiu ao relento. Conta que a família já havia procurando por ele nos hospitais da cidade e no IML [Instituto Médico Legal]. A questão é trabalhada no contexto da oficina, fazendo alusão aos passos que foram dados no passado e nos que poderão ser dados daqui pra frente. Ressalta-se, ainda, que sempre é possível mudar a direção dos passos na vida. (Diário de campo, dezembro 2007)

O CAPSad Pernambués, ao permitir o acesso e a permanência de usuários sob efeito de álcool e outras drogas, revela-se um espaço de acolhimento. Deste modo percebido pelos sujeitos em tratamento, o serviço era procurado em situação de intoxicação aguda ou outras

que pudessem ser caracterizadas como crise pela necessidade de pronto-atendimento médico e/ou de enfermagem. O acolhimento ao usuário em crise favorecia, por sua vez, sua vinculação ao serviço. A atenção nestes casos realizava-se no espaço da enfermaria, sendo disponibilizadas condições para o repouso e a desintoxicação ambulatorial. Quando necessário, o usuário era encaminhado para unidade de emergência em companhia de um profissional do serviço.

5.1.2. Relação com o CAPSad

Quanto à relação dos sujeitos em tratamento com o CAPSad Pernambués, observou-se que este figurava como um serviço para o qual demandas as mais diversas poderiam ser endereçadas. O acolhimento destas demandas pelo serviço e a disponibilidade de sua equipe em respondê-las, seja diretamente seja produzindo condições para a viabilidade de atenção à necessidade então expressa pelos usuários, repercutiam na qualidade do vínculo entre a população assistida e a instituição e sua equipe.

O CAPSad estudado era percebido pelos usuários como uma instituição de tratamento, que poderia ser buscada em associação ou não com outros recursos terapêuticos. As demandas por tratamento ao consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, por sua vez, encontravam-se associadas com demandas do tipo: “ocupação do tempo”, sociabilização (ter com quem conversar), alimentação, proteção, vale-transporte, encaminhamento para a emissão gratuita de documentos civis, apoio para a elaboração e impressão de currículo *vitae*:

Refere que seu medo é ficar perambulando pelas ruas, o que compreendo como mendicância. Freqüenta ao CAPS três dias na semana (segunda, quarta e sexta), onde realiza algumas refeições. Comenta que a equipe do CAPS às vezes ameaça suspender as refeições, que ele não diz nada e que se quiserem suspender que o façam, ele vai embora. (Diário de campo, abril 2007)

Um usuário chegou com uma receita para retirada de medicamento. [...] Não é dia de atendimento dele no CAPS e ele demonstra ter clareza disto. Depois de um tempo, ele indaga: “Tem como me colocar para o almoço?”. A resposta é negativa, argumentando-se que não se trata de seu dia de atendimento no serviço. Ele insiste, mas sem obter sucesso. Foi embora antes do final da manhã. (Diário de campo, maio 2007)

Depois das entrevistas de acolhimento, o usuário passou a chegar ao CAPS no horário de meio dia, “para almoçar”, pois como usuário considerava ter direito ao almoço. A

profissional relata ter feito algumas intervenções diante desta situação, negando-lhe o almoço, com a argumentação de que as pessoas estavam no CAPS para se tratar. Afirma que depois destas sucessivas intervenções o usuário passou a chegar cedo ao CAPS e a participar das atividades. Quando chega, vai logo dizendo que irá almoçar. (Diário de campo, agosto 2007)

A resposta a estas demandas e necessidades sociais – especialmente quanto à alimentação e distribuição do vale-transporte – encontrava-se entre os temas de discussão da equipe multiprofissional do CAPSad estudado. Para os profissionais, as demandas pelos usuários dirigidas ao serviço precisavam ser compreendidas de forma contextualizada. Daí ser importante discutir o caso com outros integrantes da equipe e, em especial, com o respectivo técnico de referência. Discutia-se principalmente a co-responsabilidade dos usuários com o tratamento e o alcance terapêutico da resposta a estas demandas, de forma que as intervenções propostas pelo serviço não se caracterizassem assistencialistas. Em relação ao vale-transporte, considerava-se que para alguns casos o oferecimento do auxílio poderia proporcionar melhoria na acessibilidade ao serviço, mas também se ponderava que o recurso poderia servir como objeto de troca para a aquisição de substâncias psicoativas. Neste sentido, a equipe demonstrava compreender que as intervenções no contexto do CAPSad, ainda que não proibissem o consumo destas substâncias entre os sujeitos em tratamento no serviço, não poderia contribuir com o acesso a elas. Diante da possibilidade de um auxílio concedido pelo serviço ser utilizado para a aquisição de álcool e outras drogas, havia sido suspensa indiscriminadamente (para todos) a sua concessão:

Houve um tempo em que o vale-transporte era fornecido pelo CAPS e o resultado foi “muita confusão”. A profissional situa que na época a equipe discutiu bastante sobre o fornecimento do vale-transporte, pois sabem que pela fissura pela droga tudo serve como moeda de troca. Havia caso de usuário que não ia ao CAPS e quando aparecia queria receber os vales dos dias que deixou de ir. A profissional pondera que é preciso voltar a pensar como lidar com a questão, pois reconhece que em alguns casos o auxílio pode realmente garantir a acessibilidade do usuário ao serviço. (Diário de campo, agosto 2007)

A dupla inserção dos sujeitos em tratamento em dispositivos da rede social e de saúde com o propósito de obter ajuda e tratamento contava com boa aceitação perante a equipe do CAPSad estudado. Um usuário, que fazia atendimento ambulatorial em outro serviço de saúde, o qual fora responsável pelo seu encaminhamento ao CAPSad, demandou continuar ser atendido pelo psiquiatra daquela instituição. Sua demanda foi acolhida, com o usuário sendo inserido em oficinas e acompanhado por um técnico de referência no contexto

do CAPSad. Da narrativa deste sujeito depreende-se ter sido significativo para ele o fato do atendimento no outro serviço ter sido viabilizado por um familiar com o qual estabelece uma relação de forte vínculo. A escuta sensível e a flexibilidade de abordagem, com abertura de espaço para negociação, despontam como estratégias de acolhimento potentes para o acesso e a vinculação de uma clientela cuja adesão ao tratamento tem sido referida na literatura como “frouxa”.

Em relação às crenças religiosas, alguns usuários referiram que estas não constituíam objeto de abordagem nos atendimentos individuais, oficinas e grupos terapêuticos. A despeito desta consideração, não havia referência de censura às expressões religiosas ou de discordância com o paralelismo de utilização de recursos terapêuticos – a inserção no CAPSad e em instituições religiosas. O discurso técnico-científico era assumido pelos profissionais como representativo do projeto institucional do CAPSad, tornando-o predominante no cotidiano do serviço e norteador das práticas de cuidado.

Apesar da significativa rotatividade observada entre usuários do serviço, fato frequentemente atribuído à adesão “frouxa” destes sujeitos ao tratamento, identificou-se alguns usuários antigos na instituição. Tratava-se de sujeitos com mais de dois anos de inscrição no serviço. A respeito da relação estabelecida por estes sujeitos com o CAPSad estudado, pode-se considerar duas situações principais. A primeira pode ser descrita como o *usuário intermitente* – aquele que intercala períodos de atendimentos no serviço com períodos de ausência. Para estes, o CAPSad constitui uma referência. Afirmavam-se “*usuários do CAPS*” mesmo após ter passado um longo período sem freqüentá-lo e demonstraram compreender que, no seu retorno, o tratamento tinha continuidade. Quanto a este retorno, foram mencionados como principais motivos os episódios de recaída ou a percepção da perda de controle sobre o consumo de álcool e outras drogas. Para esta percepção de continuidade do tratamento entre os *usuários intermitentes* pareciam contribuir dois fatos: a existência do prontuário que reúne informações sobre a sua história de vida e atendimento no serviço e o reencontro com os profissionais do serviço, que demonstravam, neste retorno, ainda ter conhecimento sobre o seu caso. A identificação de objetos produzidos pelo usuário e em exposição no serviço apresentou-se a uma senhora como marca de pertencimento ao serviço e de inscrição de sua história na instituição:

...relata que freqüenta o CAPS desde o tempo em que este funcionava no Canela. Ficou algum tempo sem freqüentá-lo e há poucos dias resolveu retornar para o serviço. Ela afirma ser “intensiva” no CAPS, sendo atendida diariamente. (Diário de campo, julho 2007)

A senhora relata que ao ser atendida e informar sobre o número de seu prontuário, do qual ainda se recordava, este foi recuperado. A constatação de que seu prontuário ainda estava no serviço e foi rapidamente recuperado parece ter sido significativo: “tudo meu está aí!”. Ela me leva para a sala adjacente à recepção, onde funcionava a sala do acolhimento e hoje tem alguns trabalhos de usuários em exposição, para me mostrar dois quadros fixados na parede que foram pintados por ela. Acrescenta que além destes dois quadros pintou outros, pelo menos oito, e que estes devem estar guardados. Sobre os quadros, relata que quando os pintou estava sob efeito de álcool. Em um deles, retrata uma avenida com postes de iluminação, há uma chuva rala caindo e um cachorro em um dos postes e mais adiante uma imagem que descreve como a si mesma deitada bêbada na via, escorada no poste. Compara-se ao cachorro. A senhora conta ainda sobre a sua participação na construção do painel que fica logo na recepção do CAPS. Ela conta que o painel foi elaborado pelos usuários ainda no serviço do Canela em uma oficina. Para preparar o painel, eles foram buscar por sementes e folhas na região. As sementes foram envernizadas (“deu um trabalho danado!”) e depois o painel preparado coletivamente. Agora estava ali em exposição. A usuária prossegue falando de sua passagem pelo CAPS, há um certo saudosismo nesta narrativa. Reporta-se aos profissionais com intimidade e desenvoltura, brinca com eles e segue lembrando de situações vividas durante o período de atendimento no serviço. [...] Nesta retrospectiva, ela vai afirmando a sua presença e pertencimento ao serviço a despeito do longo período de ausência. É como disse: “tudo meu está aí!”. (Diário de campo, janeiro 2008)

Os motivos para a frequência intermitente de alguns usuários ao CAPSad não puderam ser explorados pela presente pesquisa. Entretanto, a consideração de uma usuária com este perfil fica como um convite à reflexão:

[A usuária] tem uma frase que me deixa reflexiva: “tem hora que o CAPS cansa na vida da gente”. Acha que o CAPS precisa mudar, considera que as oficinas são sempre as mesmas... (Diário de campo, julho 2007)

A segunda situação observada refere-se ao usuário que frequenta ao serviço há um longo período sem histórico de descontinuidade do tratamento. Apresentando-se como “intensivo” na instituição, confere-lhe certa centralidade em sua vida e endereça aos seus profissionais uma demanda densa por atenção: solicitação de escuta e outras intervenções, episódios de crise/recaída. Entre estes usuários, o CAPSad pode figurar como um espaço de proteção e de atenção às suas necessidades sociais – um lugar para ficar durante o dia e realizar as refeições. Os projetos de vida entre estes sujeitos podem não apresentar contornos definidos, particularmente no que diz respeito à inclusão social. Em ambas as situações, a intervenção da equipe no sentido da afirmação da co-responsabilidade dos usuários com o tratamento demandado reitera a consideração de que o serviço constitui um “*lugar de tratamento*” e, como tal, um “*lugar de passagem*”.

O CAPSad pode ser percebido por alguns sujeitos em tratamento como um local que oferece proteção. Esta proteção remete para os riscos e danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, particularmente quando o período de permanência no CAPSad significa período de abstinência ou distanciamento do contexto comunitário que favorece a disponibilidade e consumo compartilhado de substâncias psicoativas. Os muros do serviço ofereceriam, ainda, proteção à exposição de violências relacionadas a este consumo:

Referiu muitas vezes a “dificuldade de estar lá fora” e do quanto é bom estar no CAPS, fazer oficinas e “ouvir os conselhos”. (Diário de campo, agosto 2007)

Mora em um bairro próximo ao serviço, onde “as coisas não tão mole”. Há poucos dias um rapaz vizinho que era surdo e mudo – “e trabalhava!”, como exclama – foi morto na região e teve a cabeça decapitada e feita de bola. Refere que o seu problema é só bebida, que não usa outra droga e não tem dívidas, mas anda assustado no bairro em que mora. Quando sai, procura estar acompanhado, receia andar sozinho. Sente-se mais tranquilo enquanto está no CAPS, mas é tomado pela ansiedade ao ter que retornar para casa. (Diário de campo, dezembro 2007)

Todavia, a natureza da relação estabelecida com o CAPSad pode repercutir na efetivação da reabilitação psicossocial. Para alguns usuários a permanência no serviço pode vir a representar uma espécie de zona de conforto ou de proteção às adversidades da vida social. A questão foi retratada por dois dos sujeitos entrevistados, apontando para a relevância das práticas de cuidado compromissadas com a promoção da inclusão social:

É como eu falo, não sei se foi por conta que deu certo. Não sei como são os outros CAPS aí fora, mas no que diz respeito a calor humano, compreensão, um abraço amigo, eu encontrei aqui. Então... O plano terapêutico! Então, não, não mudaria, não. O que eu poderia mudar é assim: falar pra cada um dos companheiros que ainda estão aqui que existe um mundo lá fora. A gente não precisa ficar o tempo todo aqui dentro. Existe um mundo lá fora, as portas estão abertas aí! Pode até ser difícil. A gente tropeça ali, tropeça acolá, mas não é impossível. Não é impossível, mesmo! Basta ter... acreditar em si. (Entrevista usuário 01)

...mas eu comecei a gostar de vir pras oficinas e hoje pra mim tá até difícil... sair... que eu preciso sair, que eu preciso voltar pra minha casa, tô com medo de voltar pra casa e começar a gastar o dinheiro... com a droga... [silêncio] ...na casa de meus pais eu não uso por falta de oportunidade e não por falta de vontade. (Entrevista usuário 06)

Outro fenômeno observado quanto à relação dos usuários com o CAPSad refere-se ao fato deste constituir-se em uma referência significativa mesmo entre aqueles que já receberam alta terapêutica, expressando a vinculação destes com o serviço. Durante o período

de coleta de dados da pesquisa, acompanharam-se algumas visitas de ex-usuários ao CAPSad Pernambués. Estas visitas tinham por propósito o reencontro com profissionais e com outros usuários com os quais havia sido estabelecida uma relação de amizade. Estes momentos caracterizaram-se pelo acolhimento e receptividade da equipe – respeitados os limites de acesso ao espaço físico do serviço – e de sociabilização entre os usuários, com recordações sobre acontecimentos vivenciados durante o tempo de tratamento no serviço.

Observou-se ainda a situação em que um usuário que havia recebido alta terapêutica há mais de um ano procurou pelo serviço em virtude da manifestação de sintomas de abstinência ao consumo de álcool. Para este sujeito, o CAPSad figurava como serviço de referência, sendo-lhe naquele momento de retorno endereçada uma demanda de “*atenção psicológica*” com o objetivo de prevenir uma recaída:

A senhora informa que iniciou o tratamento no CAPS quando este ainda funcionava no Canela, freqüentando-o pelo período de dois anos e quatro meses, havendo recebido alta terapêutica em setembro de 2006. Refere consumo de álcool e conta que com o tratamento no CAPS conseguiu ficar abstinente, não consumindo a substância há mais de um ano. [...] ...esclarece que o seu retorno não é pelo consumo de álcool, mas por uma questão “psicológica”. [...] ...detalha sobre o motivo do encaminhamento: está com lapsos de memória e com episódios de alucinação. Refere que uma psiquiatra lhe explicou que os sintomas são decorrentes da abstinência... (Diário de campo, janeiro 2008)

Em linhas gerais, os usuários demonstraram compreender os objetivos do CAPSad e identificar as práticas de cuidado desenvolvidas pelo serviço, enumerando e descrevendo-as sem dificuldades. O fato do CAPSad possuir uma rotina muito definida, com regularidade de oficinas e grupos terapêuticos, assim como dos dias, horários e profissionais responsáveis pela sua condução, contribuíam para a assimilação da organização do serviço pelos usuários e familiares.

O discurso da redução de danos como objetivo terapêutico e princípio norteador das práticas de cuidado encontrava-se disseminado entre os sujeitos em tratamento no serviço. Em relação a este discurso, muitos sujeitos se posicionaram firmando seus objetivos pessoais em termos da redução da quantidade e intensidade do consumo de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, dos riscos e danos a ele associado ou da abstinência. Entre aqueles sujeitos que almejavam com o tratamento no CAPSad atingir a abstinência, esta condição apresentava-se principalmente como um resultado a ser alcançado através de metas intermediárias e episódios de recaída não eram desconsiderados como eventos possíveis de ocorrer ao longo do tratamento. A recaída, por sua vez, não era interpretada nas intervenções da equipe

multiprofissional como fracasso ou fraqueza dos usuários, mas como uma situação episódica a ser dignamente enfrentada.

As mudanças em relação à composição da equipe multiprofissional do CAPSad Pernambués, em 2007, foram percebidas com preocupação por usuários e familiares. Sendo este um serviço cujo vínculo e relação de confiança apresenta-se como importante condição para o contrato terapêutico, a principal preocupação dos sujeitos em tratamento referia-se à descontinuidade da assistência. Episódios de crise entre usuários foram relatados e observados durante o período de mudanças na organização do serviço. Por outro lado, observaram-se situações que sugeriam que em muitos casos a vinculação dos usuários estava estabelecida com o serviço propriamente dito, o que favorecia a continuidade ao tratamento sob a condução de novos profissionais.

A relação dos sujeitos em tratamento com o CAPSad, por vezes, também esteve marcada por certa ambivalência, sendo proferidas muitas queixas e reclamações quanto ao seu funcionamento. No cerne de algumas destas queixas identificaram-se as normas e regras firmadas pelo serviço, as quais eram frequentemente questionadas e em alguns momentos chegavam a ser infligidas por alguns sujeitos. A afirmação dos limites ao longo das intervenções cotidianas produzia certa tensão nas relações entre usuários e profissionais. Diante de intervenções como estas, alguns usuários chegaram a ameaçar abandonar o tratamento no CAPSad. A ameaça não dissolvia a postura assertiva do profissional em sua intervenção. Nos casos observados, a ameaça enunciada não chegou a ser levada a cabo.

Quanto à infraestrutura e organização do serviço, os sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués apresentaram como sugestões e demandas: a mudança do serviço para uma região mais central da cidade, de forma a facilitar o acesso; o aumento do número de oficinas e maior variedade das mesmas; a retomada da oficina de futebol (para alguns, compreendida como lazer proporcionado pelo serviço); a oferta de oficinas profissionalizantes como estratégia voltada para a reinserção social; a melhoria da relação do CAPSad com outros serviços de saúde, facilitando o encaminhamento para consultas e exames; a contratação de médico clínico e médico psiquiatra. Apesar das considerações em torno da possibilidade de melhoria do serviço, usuários e familiares expressaram satisfação com o cuidado recebido a partir do CAPSad estudado, ressaltando a relação estabelecida com os profissionais (vínculo, confiança e respeito), o acolhimento e a escuta proporcionados, a redução do consumo de substâncias psicoativas atribuída ao tratamento recebido.

5.1.3. Relação com os profissionais

A condição de exclusão social em que se encontram alguns sujeitos em tratamento no CAPSad incide na fragilidade de suas relações sociais, marcadas por sentimentos de desconfiança e conflito. Assim, estes sujeitos relataram a respeito do processo de vinculação com os profissionais do CAPSad estudado e com a própria instituição. De acordo com suas narrativas, esta vinculação não se caracteriza imediata, fazendo-se necessário tempo e investimento da equipe. Por outro lado, quando esta vinculação ocorre, pode revelar-se intensa, uma vez que o usuário encontra no serviço uma referência de atenção a suas demandas e necessidades sociais de saúde. Para estes sujeitos, o serviço representa um lugar em que encontra respeito e reconhecimento, valorização de sua individualidade e liberdade de escolha. O CAPSad figura, ainda, como um espaço de sociabilização, o que para alguns usuários encontrava-se bastante comprometida pelo consumo de substâncias psicoativas. Assim, a *conversa* com os profissionais foi apontada como um dos aspectos positivos na avaliação que fazem do serviço. Este dado elucidava porque que as mudanças realizadas na equipe multiprofissional do CAPSad Pernambués foram tão mobilizadoras para alguns sujeitos em tratamento, tendo em vista a descontinuidade de uma relação cujo vínculo e confiança resultaram de um processo por vezes demorado – um usuário relatou que após um ano de tratamento sentia-se plenamente confiante em sua técnica de referência. Considerando que esta vinculação tenha importante implicação para a adesão ao tratamento, infere-se o quanto a rotatividade de profissionais em serviços desta natureza possa ser comprometidora do alcance dos resultados de suas práticas de cuidado.

Conforme já enunciado, o vínculo e a relação de confiança estabelecida pelo usuário com o serviço e sua equipe no início do tratamento podem ser caracterizados como muito tênue. As posturas e intervenções de profissionais podem ser interpretadas pelos sujeitos em tratamento como situações de preconceito e discriminação, de desconfiança e suspeita. Esta circunstância permite ressaltar a relevância de práticas de acolhimento livre de julgamento como uma condição favorecedora do acesso ao serviço. A coerência entre as intervenções dos profissionais da equipe, com demonstração de que todos compreendem a história de vida do usuário e suas necessidades sociais de saúde, figura como uma situação que contribui de forma muito incisiva para a construção desta vinculação e relação de confiança com os profissionais e o serviço.

A demanda de usuários por atenção – expressa especialmente em termos de demanda de escuta e de disponibilidade de tempo – endereçadas aos profissionais apresentou-se como uma marca da intensidade das relações terapêuticas no contexto do CAPSad estudado. A intensidade desta demanda parece ter relação com a situação de exclusão social destes sujeitos e de toda sorte de carência afetiva. Assim sendo, os profissionais eram referidos por alguns usuários como “amigos” e havia um desejo de estender a relação estabelecida com estes, no contexto do serviço, para outros espaços, a exemplo da solicitação de telefone pessoal. Diante da densidade do vínculo estabelecido com um profissional (técnico de referência), a equipe no CAPSad estudado poderia decidir por adotar a estratégia do acompanhamento e intervenção em duplas, de forma que mais de um profissional pudesse ser reconhecido como referência para o usuário no serviço:

Uma usuária chegou ao CAPS em uma situação de crise esta manhã. Ela estava alcoolizada e gritava pelo nome de sua técnica de referência, ausente no serviço este turno da semana. Segundo o relato dos profissionais presentes, no dia anterior um episódio semelhante havia acontecido com a mesma usuária. Comenta-se sobre o forte vínculo desta com a técnica de referência com certa preocupação. Em realidade, em outro momento, a própria profissional comentou sobre a sua preocupação, no caso específico desta usuária, em intervir sempre acompanhada por outro técnico, de modo que ela possa ter outras referências no serviço. (Diário de campo, julho 2007)

Um fenômeno observado e que mantém relação com a densidade das relações estabelecidas por alguns usuários com os profissionais que o acompanham no serviço, notadamente seu técnico de referência, diz respeito a uma responsabilização pelos episódios de recaída, como se uma suposta falta de atenção do profissional pudesse ser justificativa para o consumo de substâncias psicoativas pelo usuário. Nesta direção, observou-se uma atenção do serviço quanto à relação com os usuários, particularmente no que tange à sua vinculação e confiança na equipe. Na condição de serviço que constitui campo de práticas para graduandos e residentes, os papéis e a transitoriedade destes atores eram cotidianamente enfatizados. Assim, os residentes distinguem-se dos profissionais da equipe técnica e eram identificados como tal pelos usuários. O mesmo aplicava-se aos estagiários e eventuais pesquisadores. A entrada de novos atores no serviço (novos profissionais, estagiários, residentes, pesquisadores) era mediada pela equipe, com apresentações, informações sobre as atividades que estariam sendo desenvolvidas e o tempo de permanência destes atores no serviço. Por sua vez, a saída destes atores transitórios do serviço era acompanhada por despedidas dos usuários assistidos, de forma individualizada e coletiva. Pressupõe-se que a distinção quanto ao papel

dos atores que circulam pelo serviço e, sobretudo, a clareza da sua intencionalidade (como a realização de um trabalho de natureza mais pontual) e de seu tempo institucional possa repercutir na intensidade do vínculo que os usuários venham estabelecer com estes, tornando o momento de ruptura/descontinuidade desta relação menos angustiante, haja vista tratar-se de um acontecimento anunciado, previsível.

A saída de um profissional da equipe, particularmente do técnico de referência, pode constituir-se em um momento crítico para a adesão do usuário ao tratamento. Durante o período de mudanças na equipe no CAPSad, acompanharam-se entre usuários assistidos no serviço há mais tempo narrativas que apontavam para a incerteza de permanência na instituição. Estes sujeitos declaravam não saber se teriam a mesma relação de confiança para tratar dos seus problemas com os novos profissionais. Dentre estes usuários antigos, muitos permaneceram no serviço com a chegada dos novos profissionais. Alguns que vinham sendo atendidos por ex-profissionais do CAPSad em outras unidades de saúde demandaram que o atendimento fosse concentrado no serviço, o que remetia para uma transferência que não se restringia aos profissionais, mas que incluía a própria instituição. O vínculo com o serviço, então, parece ter favorecido a predisposição de muitos destes usuários para o investimento na construção de uma nova relação terapêutica neste contexto institucional.

Na atenção a crianças e adolescentes pela equipe do EspaSSos da Rua, a expressão do vínculo estabelecido por estes sujeitos em relação aos profissionais mostrou-se particularmente de grande densidade. A chegada da equipe no território de intervenção era acompanhada de grande expectativa. Ao perceberem a aproximação do veículo, crianças e adolescentes corriam em sua direção e recepcionavam os profissionais com sorrisos e manifestação de afeto (abraços e apertos de mão – em geral, muito apertados!). O período em que a equipe, por virtude de problemas mecânicos no veículo, esteve ausente no território gerou muitas considerações entre os sujeitos que queriam compreender os motivos. A conclusão da intervenção, por sua vez, produzia outros movimentos, como demandar da equipe permanecer no local por mais algum tempo e indagar a esta sobre o seu retorno:

Descemos todos da kombi, que ficou estacionada ali mesmo na praça. Dois profissionais caminharam em direção a um grupo de adolescentes reunidos em um dos bancos da praça. Alguns destes, ou sua maioria, eram conhecidos da equipe. Um dos adolescentes ao ver um dos profissionais se alegra e logo se aproxima. Os dois se cumprimentam com um aperto de mão seguido de um forte abraço. [...] Apresento-me ao rapaz, que tem uns 20 anos. Ele comenta que nas últimas semanas esteve na praça a espera da equipe, chegou a pensar que a mesma não retornaria mais. Entendo, então, a alegria que estampou em seu rosto ao nos ver chegar. (Diário de campo, fevereiro 2008)

Um adolescente, sempre com a garrafa de cola sob a camisa e a inalar a substância, pede-me a caneta e diz que escreverá o seu nome. Fico segurando a prancheta. A sua coordenação motora está lenta. Mudo a posição da prancheta, achando que pode ajudar. Ele escreve três letras e me diz que é tudo que sabe escrever de seu nome. Já estávamos nos arrumando para partir. Digo ao adolescente que na segunda-feira, quando voltarmos, lhe darei papel e lápis para que possa escrever mais. Ele parece perceber que a partida se aproxima. Pergunta que dia é hoje, acrescenta que “antes de ontem foi domingo” e quer saber que dia será amanhã. Respondo-lhe. Ele então me diz que segunda-feira irá demorar e indaga se não podemos ir todos os dias. A pergunta me emociona. A despedida torna-se difícil. (Diário de campo, fevereiro 2008)

A maioria dos sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués demonstrou compreender e utilizar a expressão *técnico de referência*, sendo capaz de identificar entre os profissionais da equipe aquele que desempenhava o papel de seu técnico de referência. Em alguns casos, entretanto, a relação revelou-se mais estreita com outro profissional não havendo correspondência entre o técnico de referência identificado pelo usuário e aquele definido institucionalmente. Os profissionais, por sua vez, eram mais facilmente identificados entre os usuários do serviço pelo nome pessoal do que por sua categoria ocupacional. A escuta clínica, particularmente aquela realizada em atendimento individual no contexto do consultório, pode tornar compreensível o fato de alguns usuários referirem-se genericamente aos profissionais do CAPSad estudado, especialmente seus técnicos de referência, como “*terapeutas*” ou “*psicólogos*”.

Quanto à relação com os técnicos de referência, identificou-se em algumas narrativas a possibilidade de interações dialógicas e de participação dos usuários na construção e avaliação do plano terapêutico individual, a exemplo da escolha de que oficinas e grupos terapêuticos participar. Observaram-se, ainda, interações em que o técnico de referência assumiu uma postura mais diretiva, com imposição do tom de voz – expressando autoridade e limites – e intervenções assertivas. A condição do usuário quanto ao estar ou não sob o efeito de substâncias psicoativas condicionava uma ou outra postura do profissional. Quanto à participação do usuário na tomada de decisão quanto ao seu plano terapêutico individual, a redução do consumo de álcool e outras drogas mostrava-se associada com a sua conquista de autonomia. Expressão máxima desta autonomia conquistada pelo sujeito em tratamento seria a sua participação na negociação com o técnico de referência quanto ao momento e a circunstância de sua alta terapêutica.

A relação entre profissionais e usuários, por vezes, manifestou-se tensa, ao que parece estar relacionado ao perfil da clientela e da necessidade de estabelecimento de limites nas relações sociais. Os versos de um usuário parecem muito bem traduzir esta tensão e a sua relação com os limites, regras e normas institucionais, afirmação da co-responsabilidade com a proposta de tratamento demandado:

“Vamos para o CAPS se tratar / técnicos irados, pacientes mal criados” (Letra de RAP, composição de usuário do CAPSad)

A qualidade da relação com os profissionais foi mencionada entre os aspectos considerados na avaliação que os usuários fazem do serviço, sendo realçados a confiança e o engajamento da equipe com o cuidado:

E eu confio também aqui no CAPS sabe por quê? Porque aqui os profissionais são pessoas dedicadas, sabe? Podem não ser boons profissionais, né? Não sei, porque bom só Deus, mas pelo menos se dedicam, né? Se esforçam, se aborrecem quando você... não faz as coisas certas, quando você não aceita o tratamento, não abraça a idéia de... de ser ajudado e eu to aí nessa luta. (Entrevista usuário 05)

...porque minha vida aqui todo mundo sabe, que eu falo tudo. Os psicólogos, os técnicos, todo mundo sabe, eu não escondo nada. Se eu beber eu falo que bebi; se eu cheirar, eu cheirei, sabe? (Entrevista usuário 05)

A relação de confiança estabelecida com os profissionais e o serviço repercute no tratamento. Para um usuário, a atenção psiquiátrica no CAPSad distinguia-se daquela recebida em outro serviço de saúde pelo fato do profissional já a conhecer e assim ter menos chance de “cometer erros” na prescrição de medicamentos:

...percebe-se deprimida e com necessidade de medicação. Todavia, não deseja ser atendida por psiquiatras das emergências, pois considera que estes lhe prescrevem medicamentos que lhe fazem mal. Refere que por duas vezes teve “crise neurológica” como efeito de medicamentos prescritos por psiquiatras em atendimentos realizados em serviços de emergência. Por outro lado, acrescenta que a psiquiatra do CAPSad nunca lhe prescreveu medicamentos “errados”, pois já a conhecia. Aguarda a chegada de novo profissional no CAPS, com a expectativa de que este acerte nos remédios prescritos. (Diário de campo, julho 2007)

5.1.4. Sentidos atribuídos à redução de danos – abstinência

O discurso da redução de danos encontrava-se disseminado entre usuários e familiares assistidos no CAPSad Pernambués. Nesta direção, estes sujeitos afirmaram ser a redução de danos o principal objetivo das práticas de cuidado desenvolvidas pelo serviço, o que, ao mesmo tempo, o distinguia de outros recursos terapêuticos. Apesar de compartilhar deste discurso e demonstrar concordância com os objetivos institucionais, alguns usuários declararam sua opção pessoal pela abstinência de álcool e outras drogas.

Um dos sujeitos entrevistados relatou ter buscado tratamento prévio em uma instituição religiosa e em um grupo de auto-ajuda. As recaídas e o constrangimento em ter que assumi-las perante atores destes recursos terapêuticos acabaram ocasionando o abandono da assistência. Com este histórico de interrupção de assistência, a chegada ao CAPSad foi marcada pelo descrédito da família. A opção pela abstinência como resultado do tratamento demandado ao CAPSad representou, então, uma aposta derradeira. A sua expectativa em relação ao tratamento foi acolhida pelo serviço, com assistência psiquiátrica aos sintomas da abstinência e atendimentos individuais com profissionais de psicologia e serviço social. O fenômeno da recaída repetiu-se durante o tratamento no CAPSad, mas o acolhimento e a receptividade proporcionada pelos profissionais nesta ocasião parecem ter sido determinantes para a continuidade do projeto terapêutico que a usuária traçou em aliança com o serviço:

E aí, eu passei a fazer o tratamento aqui, mesmo com toda a descrença da minha família, como uns olhares que... é de um, de um ser incapaz. Que eu cheguei a perguntar em casa, pra minha companheira, o que é que ela achava de eu ter tomado essa iniciativa de vir. Aí, ela me respondeu que ela não acreditava mais em mim. Mas aí eu consegui! Consegui... Foi muito difícil, porque é... **o CAPS, ele, como todos sabem, ele trabalha com a redução de danos**, mas, devido a tantas tentativas, eu... o CAPS não trabalha com a questão da abstinência, mas, diante de tantas tentativas que eu já tinha feito e que eu já estava no processo de também não estar acreditando mais em mim, aí, **eu fiz a opção da abstinência**. É... HORRÍVEL, por sinal!! Porque todos os sintomas de ressaca que eu tinha, quando eu bebia, os sintomas da abstinência, eles são piores! Porque eu tinha tremores, sudorese, dor de barriga, boca seca. Uma loucura! Alucinação, via gente me perseguindo, via rato, via bicho dentro de casa. Insônia, intolerância, falta de convívio social, isolamento é... aquela vizinha: “Beba um pouquinho! Só um pouquinho, para ver se passa!”. E, aí, eu lutava comigo mesmo. Era um duelo. [...] Porque não é fácil! Uma luta árdua, contínua. A gente luta com isso vinte e quatro horas. (Entrevista usuário 01)

Os sentidos construídos acerca da redução de danos entre os sujeitos em tratamento no CAPSad estudado, apreendidos a partir de suas narrativas, remetem para a conquista de uma relação com o álcool e outras drogas pautada pela autonomia no cuidado com a própria

saúde. A questão do controle sobre o padrão de consumo, de forma a minimizar as consequências adversas a ele relacionadas, foram especialmente realçadas nestas narrativas:

...a lógica aqui é conscientizar as pessoas controlar suas drogas. Mas, mas... você... que use suas drogas, mas tenha um conceito do que está fazendo. Que não exagere. A droga que você vai usar hoje, amanhã ela vai ter novamente e você não precisa tá se exagerando, se matando hoje pra amanhã... está pior ainda! E, quer dizer, é um conceito de que as pessoas se controlem. E aqui não diz “Ah! Você vai ter que parar pra seguir!”. Não! Aqui você controla. Mas o que eu vejo aqui, o controle daqui é uma dica para que você reflita e veja. (Entrevista usuário 03)

...a questão da redução de danos, de uma forma bem simples, é o quê? **É você poder utilizar de algo, independente de ser droga ou não, no caso, aqui, da droga em si, sem que ela lhe cause tantos prejuízos.** Eu entendo dessa forma. Seria não fazer o uso tão abusivo. É você compreender que se você tem necessidade de utilizar aquela droga, porque você é uma pessoa insegura ou porque você é tímido ou porque você tem medo... que você a use, porém, poderia até dizer, com uma certa responsabilidade e cautela. Eu... eu entendo dessa forma. (Entrevista usuário 01)

Um dos sujeitos entrevistados descreveu a sua compreensão acerca da proposta do CAPSad em comparação com o modelo de atenção orientado para a internação e a abstinência como meta terapêutica exclusiva. Em sua narrativa, ressaltou a liberdade de posicionamento de cada sujeito quanto ao seu projeto terapêutico em termos da redução de danos ou da abstinência. Em relação à abstinência, demonstrou ainda compreendê-la como uma condição que pode vir a ser alcançada através da redução voluntária e gradativa do consumo de álcool e outras drogas e consequência de uma mudança subjetiva mediante a re-significação da própria vida:

O que eu acho que o CAPS faz é fazer com que as pessoas reduzam, né, o uso. O parar ou não fica a critério de cada um. As pessoas, pelo menos no período que estão aqui, às vezes alguns saem, usam, voltam, faz oficinas... Eu tenho um psicólogo [em outra instituição] que diz que não acredita no trabalho que o CAPS faz, acha o CAPS é muito liberal... Mas eu acho um trabalho válido, porque... a internação não resolve o problema, você fica lá, longe de tudo, e quando você volta, o bar tá no mesmo lugar, a “boca” vai tá no mesmo lugar, você vai ter acesso de novo à droga. Então é melhor você dizer “não” porque você não quer, não porque você não pode. Quando você é internado é porque você não pode e tem gente que ainda dá um jeito de pedir pra algum parente levar algum baseado pra dentro da clínica, né? Levar a maconha, levar alguma coisa... e você internado também... Acho que a proposta do CAPS, ela, ela é boa nesse sentido, que é nos dar essa liberdade de não usar por decisão própria, por vontade própria e não por não... poder e sim por não querer. [Silêncio] Mas eu não sei se o trabalho que o CAPS faz, faz com que as pessoas parem de vez, essa é uma decisão totalmente pessoal, você vai aos poucos deixando... refletindo através das oficinas... repensando sua vida... (Entrevista usuário 06)

O modelo de atenção à saúde no contexto do CAPSad, distingue-se, na narrativa deste sujeito entrevistado, por adotar como estratégia terapêutica o respeito à autonomia de escolha em detrimento à interdição em relação ao consumo de substâncias psicoativas. A regulação do consumo, então, parece ser consequência de uma rede de significados construídos e compartilhados pelos atores do serviço, os quais se alicerçam no vínculo com a instituição e seus profissionais e na credibilidade que estes depositam nos sujeitos em tratamento:

...agora uma coisa que eu observei é que o CAPS nos dá tanta liberdade, que às vezes a gente fica com medo de... pelo menos eu fico, né?, com medo de usar a droga e quebrar a confiança que o CAPS está me dando, você entende? Ou então, eu fico pensando: “pô, eu tô lá no CAPS e tô usando droga tal, o que que eu estou fazendo lá então?”. Faz a gente repensar uma série de coisas, eu pensei um monte de coisas, reduzi muito o uso, mas é chato pra mim saber que algumas pessoas aqui acham que eu não estou mais usando, quando na verdade eu estou usando esporadicamente. Me sinto como se eu tivesse traindo a confiança das pessoas, o trabalho das... que as pessoas vêm fazendo. (Entrevista usuário 06)

A expectativa quanto ao tratamento no CAPSad foi descrita por alguns usuários em termos da redução de consumo de álcool e outras drogas. Nesta direção, almejavam uma melhora gradativa de sua condição de saúde e que pode ter a abstinência como uma meta a ser atingida. Esta, entretanto, apresenta-se como um importante desafio:

...então, eu vim pro CAPS e aí... aqui eu consegui reduzir, né?, muito o que tinha acontecido, pelo menos uns 70% ou mais, que reduzi muito. Tá me faltando uns trinta por cento e é o que está mais difícil... É o que tá mais difícil! Mas eu tenho a impressão de que eu vou conseguir porque eu desejo parar de usar e eu não vou usar mesmo porque sei o prejuízo que tive, né?, o mal que faz as drogas, que realmente a droga é uma droga, né? (Entrevista usuário 05)

A estratégia adotada por sujeitos em tratamento no CAPSad estudado para a redução ou abstinência do consumo abusivo de álcool e outras drogas pode envolver o distanciamento de sua comunidade e das relações sociais estabelecidas neste contexto, as quais eram percebidas como fator de vulnerabilidade para o consumo e também como fator de risco à integridade física em decorrência de envolvimento ou dívida com o tráfico de drogas:

...ele agora tá usando a bebida dele sozinho, não me chama mais. Eu também não fico lá no meio deles, porque eles ficam lá bebendo, eu não tô bebendo. Todo mundo que passar vai achar que eu tô bebendo também. É ou não é? Então, eu me recuso mais um pouco. Fico mais no meio de quem não é desse negócio de bebida. É, meu lema agora é esse. (Entrevista usuário 07)

...ele atualmente mora na rua, [...] saiu de seu bairro e de sua casa para se afastar das drogas... (Diário de campo, outubro 2007)

O período de permanência no CAPSad foi realçado como um fator de proteção e de redução de danos, particularmente nas narrativas de usuários de álcool:

Um jovem respondeu que o final de semana não foi bom, pois acabou tomando uns “gorós”. Ele explica que o final de semana prolongado também significa longo período de fechamento do CAPS. Afirma que estar no CAPS é um fator de proteção. (Diário de campo, novembro de 2007)

Há ainda outra discussão interessante, um rapaz refere que antes de frequentar o CAPS passava o dia inteiro no “sindicato”, referindo-se ao bar, local de encontro de outros companheiros também usuários de álcool. Outro jovem afirma que estar no CAPS significa redução de danos porque se não passasse o dia no CAPS, passaria o dia no “sindicato”. (Diário de campo, novembro de 2007)

Tenho três meses, graças a Deus, que eu não sei o que é bebida. [...] Então, veja bem o que é eu estar aqui conversando com você tranquilo, já ter participado de uma... de uma oficina, sabendo que daqui eu vou trabalhar?! Agora imagine se eu não estivesse aqui no CAPS, tivesse uma hora dessas, talvez, na porta de um boteco esperando um cara passar e eu dizer: “E aí, rapaz, bota uma 51 aí pra mim!” (Entrevista usuário 03)

...se eu não tivesse no CAPS é... talvez eu estaria por aí bebendo [...] porque se eu não tivesse aqui... eu poderia estar hoje... estaria por aí na Feira de São Joaquim, passeando, bebendo... por aí à toa e aqui eu não to à toa não, porque eu tô sendo muito bem acolhido. (Entrevista usuário 04)

Nesta perspectiva, a possibilidade de estender o efeito produzido pela permanência no CAPSad quanto à redução ou a abstinência do consumo de álcool para outros contextos de relações sociais e de inserção comunitária do usuário apresenta-se como um desafio à sua equipe:

Segundo relata-me a profissional, a usuária não tem conseguido fazer a redução do consumo de álcool fora do CAPS. Apenas nos dias em que está no serviço deixa de beber. (Diário de campo, novembro de 2007)

Entre os sujeitos em tratamento no CAPSad estudado era consenso de que a redução do consumo de álcool era mais desafiadora quando comparado a outras drogas. Esta dificuldade era atribuída à disponibilidade da substância na sociedade e pelo imperativo de

consumo entre os pares. O consumo de outras drogas, seja pelo seu caráter ilícito seja pelo custo mais elevado, foi descrito nas narrativas de usuários do CAPSad como uma atividade que envolvia menos socialização e, por conseguinte, compartilhamento da substância entre pares:

Um jovem declara o consumo de maconha, cocaína e álcool. Relata que estava quase no fundo do poço, sua mãe estava quase para deixá-lo de lado. Segundo conta, a mãe procurou pelo CAPS [de modalidade II] de onde foram encaminhados para o CAPSad. Encontra-se em tratamento no serviço há algumas semanas. O jovem conta que com a frequência ao CAPS deixou de fazer uso de “drogas” e que apenas está fazendo uso do álcool, inclusive está sob efeito da substância esta manhã. [...] Ele declara ser muito difícil deixar de fazer uso do álcool, pois pode estar em casa assistindo televisão e um amigo ir convidá-lo para ir até ali “tomar uma”. Ademais, mesmo sem dinheiro os amigos convidam a fazer uso do álcool. Esclarece que para fazer uso de outras drogas com alguém é preciso ter pelo menos a “intera” [refere-se ao dinheiro para contribuir com a compra]. Outros usuários concordam com a sua colocação. Um rapaz, que já foi usuário de cocaína, afirma que não sente vontade de usar esta substância, mas que quando passa por um bar ou na praia e que ver outras pessoas tomando cerveja a vontade é imediata. (Diário de campo, novembro de 2007)

As estratégias adotadas pelos sujeitos em tratamento para a redução de danos, tendo ou não a abstinência como meta, revelaram-se muito particulares. Neste sentido, não havia uma receita a ser prescrita pelo serviço. A redução de danos era significada por cada sujeito frente a sua relação com a droga e, assim, o que poderia ser redução de danos para um poderia não ser para outro. A lógica da redução de danos perpassou as intervenções observadas (oficinas e grupos terapêuticos), com apropriação desta racionalidade pelos usuários e familiares assistidos pelo serviço. As estratégias pessoais para a redução de danos levavam em consideração a relação com as drogas e seu potencial de prejuízo à saúde e as situações percebidas como de vulnerabilidade ou de proteção ao consumo. Assim, a redução de danos poderia envolver a abstinência de uma substância considerada mais prejudicial tanto do ponto de vista da saúde e integridade física quanto do comprometimento das relações sociais. Entre as estratégias para a redução de danos adotados por sujeitos em tratamento no CAPSad estudado, identificaram-se: a diminuição da frequência e da intensidade do consumo, a busca por atividades esportivas, a substituição de substância, a entrega do dinheiro e cartões de crédito aos cuidados de um familiar ou pessoa da rede social, o estabelecimento de relações sociais percebidas como fator de proteção e distanciamento daquelas que eram consideradas como fator de vulnerabilidade:

Um senhor tem anotado em um caderno os dias que fez consumo de álcool e observa que tem bebido uma vez ao mês. Sente-se “fraco” por não resistir a uma dose. Fala que já foi

mais forte e confiante, o que por outro lado relaciona ao consumo de cocaína, substância usada pelo usuário pelo período de cinco anos. (Diário de campo, julho de 2007)

Um rapaz pintou três azulejos. Ele escolheu como tema o esporte, retratando um homem jogando bola subindo a escada e outro descendo a escada de skate. Ele conta que tem buscado no esporte uma via para o distanciamento das drogas. (Diário de campo, setembro de 2007)

Um jovem mostra os dedos queimados e conta que passou o final de semana no seu “barraco” fumando a “massa” [maconha]. Este era um usuário compulsivo de crack. Durante a oficina, o jovem relata que aprendeu sobre a redução de danos no CAPS e que não faz mais uso do crack, que para ele este “caiu de moda” e que também descobriu que as mulheres não gostam de homem que usa crack... (Diário de campo, Outubro de 2007)

Um senhor, que eu havia visto há muito tempo no CAPS e depois sumido, hoje apareceu. Ele contou que estava trabalhando como pintor em outro município. Declara que é usuário de cocaína e que não pode ter dinheiro na mão, pois gasta toda a quantia comprando a droga. Acrescenta que aprendeu no CAPS a entregar o dinheiro aos cuidados da esposa. Esta tem sido sua estratégia de redução de danos. (Diário de campo, dezembro de 2007)

Quanto aos usuários, menciona uma senhora de quem era muito próxima. Esta lhe dizia que não sentia vontade de beber quando estava em sua companhia. Como estratégia de enfrentamento da vontade de consumir álcool, ela e a outra usuária tomavam café e fumavam cigarro. Outra estratégia era recusar-se a acompanhar um grupo de usuários que chegavam ao CAPS, assinavam a frequência e depois desciam para uma barraca próxima do serviço para consumir bebida alcoólica ou então adentrar em uma área de mato na região para compartilhar do uso de maconha. [...] Aconselhava a amiga a cumprimentar os vizinhos e permanecer em casa. Outra vez a estratégia de evitar o convívio com quem faz uso de álcool é referida como estratégia de redução de danos. (Diário de campo, janeiro de 2008)

Então, eu terei... eu, pra mim, minha vida agora tá se encaminhando pra uma vida normalíssima. Tive três convites recentes pra sair agora no fim do ano, mas não aceitei nenhum dos três, porque [...] em uma casa na beira da praia. Onde tem praia, tem barraca, onde tem barraca, tem bebida e eu não quero ir prá lá. (Entrevista usuário 02)

Muitas narrativas enfatizaram, ainda, o tratamento no CAPSad como uma estratégia para a redução de danos, seja como fator de proteção pelo distanciamento do contexto social que favorece o consumo de álcool e outras drogas, seja pelo suporte terapêutico encontrado que produz reflexão sobre a relação com as drogas e oferece subsídios para as mudanças subjetivas. O acolhimento proporcionado no contexto do serviço quanto à declaração do consumo de álcool durante o final de semana resultava em uma oportunidade de auto-avaliação terapêutica. O constrangimento que muitas vezes acompanha o comportamento de reincidência do consumo podia, então, dar lugar à renovação de credibilidade dos

profissionais quanto ao potencial de mudança do usuário em relação às drogas. Nesta direção, a reflexão de que o consumo da substância psicoativa havia sido realizado em conformidade com a lógica da redução de danos incidia na auto-estima dos sujeitos, ao tempo em que lhe era assinalada a possibilidade da conquista gradativa do autocontrole almejado em relação às drogas consumidas e de minimização dos danos associados a este consumo:

Um rapaz declara ter feito uso de álcool durante o final de semana. Conta que comprou uma “caixa de latão” e começou a beber por volta do meio dia do domingo, “com a desculpa de que ia abrir o apetite”. Tomou todas as latas de cerveja e depois ainda saiu para comprar mais três garrafas. Ao final da tarde, sentia-se mal [...] Hoje, acordou com mal-estar, “a boca tinha gosto de guarda-chuva”. Ao acordar, pensou em “bater uma”, depois resolveu que viria para o CAPS. O profissional intervém e indaga porque ele havia decidido vir para o CAPS, ele responde que para ter a oportunidade de refletir no que havia feito. Considera que tomou as cervejas, não reconheceu o seu limite, passou mal, ficou com a “lomba” [refere-se a sensação causada pela substância] e acabou dormindo “sem curtir”. Agora estava no CAPS para pensar no seu sofrimento – acrescentou em tom de desapontamento. O profissional intervém mais uma vez para lhe dizer que ele havia ficado apenas na cerveja, classificando o seu comportamento como coerente com a redução de danos. Segundo relata-me posteriormente, este rapaz era usuário compulsivo de crack. O profissional diz ao rapaz que se ele tivesse usado o mesmo dinheiro que comprou as cervejas para comprar 4 ou 5 pedras de crack... Uma jovem interrompe para completar a frase: “...o prejuízo teria sido muito maior!” (Diário de campo, outubro de 2007)

A percepção de que o consumo de álcool tem sido acompanhado por diminuição gradativa de sua intensidade e da quantidade da substância ressoava nas narrativas de usuários do serviço como uma condição tão favorável quanto à abstinência:

A oficina foi iniciada com a pergunta sobre o final de semana. Um rapaz respondeu que tomou sua Brahma Fresh nos três dias (sexta, sábado e domingo) para depois acrescentar que o fez com “redução de danos”. Conta que no domingo apenas tomou três garrafas de cerveja no horário do almoço. Parece orgulhoso pela “redução de danos” declarada. Outro rapaz conta que passou o final de semana apenas com uma “bombinha”, referindo-se a uma garrafa de 500 ml de cachaça, que tomou em casa durante o período. [...] Outros usuários responderam ter passado o final de semana bem, o que é atribuído ao fato de não ter feito o consumo de álcool ou outra droga. (Diário de campo, novembro de 2007)

Os discursos e expectativas dos sujeitos em tratamento no CAPSad estudado em torno da abstinência e da redução de danos coexistem no âmbito do serviço sem qualquer conflito ou contradição. Para estes sujeitos, o tratamento oferecido pelo CAPSad encontrava-se orientado pela lógica da redução de danos, sem excluir a perspectiva da abstinência como resultado terapêutico ideal. A demanda que cada usuário formula ao serviço desponta, então,

como norteadora da construção dos projetos terapêuticos individuais, delineando intervenções que ofereçam suporte terapêutico à redução de danos ou à abstinência:

Em relação ao quesito abstinência, um senhor tem uma colocação bem interessante ao declarar que o CAPS trabalha com a redução de danos, mas oferece apoio a quem tem por objetivo a abstinência do álcool, como ele. (Diário de campo, novembro de 2007)

...a questão da redução de danos, de uma forma bem simples, é o quê? É você poder utilizar de algo, independente de ser droga ou não, no caso, aqui, da droga em si, sem que ela lhe cause tantos prejuízos. Eu entendo dessa forma. Seria não fazer o uso tão abusivo. É você compreender que se você tem necessidade de utilizar aquela droga, porque você é uma pessoa insegura ou porque você é tímido ou porque você tem medo... que você a use, porém, poderia até dizer, com uma certa responsabilidade e cautela. Eu... eu entendo dessa forma. Só que, no meu caso, por conta de não estar mais acreditando em mim, naquele momento, eu fiz a... a... digamos assim, eu tentei aliar o sistema do A.A., que é o “Não ao primeiro-gole!” com o suporte psicológico, não só psicológico, do apoio em si das pessoas do CAPS. Eu tentei mediar os dois. Eu... eu acredito que, se eu não tivesse feito a opção de ter entrado na abstinência, eu não... não teria conseguido, não. Não teria conseguido mesmo! Eu ia cair naquele conto novamente do... de só um copinho e, como chegou a época que não era só um copo, era um... às vezes, uma grade de cerveja, de garrafas, que eu bebia durante o dia, eu só parava quando já não me agüentava mais nas pernas e eu achava... eu criava um... um... na minha imaginação, que ainda dava mais um pouco, um pouquinho para beber, quando já tava todo mundo falando que eu já tava caindo, mas eu não me via caindo. (Entrevista usuário 01)

Para uma avaliação do alcance dos resultados terapêuticos produzidos a partir do tratamento no contexto CAPSad Pernambués, depreende-se, a partir das narrativas dos sujeitos da pesquisa, ser necessário partir das expectativas individuais em relação ao tratamento demandado. Entre usuários que receberam alta terapêutica do serviço identificou-se, por exemplo, um rapaz com histórico de consumo compulsivo de crack e que passou a fazer uso de três cigarros de maconha durante o dia – um pela manhã, um à tarde e um à noite. Com este padrão de consumo, declarou ter conseguido reorganizar a sua vida cotidiana, distanciando-se das relações sociais que favoreciam situações de uso compartilhado da substância e buscando o convívio com uma rede social que lhe proporcionava proteção ao consumo de outras drogas. O caso deste usuário pode ser ainda considerado exitoso pela reinserção ao mercado de trabalho. A alta terapêutica foi acompanhada pela retomada das atividades laborativas interrompidas pela dependência do crack. Outro caso de alta terapêutica observado no CAPSad estudado refere-se ao de uma senhora que fazia uso abusivo de álcool há mais de vinte anos e que traçou como meta do tratamento demandado ao serviço a abstinência. Em ambos os casos, os sujeitos atribuem às mudanças promovidas em

suas vidas à possibilidade de re-significação da relação com as drogas a partir do tratamento recebido no CAPSad:

Após beber 22 anos ininterruptamente, a senhora optou pela abstinência. Ela narra que para não ter trabalho de andar pela casa em que mora para pegar a bebida, mantinha uma garrafa de aguardente em casa cômodo da casa. Quando já estava em tratamento e com o objetivo da abstinência chegou a jogar fora umas cinco garrafas de bebida. Descreve cenas em que ficava olhando para a garrafa e lembrando-se do que se discutia nas oficinas quanto ao fato de que se não se dirigisse em direção à garrafa esta permaneceria no mesmo local, não viria até ela. Um rapaz contemporâneo ao tratamento da senhora no CAPS está ao lado escutando nossa conversa e parece lembrar-se daquelas oficinas quando pergunta à senhora: “o que a garrafa lhe dizia?”. Ele mesmo responde: “me bebe, porra!”. A senhora conseguiu ignorar o imperativo da garrafa e disso parece muito se orgulhar. Declara-se “exemplo”. (Diário de campo, janeiro de 2008)

5.2. A família dos sujeitos em tratamento no CAPSad

As narrativas de sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués sobre a sua relação com a família retratam tanto situações de conflito quanto de solidariedade. A percepção de que o consumo de álcool e outras drogas por um integrante da família tornou-se abusivo ou dependente pode ser acompanhado por estigma e preconceito, intensificando conflitos pré-existentes e fragilizando ainda mais as relações familiares. Outra consequência mencionada nestas narrativas refere-se ao constrangimento, sentimento de vergonha do usuário, perante familiares, repercutindo muitas vezes no isolamento e distanciamento do convívio com a família. Em ambas as situações retratadas, a possibilidade da rede de familiares atuar como importante suporte social aos sujeitos em tratamento revelava-se frágil ou comprometida:

Ele [o cunhado] não me via como alcoólatra, minha irmã também não, nunca me viu como alcoólatra. A pessoa que sempre me viu como alcoólatra foi minha mãe e minha companheira. Agora, ouvir dela [a mãe], diretamente, eu nunca ouvi. Mas sempre ela dava aquele sotaque: “Já vai beber?! Não dá pra parar, não?!”. Talvez, até se... eu acho que foi uma forma de eu estar chamando a atenção dela, de: “Olha, como é que eu tô, aqui?!”. Uma atitude meio que infantil. É... “Vem cá, me dá carinho! Me dá atenção!”. Alguma coisa assim! Mas não, pelo contrário, piorou até mais a... a... a relação, porque minha mãe me dava desprezo. (Entrevista usuário 01).

Conversei com [usuário] sobre o seu estado hoje. Ele estava sério, irônico e dizendo que ia parar de ir ao CAPS e que a vida dele era cheia de coisas e que ele estava pensando seriamente em acabar logo com tudo, se entregar às drogas. Não hesitei em lhe perguntar se isso resolveria o seu problema e ele respondeu que não e completou dizendo que, se ele usa a droga, a família não quer saber dele, mas que depois que ele deixou de usar a droga também não o procura, e que agora ele já viu que a família não quer mais saber dele. (Diário de campo, outubro de 2007)

A família toda é católica e eu sou espírita, tenho uma cunhada, irmã de minha mulher, que comanda um centro espírita [...] ...as filhas são espíritas, e ela teve lá conversando comigo. Toda vez que chegava lá, eu ficava até com vergonha, constrangido... dela sentir o cheiro do álcool. (Entrevista usuário 02)

...eu, quando eu trabalhava, minha família sempre gostava de estar na minha casa fazendo festa, já ficava dia de domingo, eu já enchia a geladeira de cerveja por que já sabia que eu ia ter visita, né? Depois que eu comecei a usar drogas, eu caí na decadência, separei da minha mulher por sinal, minha primeira mulher, mãe de meus três filhos, que são por sinal casados hoje, né? Então eu [...] ficava chateado, eu me sentia muito mal, e eu mesmo me afastei da minha família sabe? Eu vou de vez em quando na casa de alguém, mas nunca me sentindo bem, e até hoje eu tô desse jeito, né? Continuo com a mesma coisa porque eu não estou me sentindo em condição de enfrentar a minha família. Eu ainda sinto vergonha deles... [...] ...até com meus filhos, eu... tem seis meses que eu não os vejo. (Entrevista usuário 05)

As reações da família frente à constatação de o consumo de álcool e outras drogas por um de seus membros passou a representar um problema de saúde podem ser as mais diversas, o que, por sua vez, parece estar associado à sua organização e dinâmica interna. Identificaram-se narrativas em que a reação de alguns familiares foi de isolamento e distanciamento e outras que retratam o estreitamento de laços e vínculos familiares com o propósito do enfrentamento da problemática:

...eu vi que minha irmã perguntou assim: “Você aqui tá bebendo muito”. Como se tivesse assim botando pra fora. “É... você quer ir embora pra Bahia? Eu arrumo sua passagem, agora!”. [risos] Eu disse: “Tá certo”. Eu não tava nem... eu não tava nem consciente. Ela chegou: “Eu arrumo sua passagem!”. Aí, comprou minha passagem e já me colocou no carro e me enxotou... (Entrevista usuário 04)

...e com meu pai nunca tive uma relação muito boa não... [silêncio] ...o meu pai era bem afastado, a gente não conversava... [silêncio] ...ele não concordou com a minha separação... era bem afastada a relação com ele, mas por incrível que pareça ele se tornou meu melhor companheiro agora, né? Ele que me levava pra... pras consultas, eu chorava no colo dele... e a gente passou a ter uma relação bem mais próxima, apesar de toda essa coisa ruim que aconteceu, ficou algo de bom, né? A gente se aproximou mais, ele que vem pra reunião de família aqui no CAPS, que minha mãe disse que não queria saber de nada, ai jogou pra cima dele... (Entrevista usuário 06)

Uma das expressões da fragilidade ou da ausência do suporte familiar ao usuário de álcool e outras drogas pode ser remetida à observação de que alguns sujeitos em tratamento no CAPSad estudado encontravam-se residindo sozinho ou em espaço diferenciado e isolado da residência de familiares:

Reside em uma casa sozinho e fala dela como se fosse um “quarto pequeno”. Disse: “Moro sozinho, isolado ao lado da casa em que minha mãe mora com meu irmão”. Repetiu inúmeras vezes que era isolado, demonstrando tristeza, algumas vezes. (Diário de campo, julho de 2007)

Conta-me que mora sozinha em um apartamento no 7º andar. Como não gosta da solidão, não fica em casa, passa para um banho ou dormir apenas. Às vezes tem vontade de sentar-se na janela e jogar-se (idéia suicida). Pergunto-lhe pela família, ela responde que sua família “tem problemas”, saiu de casa quando tinha 14 anos. (Diário de campo, julho de 2007)

Conversamos um pouco sobre a sua família. Ele mora sozinho. Conta que sua irmã o ajuda muito e seus amigos também... (Diário de campo, novembro de 2007)

Eu moro é sozinho, no quartinho lá que pertence ao meu irmão, que tem a casa dele com a família que mora em frente, que mora em frente, um pouco mais abaixo. (Entrevista usuário 04)

A concepção de família apreendida dos discursos dos profissionais do CAPSad estudado revelou-se abrangente, não se restringindo ao critério da consanguinidade ou da convivência em um mesmo espaço social e fazendo sobressair o vínculo e laços de solidariedade entre os sujeitos. Em conformidade com esta concepção, a família no contexto do CAPSad estudado poderia ser representada por familiares próximos, como mãe, pai, irmãos, esposa, mas também por namorado(a) ou amigo a que o sujeito em tratamento estivesse muito vinculado:

...quando a gente diz familiar é aquele que tá próximo, não necessariamente que tenha que ser alguém sanguíneo, digamos, mas, às vezes, pode ser namorado, namorada, esposa, amigo que esteja muito vinculado. Eles são acolhidos, nós temos aqui um formulário de acolhimento pra familiar, para fazer primeira entrevista com familiar... e a participação deles... eles são convidados quando tem alguma atividade, assim... uma ação comunitária, uma festa, a gente sempre convida os familiares para participarem dessas atividades. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

As demandas e necessidades de famílias de sujeitos em tratamento (ou não) no contexto do CAPSad estudado eram acolhidas pela sua equipe multiprofissional. Segundo os profissionais, as intervenções realizadas junto à família apresentavam, entre seus objetivos terapêuticos, desfazer ou desconstruir um certo reforçamento do uso de álcool e outras drogas em situações em que se identificava a resistência ou descrédito de um familiar quanto ao

tratamento demandado pelo usuário e a suas iniciativas pessoais de redução de danos em relação ao consumo de substâncias psicoativas:

Agora assim, enquanto técnica de referência, em algum momento eu chamo a família [...] pro tratamento do paciente; quer dizer, tanto é... como eu poderia dizer?, reforça o uso droga, como muitas vezes não dão apoio; por exemplo, o paciente – isso é muito comum – o paciente alcoolista que ficou, veio pro CAPS, e, aí, na primeira semana, não usou a droga, não usou álcool; aí, chega segunda-feira, vem com a familiar: “E aí, como é que tá?!”. “Essa semana não usou, mas semana que vem com certeza vai usar!”. Então, desconstruir esse reforço do uso da droga! (Entrevista coordenação CAPSad 2)

A relação entre familiares e o sujeito em tratamento despontava, portanto, como um objeto privilegiado de atenção e cuidado no contexto do CAPSad estudado. Em conformidade com o objetivo de implicar e co-responsabilizar este sujeito com o tratamento demandado, as intervenções da equipe nem sempre apresentavam o propósito de estimular a participação da família nas atividades cotidianas do serviço. Nesta direção, argumentava-se, a partir de referências da clínica de atenção a usuários de álcool e outras drogas, quanto à pertinência, em alguns casos, de promover a ruptura de uma certa “*colagem*” entre o usuário e sua família. Este padrão de relação familiar, por sua vez, se expressaria em situações em que a família quer falar pelo usuário, demandar por este e mantê-lo em condição de tutela ou de não emancipação:

...geralmente são as esposas que trazem. Vêm com o marido; aí, tratam esse marido como filho. Então, fala como?! Se coloca como?! Então: “Peraí, a senhora aguarda lá fora que eu vou conversar com ele!”. “Não, minha filha, que ele não consegue falar”. “Ele fala! Depois, se eu não conseguir entender, eu procuro a senhora”. “Não, minha filha, que ele não tem nada, o documento dele tá comigo...”. “Não, me dá o documento dele aí!”. [...] nesse sentido de dar autonomia ao sujeito, que muitas vezes é perdida, principalmente paciente alcoolista, as mulheres fazem muito isso. A gente faz o cartãozinho do CAPS: “Ah, vou levar!...”. “Não, a senhora não vai guardar não, a gente vai dar pra ele! Viu, seu [usuário], já registrou aí, é esse tal horário, tal horário comigo!”. “Como é, dona [técnica]?!”. E a gente explica. E eu deixei ele lá falando com seu familiar; eu quero que ele possa tá falando com ela e não ela falando por ele. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Quando [...] foi saindo, ele começou a se colocar, mas ele não tinha percebido que ele tava se colocando; ele precisava da mãe e continuava falando a mãe com o filho, o que tava precisando naquele momento é justamente separar e ele estava falando. Eu sei também que tá dentro daquele momento [...] o familiar, você tá reforçando a colagem; então, assim, reproduzindo isso, então normalmente você tinha um... é... chama o irmão, já aconselha chamar um amigo. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Não! É... a princípio, é... minha companheira tentou vir, mas... não, não... acho que... ela, ela tentou vir, mas acho que com o intuito de... não sei se era bem pra ajudar, mas pra saber o

que é que ocorria, até pra me vigiar. Não sei bem explicar o porquê. Tanto que ela não conseguiu, ela não teve êxito na atitude dela. Ela foi atendida, recebida algumas vezes. Os psicólogos acharam que seria melhor que ela não participasse. E foi mais ou menos isso. (Entrevista usuário 01)

No que diz respeito ao cuidado do usuário abusivo e/ou dependente de álcool e outras drogas no contexto da família, identificou-se que as estratégias adotadas, a princípio, contemplam a interdição, a proibição, o confinamento deste sujeito por sua família, com a finalidade de evitar o contato com as substâncias psicoativas ou com as circunstâncias que podem favorecer o seu consumo. Apesar do grande esforço depreendido, os limites do alcance destas estratégias de cuidado eram percebidos pelos familiares participantes da pesquisa, o que precipitava, por conseguinte, sentimentos de desesperança, frustração e grande sofrimento mental.

A expectativa da família em torno da abstinência do consumo de álcool e outras drogas pode ser acompanhada de certa desconfiança e mesmo resistência quanto à proposta terapêutica do CAPSad orientada pela lógica da abordagem de redução de danos. O processo de vinculação da família e de construção de relação de confiança com o serviço e sua equipe mostrou-se muitas vezes perpassado pela conquista da compreensão de que toda intervenção terapêutica apenas pode produzir resultados efetivos ao implicar o usuário de álcool e outras drogas, com a problematização de sua relação com as drogas e formulação uma demanda por tratamento:

A senhora passa a contar sobre o filho que é ex-usuário do CAPSad. Ela conta que no mês de agosto levou o filho para ser internado em uma comunidade terapêutica em outro Estado. Ele conseguiu sair antes do período previsto e vendeu tudo o que tinha – uma mala com roupas e outros objetos – para comprar e consumir cocaína. Depois ele retornou para Salvador e ela o deixou na rua. Tem um ar de cansaço e desesperança. (Diário de campo, outubro de 2007)

Então, o CAPS ... a [técnica], que é a técnica dele, que vem há muitos anos acompanhando ele... e uma coisa também assim que o CAPS propunha. [...] o contrário é que o usuário não pode entrar em contato com o primeiro gole, com o primeiro cigarro, não pode. E aqui, o pessoal pensa o contrário, e eu não conseguia botar isso na minha cabeça. Então, eu proibia ele, proibia de sair, trancava a porta, essas coisas... Quando eu estava contribuindo... eu vim descobrir que a gente realmente quando faz isso contribui. E que é essa idéia: ele veio diminuindo, diminuindo, diminuindo, através de uma consciência de que aquilo realmente está prejudicando ele... [...] Só ele mesmo que pode e eu só posso contribuir assim. É um ganho ajudando. É o inverso do que eu imaginava. Foi a saúde que eu encontrei aqui e não abro mão, tô aqui...”. (Grupo Focal Familiares)

Segundo se depreende das narrativas de usuários e familiares assistidos no CAPSad Pernambués, o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas no contexto da família pode ser acompanhado por um estado permanente de *desconfiança*, o qual muitas vezes associa-se a uma atitude de vigilância em relação ao comportamento do usuário. Em consequência da desconfiança e das práticas de vigilância instituídas no âmbito das relações familiares, a vida do agente de cuidado torna-se muito frequentemente marcada por uma sobrecarga acarretada pela atenção contínua e por sofrimentos físicos e psíquicos correlatos:

A senhora que aguardava há mais tempo, contou que o filho freqüenta o serviço há pouco mais de um mês, indo ao CAPS às quartas-feiras, quando passa o dia todo participando das atividades. A mãe conta que fica com ele no CAPS aguardando o dia inteiro, pois não confia ainda nele vir sozinho. (Diário de campo, junho de 2007)

Solicitada a mencionar um sentimento na relação com o seu familiar, a senhora responde que já sentiu revolta, hoje se sente consciente de que o consumo de drogas pode atingir a qualquer um. Responde que não sente uma sobrecarga por ter que cuidar do filho, mas logo em seguida menciona que deixa de sair para se divertir ou passar um tempo na casa de parentes porque receia deixar o filho sozinho. (Diário de campo, agosto de 2007)

Ao final da entrevista, já com o gravador desligado, ela me diz que há uma coisa sobre a qual não falou e que considera ser muito difícil de enfrentar: o preconceito. Na família, diz perceber que os olhares que se dirigem a ela são sempre de desconfiança. A jovem tem um bar em casa, onde comercializa, entre outros produtos, bebidas alcoólicas. Conta que toda vez que abre a geladeira, percebe um olhar de desconfiança por parte da família, como se ela pudesse pegar de alguma bebida para fazer uso. (Diário de campo, dezembro de 2007)

E aí, eu passei a fazer o tratamento aqui, mesmo com toda a descrença da minha família, com uns olhares que... é de um, de um ser incapaz. Que eu cheguei a perguntar em casa, pra minha companheira, o que é que ela achava de eu ter tomado essa iniciativa de vir. Aí, ela me respondeu que ela não acreditava mais em mim. (Entrevista usuário 01)

...aí entramos num acordo de eu ir pra casa finais de semana, meu pai me liberar finais de semana pra ir pra casa, que eu não podia sair sozinha, ele me levava no CAPS, me trazia do CAPS... aí com a ajuda do pessoal do CAPS ele começou a ser mais flexível... (Entrevista usuário 06)

Para os familiares que assumem o papel de principal agente de cuidado do usuário abusivo e/ou dependente de álcool e outras drogas, a necessidade de atenção à própria saúde evidencia-se em narrativas que expressam abnegação e intenso sofrimento psíquico:

Eles caminham comigo pra igreja, que eu sou católica e eles moram comigo, porque eu insisto muito no tratamento pra eles. E cuido deles... que minha mãe, às vezes, dizia: “Você

não deixe de estudar! Eu gosto que você estude, mas eu parei de estudar para cuidar deles, porque eu já estou ficando numa situação e não acerto nada pra eles; e não sei como acertar o tratamento pra eles. Então, você é quem sabe fazer tudo isso!”. Então, [...] eu continuo nessa vida! Entendeu?! [...] O que aconteceu foi isso, ficaram em minha casa [referindo-se aos irmãos mais novos que cuida]. Agora, está mais fácil para eu cuidar porque está bem próximo, estão comigo. Então, onde vou, eu levo eles, levo para a igreja... Ele mesmo já veio aqui comigo, que eu disse: “Rapaz, você não tem ido mais ao CAPS?! Vamos!”. Aí, um dia de quinta-feira, eu vim pra reunião, mas não houve a reunião; mas aí, houve oportunidade de conversar com [a técnica de referência]. Aí, ela reclamou e ele e passou para o acolhimento. Amanhã é dia dele vir aqui pra o acolhimento... (Grupo Focal Familiares)

Ele melhorou bem da bebida, mas eu vivia... eu achava que aquilo ali era um absurdo para mim, eu vivia de uma maneira que eu fiquei mais triste que ele, porque eu tentei o suicídio, eu brigava com os donos de bares, eu brigava com as pessoas, eu não dormia, eu não comia, eu tinha uma vida totalmente apagada, aí quando foi um dia eu disse assim... ele começou a usar o remédio para dormir e o álcool, juntava as duas drogas; aí, ele ficou muito violento. Eu estive aqui [referindo-se ao CAPSad] para conversar com a doutora [...], que eu especialmente agradeço a ela e a doutora [...], que não desse mais o remédio pra ele, o medicamento, porque estava destruindo a minha vida e ele ia me matar. (Grupo Focal Familiares)

...que a gente também tá totalmente doente. Como você disse, se torna co-dependente. Eu não tinha nenhum problema até há pouco tempo atrás, isso começou há seis anos atrás com minha filha [...] e agora que a gente vê que também a gente precisa se tratar e como a gente se compromete, como a gente tem problemas físicos, como isso, estomatites... e isso vai se refletindo em tudo, na vida profissional, na vida amorosa, tudo se compromete. (Grupo Focal Familiares)

As demandas expressas por familiares participantes da pesquisa reportaram-se ao próprio serviço, à atenção do usuário em situação de crise e ao cuidado à família. Com relação ao serviço, as demandas assinalaram a necessidade de adequação do espaço físico de funcionamento do CAPSad estudado, fortalecimento das estratégias de divulgação do serviço e a criação de novos CAPS de mesma modalidade no município de Salvador:

Eu aumentaria mais e divulgaria mais... (Grupo Focal Familiares)

É a divulgação e criar outros em vários bairros [...] Que às vezes as pessoas têm dificuldade de atravessar de um bairro pra outro... [...] e tem pessoas que moram bem mais longe, que eu moro aqui pertinho... (Grupo Focal Familiares)

Quanto à atenção ao usuário em situação de crise, as demandas contemplaram principalmente a criação de espaços de internamento, sem caracterizar tal procedimento como *confinamento*, a exemplo do modelo centrado na internação em hospital psiquiátrico ou

comunidade terapêutica. Estas considerações tecidas por familiares remetem para a proposta do CAPS de modalidade III, um dispositivo da rede de serviços substitutivos de saúde mental com funcionamento 24 horas e infraestrutura para o acolhimento noturno e internações curtas (de algumas horas ao máximo de sete dias), ainda inexistente no município de Salvador:

E uma coisa também no sentido assim... não tem um local, que eu acho que já se poderia criar um local pra necessidade de internamento. Às vezes, tá no auge da coisa. Às vezes, eu vejo pessoas aqui, entende?, desesperadas: “Não sei mais o que fazer, eu vou sair de casa, eu vou me embora, não tem internamento pro meu filho...”. Eles indicam [...] porque o internamento, o dependente tem que viver, mas às vezes ele quer, mas não tem a opção. (Grupo Focal Familiares)

O que eu tô falando... o que eu tô não é o confinamento, mas é realmente um espaço onde, quando chega assim no auge, entendeu? “Bem, eu vou pro CAPS!” e passa uma semana ou duas, enquanto ele... entende?! Porque meu filho sentiu falta disso. Ele não queria ir para [comunidade terapêutica], não queria ir pra nenhuma... Como aqui não tem, então, só aquele momento... (Grupo Focal Familiares)

As demandas de atenção às famílias, por sua vez, envolveram não apenas a assistência à saúde. O envolvimento de alguns sujeitos em tratamento com dívidas ou o tráfico de drogas pode representar séria ameaça a sua integridade física, bem como a de suas famílias. Esta questão em sua complexidade se fez contemplada nas narrativas de usuários e familiares assistidos pelo serviço, os quais problematizaram as possibilidades e os limites de intervenção do serviço:

...como no caso de [um familiar] e no caso de [outro familiar], que nunca mais apareceu; é estar sofrendo ameaças e eu queria saber como o CAPS poderia se comportar, ajudar esse pessoal, porque é muito duro, o traficante realmente ele mata, ele ameaça seriamente; as pessoas veem as coisas dentro de casa, rouba pra vender também; aí, eu queria saber, porque eu não sei se tem um controle... queria saber se o CAPS ajuda essa questão de segurança do familiar de dependente. (Grupo Focal Familiares)

Ao final da oficina, [...] veio falar comigo que teve contato com seu pai nesses dias. Contou-me que seu pai apanhou depois de ter jogado a moto em cima de uns traficantes e que ele foi resolver o problema conversando com as duas partes, que ele já conhecia. (Diário de campo, setembro de 2007)

As intervenções dirigidas à família no contexto do CAPSad Pernambués mostraram-se orientadas por duas perspectivas distintas, ainda que complementares: a família como agente de cuidados do usuário abusivo e/ou dependente de álcool e outras drogas e a família como objeto de cuidado terapêutico da equipe multiprofissional. Em ambas as circunstâncias,

a atenção à família no contexto do serviço era proporcionada independentemente da frequência do usuário ao tratamento: não era necessário que o usuário estivesse inscrito ou freqüentando ao serviço para que o seu familiar fosse orientado ou assistido pela instituição. As atividades voltadas para atenção à família no CAPSad Pernambués abrangiam o acolhimento, o atendimento individual, o grupo de família, além da participação em intervenções comunitárias e comemorativas:

...a família é o cliente também, ela pode vir sozinha ou com o usuário. A gente, quando o usuário vem, a gente respeita o desejo dele de que a família participe ou não do tratamento. E se ele faculta isso, a gente atende a família, escuta e aí encaminha [...] essa família vai ter um atendimento focado, individualizado, se vai participar do grupo de família. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

O trato é porque ele não vem, mas chega em sofrimento e a gente acolhe e atende essa família, que mesmo que o usuário não faça o tratamento. Então não é condição da família se tratar só se o usuário tiver, a gente trata a família como o paciente de sempre... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

...toda família que chega aqui, ela é acolhida. É... Eu vejo que a família é acolhida desde que exista uma demanda para isso. Uma demanda. Mas, a gente oferece, assim, um espaço de tratamento a esse familiar, independente do usuário vir ou não. Então, pode ser que esse familiar venha e peça ajuda para o sofrimento dela. Então, a oferta nossa pra que... de escuta pra esse familiar que, também, sofre, que é um paciente, também. Então, a gente tem essa... essa conduta, aqui, de oferecer no CAPS o grupo de família ou, em alguns casos, de... é... também, atendimento individual. (Grupo Focal Profissionais)

...existe um grupo de famílias, um grupo de familiares coordenado por uma terapeuta de família que é psicóloga e assistente social [...] e uma terapeuta de família que é arte-terapeuta [...] Esse grupo acontece toda quinta-feira de manhã. Mas, assim, é um grupo em que a família traz as questões dela. Então, não é Maria que fala do Francisco que fuma maconha todo dia. Não! Como é pra Maria ter Francisco que fuma todo dia? Como é que se sente? Angústia, medo, ansiedade, raiva, ela fala sobre isso. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

... aqui é acolhido tanto o paciente como o familiar. Inclusive, nós temos um familiar que o paciente não faz tratamento, porém o familiar está. Então, o que se oferece pra família é grupo, grupo de família [...] A participação da família é dentro do tratamento, que nós achamos assim que é importantíssimo que a família se trate. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Eles são acolhidos, nós temos aqui um formulário de acolhimento pra familiar, para fazer primeira entrevista com familiar... e a participação deles, eles são convidados quando tem alguma atividade assim, uma ação comunitária, uma festa, a gente sempre convida os familiares para participarem dessas atividades. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

As narrativas de alguns familiares, por sua vez, retrataram o significado do acolhimento e do cuidado proporcionados no contexto do CAPSad Pernambués. Ressaltou-se, em especial, a importância de um espaço em que era possível abordar com liberdade e livre de julgamentos morais a experiência do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas por um integrante da família. Este significado pode ser dimensionando diante da declaração de alguns sujeitos da pesquisa de que o assunto constituía um tabu ou segredo de família. A possibilidade de compartilhar experiências, de construir redes sociais de solidariedade a partir do encontro com outros familiares e de re-significar a relação estabelecida com o familiar usuário de álcool e outras drogas encontravam-se entre os resultados terapêuticos atribuídos aos cuidados recebidos no serviço:

Eu... com meu irmão, ele iniciou aqui o acolhimento há nove meses e eu participei a partir de junho... participar do grupo foi realmente, para mim, uma oportunidade de ter um espaço pra tratar deste assunto, onde eu pudesse me separar da situação, viver as minhas emoções, os meus sentimentos, as coisas que afetam a mim como pessoa, porque eu estava num emaranhado, numa simbiose, num desespero em que eu não sabia separar nada. E aqui eu consegui fazer essa separação... e com essa separação houve realmente resultados positivos em relação a ele, porque eu passei a viver a minha vida e deixar que ele vivesse a vida dele, a escolha dele. (Grupo Focal Familiares)

E esse grupo de família aqui nos ajuda muito, muito, muito mesmo. Acho que foi na semana passada que eu tava falando que, quando você lida com a droga mesmo, ele corrói... você lutando com alguém drogado, lhe corrói muito. Então, você perde o estímulo também, você ver assim... eu tava falando na semana passada que, às vezes, você não quer nem arrumar o seu cabelo, não quer pintar a sua unha, não quer vestir uma roupa melhorzinha [...] E aí esse grupo nos ajuda muito uns aos outros. Desse tempo que eu tô... uns dois meses pra cá, eu vejo que tem pessoas que já se arruma melhorzinho por causa do grupo, então tudo vai ajudando. Nós temos aqui uma menina... mas hoje ela não veio... [...] eu tenho notado que [ela] tem melhorado um pouquinho; ao menos no grupo, ela tem melhorado. Então, uma vai fortalecendo a outra... os outros que querem mudar... (Grupo Focal Familiares)

E também o que eu fico olhando aqui no CAPS é que quando chegamos aqui, chegamos mesmo arrasado! Às vezes, quando chega... a pessoa quando chega aqui pra primeira reunião ela bota tudo pra fora, porque isso aqui é um lugar fechado. Você não pode contar uma situação de seu filho ou qualquer outra que esteja passando na família, que seu filho é usuário de drogas, você não vai ficar com vizinho, contar... você tem vergonha, você tem vergonha! Você tem vergonha até de sua própria família [...] Então você fica muito envergonhado, você fica assim... como as pessoas vão olhar para o seu filho também, como eles vão entender [...] Então, aqui a gente bota tudo pra fora, isso é confiança! E isso é muito bom. Já pensou você querendo se abrir, ali abafada mesmo e não pode falar?! (Grupo Focal Familiares)

Entre familiares que participavam do Grupo de Família no CAPSad estudado, observou-se, entre outros sentimentos, a reconquista da credibilidade em relação ao usuário

em tratamento. Este sentimento associava-se à disponibilidade em compreender o consumo abusivo e dependência de álcool e outras drogas sob uma perspectiva de saúde e não meramente moralista. A atenção a estas famílias propiciava, por conseguinte, o desenvolvimento de estratégias de cuidado orientadas pela lógica da redução de danos e a conquista de autonomia dos sujeitos.

Ainda que algumas práticas de cuidado no contexto do CAPSad Pernambués assumissem a família como objeto de cuidado terapêutico, observou-se uma participação pontual e restrita destes sujeitos nas atividades e no cotidiano do serviço. Em alguns casos, esta participação restringia-se ao momento de acolhimento e inscrição do usuário no serviço. Em outros, a relação do usuário com a família encontrava-se tão fragilizada ou mesmo o laço com esta já havia sido rompido em consequência do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, que esta não comparecia ao serviço mesmo quando contatos eram feitos pela equipe com o propósito de agendar uma ida ao serviço. Identificaram-se, ainda, casos em que a família não tinha conhecimento de que o usuário freqüentava o CAPSad ou em que esta informação restringia-se a um ou poucos familiares específicos:

Em relação ao preconceito, ela refere que o maior preconceito foi da família. A sua família não frequenta o CAPS, a única pessoa que já esteve no serviço e foi atendida pela sua Técnica de Referência foi a sua companheira... (Diário de campo, maio de 2007)

A relação com a família foi afetada. Atualmente, ele não tem um convívio com os três filhos, já casados. Visita-os esporadicamente. [...] ...considera que a equipe do CAPS não influenciou em sua reintegração. A sua família nunca esteve no CAPS. (Diário de campo, maio de 2007)

...minha família mora no interior. Esse irmão meu nunca teve aqui. (Entrevista usuário 04)

Para além destas questões que remontam para a dinâmica das relações familiares de sujeitos em tratamento no contexto do CAPSad, a equipe multiprofissional expôs como justificativa para esta participação pontual e restrita das famílias nas atividades e cotidiano do serviço a necessidade de ruptura de relações simbióticas entre familiar-usuário e assim fazer emergir o *sujeito familiar*:

Tem o grupo. Mas, é bem pontual a presença da família aqui na instituição. É uma presença mais pontual mesmo, para o atendimento grupal, para o atendimento individual! A família não vivencia isso... essa... dinâmica institucional. (Grupo Focal Profissionais)

Então, é... esses familiares têm... é fundamental que ele se trate, que ele tenha o seu momento, mas, o nosso tratamento, aqui, é em função, também, de ter é... que esse familiar, também, apareça. Porque quando ele chega ele tá colado, como se fosse um só, o familiar e o usuário. Entendeu?! Então, é... esse é um trabalho da gente, assim, constante, com esse familiar. Fazer emergir esse sujeito, também, esse sujeito familiar, que tá absolutamente colado com o usuário. Então, é bem diferente, por exemplo, o trabalho com família é... de um portador de transtorno mental! Bem diferente! Então, o familiar, também, ele, clinicamente, ele não deve tá aqui, também, por um tempo além do que esse que a gente oferece. (Grupo Focal Profissionais)

5.3. Redes de solidariedade e conflito

As relações sociais estabelecidas pelos sujeitos em tratamento sejam no contexto do serviço ou comunitário podem resultar na configuração de redes de solidariedade ou de conflito. Por um lado, estas relações sociais podem representar importante suporte social a estes sujeitos, oferecendo-lhe apoio no processo de busca de ajuda, tratamento e reinserção social. Estas relações funcionam como fator de proteção à exposição e/ou consumo de álcool e outras drogas e de promoção ou fortalecimento das estratégias pessoais de redução de danos relacionados a este consumo. Em outra vertente, as relações sociais podem caracterizar redes de conflito, representando ou reforçando fatores de vulnerabilidade psicossociais:

E tava usando muito mais quando eu tava com [...] meu namorado, meu ex-namorado, e ele era a fonte, né? Ele que ia na boca comprar, tal, e quando eu penso que terminando com ele que eu ia me livrar disso, que eu não tenho coragem de ir na boca comprar, nem sei onde é que vende, aparece uma vizinha que também usa. [...] Ela usa maconha com o marido, tal, e usa crack, usava crack com a marido, mas o marido parou e não quer que ela use também, então ela usa escondido... aí ela arruma um jeito de mandar alguém, o motoboy buscar... porque se não tiver alguém pra ir buscar, eu não uso, alguém para ir pegar. E ela tem os meios, ela dá um jeito de ligar pra alguém pegar, ela liga pro motoboy, vai com o motoboy, pega e traz. (Entrevista usuário 06)

Quanto às relações sociais estabelecidas entre usuários no contexto do serviço, observou-se que estas eram muitas vezes permeadas pelo tipo de substância psicoativa de consumo. Os usuários de álcool distinguiam-se, em certa medida, daqueles que faziam uso de outras drogas. Outra particularidade observada quanto à relação entre estes sujeitos referia-se à condição de *usuários antigos*, em tratamento no serviço por um período relativamente longo, e *usuários novos*, aqueles recém admitidos na instituição. Pressupõe-se que estes aspectos possam concorrer para o estabelecimento de relações de poder entre os sujeitos em tratamento no serviço e para a conformação de redes de solidariedade ou de conflito entre eles.

As redes de solidariedade no contexto do CAPSad estudado apresentam-se, por sua vez, bastante ambíguas. Nesta perspectiva, podem resultar tanto em relações de apoio mútuo no sentido da adesão ao projeto terapêutico quanto na conformação de parcerias para a obtenção e consumo compartilhado de álcool e outras drogas:

A oficina terminou, os usuários então se deslocaram para a parte externa do CAPS. Lá fora, conversavam. Eles se conhecem, cumprimentam uns aos outros pelo nome, com apertos de mão, fazem perguntas sobre assunto da vida pessoal. [...] Neste momento do intervalo, alguns usuários fumavam e eu pude observar o compartilhamento do cigarro entre eles. (Diário de campo, maio de 2007)

...tenho observado que estes [três] usuários circulam pelo serviço sem participar efetivamente das oficinas (ou estão ausentes, ou deixam a mesma na metade sem retornar). Um profissional relatou-me que estes usuários andam sempre juntos e participam da “saidinha” do CAPS, articulando com outros usuários o consumo de drogas fora do serviço. (Diário de campo, novembro de 2007)

De acordo com narrativas de sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués, o consumo abusivo de álcool e outras drogas incide em suas relações sociais, acarretando por vezes situações de conflito e/ou de distanciamento entre o usuário e as pessoas de sua rede social que não fazem mesmo tipo de consumo. Um dos sujeitos entrevistados relatou a respeito da sua intenção em preservar algumas relações de amizade dos efeitos adversos da dependência de álcool e outras drogas. Sua estratégia incluía o afastamento do contexto comunitário em que vivia. Assim, esperava proteger-se também do estigma e poder restabelecer as antigas relações de amizade quando de sua melhora:

As pessoas sempre me respeitavam, quer dizer até hoje eles me respeitam, que tem uma coisa que eu fiz nessa decadência minha, que hoje eu acho que foi uma sabedoria da minha parte. Porque eu me afastei de alguns amigos meus, de algumas pessoas, de alguns lugares, esses lugares que eu convivi [...] Então eles não estão sabendo dessa minha situação, e no meu retorno eu vou ser aceito do mesmo jeito que eu era antes, sabe? Eu quero, eu já encontrei algumas pessoas na rua assim: “Oh, rapaz, me disseram que você tava na França, que você viajou por não sei aonde...”, sabe? Por quê? Porque geralmente rastafáris e artistas do Centro Histórico estão sempre indo para Europa, pra tudo quanto é lugar, né? E eu me senti bem com isso. (Entrevista usuário 05)

Sobre as transformações das relações sociais atribuídas ao consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, a narrativa deste mesmo sujeito aponta para a situação de marginalização e exclusão social:

...vivendo essa vida que é diferente [...] hoje eu convivo com quem? Com povo de rua, com os pobres, quer dizer, pessoas que eu achava, chamava de mendigo também, né? Por isso que existe essa diferença. Antes eu convivia com os ricos, hoje eu convivo com os pobres. (Entrevista usuário 05)

A rede de suporte social à família de usuários de álcool e outras drogas revelou-se restrita em muitos relatos. Em virtude da complexidade da problemática do consumo abusivo e/ou dependência de drogas, particularmente as de natureza ilícita, esta rede conta com o suporte de alguns poucos familiares, em geral aqueles de convivência mais estreita ou de relação afetiva mais intensa com o usuário. Apesar desta característica, os familiares participantes da pesquisa ressaltaram a importância desta limitada rede de suporte e solidariedade para o cuidado ao usuário e aos demais membros da família:

Aí, minha mãe faleceu, ficou minha irmã sofrendo com as coisas que ele [usuário] tem feito. Tudo de dentro de casa ele levou. Eu tô tentando até repor para poder ressarcir minha irmã destas coisas, mas ele continua a fazer. Até da última vez que ele levou o bujão de gás que fazia a comida da própria filha dele... que ainda tem lá a mulher e uma filha... ainda levou um engradado de cerveja e tudo [...] Mesmo assim, passaram dois dias, ele foi lá, ela deu comida a ele, mandou ele tomar banho, disse que ele tava muito mau cheiroso, ele saiu de novo. Aí, eu conversando com ela: “Mas esta situação não pode continuar...”. “Mas, meu irmão, ele...”. “Não quero saber, tem que sair daqui!”. Aí, ela foi conversando comigo, conversando... Aí, eu disse: “É, já que você quer assim, é problema seu, também não vou dar mais nada!”. Mas por dentro... eu continuo a dar, como eu dou até hoje, sempre ajudo minha irmã. Até que ele chegou num ponto de pedir... quer dizer, a partir do momento também que eu endureci mais, ela sentiu mesmo que eu ia fazer e ele também, aí depois de passar mais dois meses fora de casa, ele voltou já pedindo essa ajuda. Mas ela realmente... é a única que... tanto ela como a minha atual esposa também dá muito força... (Grupo Focal Familiares)

No que concerne às relações amorosas, identificou-se que estas podem configurar-se como importante rede de solidariedade e de suporte social, desempenhando importante papel no tratamento, recuperação e reinserção social de usuários assistidos no CAPSad. Todavia, estas relações também podem configurar redes de conflito. Diante destas possibilidades, observou-se que as relações amorosas de usuários em atendimento no serviço constituíam-se em objeto de atenção da equipe multiprofissional. As ressalvas de profissionais quanto às situações de namoro entre usuários em tratamento no serviço eram justificadas pela repercussão que relações tão próximas e de intimidade poderiam acarretar ao consumo de álcool e outras drogas. Os relatos de alguns usuários acerca de suas relações amorosas conferem certa coerência à abordagem do serviço. Em algumas narrativas, um parceiro ou companheiro figura como aquele que lhe apresenta determinada droga, ou aquele que tem

maior facilidade de obtê-la – buscá-la na boca de fumo, por exemplo – ou aquele com quem o consumo é compartilhado. Nestas mesmas narrativas, estas relações amorosas eram por vezes descritas como fator que dificultava a adesão ao tratamento e que precipitava episódios de recaída ou situações caracterizadas como crise. Por estas razões, as relações amorosas dos usuários, seja com outro usuário do serviço ou com outra pessoa de sua rede social, constituíam-se, por vezes, objeto de intervenção de profissionais do CAPSad estudado:

...contou-me que está passando por muitas situações difíceis, que deseja parar de usar droga, mas que como a sua vida está ele não consegue. Acrescenta que mora com a companheira e que esta não quer deixar de usar drogas (pelo que eu pude perceber do seu diálogo, trata-se do álcool, da maconha e do crack). Considera que, se não se afastar dela, vai continuar usando droga e que isso não vai lhe fazer bem. (Diário de campo, outubro de 2007)

...ela começou a me contar em relação ao assédio que tem sofrido por ser uma das poucas mulheres que frequenta ao CAPS. Disse-me que está sendo assediada por todos os usuários e [...] que já namorou com alguns... [...] já morou dois anos com outro usuário do CAPS. Contou que foi com ele que ela começou a usar o crack. (Diário de campo, novembro de 2007)

A atenção às relações familiares e relações amorosas pode ser ainda estendida a outras pessoas significativas da rede social do usuário. De acordo com o discurso de profissionais, esta abordagem orienta-se para o fortalecimento dos fatores de proteção e para a minimização de fatores de vulnerabilidade ao consumo de álcool e outras drogas:

Porque um paciente meu, esse mesmo paciente meu, ele: “Ah, [técnica], que nada, eu sou jovem, eu tenho 18 anos, eu quero fumar maconha mesmo, só quero que você me ensine a fumar maconha”. Eu disse: “Venha cá, como é que você fuma maconha? Você tem dinheiro, você trabalha, você faz o quê?!”. “Tem um camarada meu que me dá!”. “Ele fuma maconha também?”. “Fuma? Manda ele vir conversar aqui comigo!” (Entrevista coordenação CAPSad 2)

5.4. Desafios para a promoção da inclusão social

*Eu espero ser uma pessoa ressuscitada,
que volte a viver como uma pessoa,
como um cidadão normal...*

Usuário CAPSad Pernambués

A condição socioeconômica de muitos sujeitos em tratamento no CAPSad evidencia sua exclusão social: parte deles são moradores de rua, são mal vestidos, têm precárias condições de higiene, têm dificuldades para freqüentar o serviço ou buscam a este não pelo tratamento mas por demandas de cunho social diversas (alimentação, vale transporte, banho, etc...), não portam documentos civis de identificação pessoal (certidão de nascimento, carteira de identidade, carteira de trabalho, etc), apresentam baixo nível de escolaridade, encontram-se em situação de desemprego ou desempenham trabalhos informais precários, não dispõem de um território com recursos de lazer e de trabalho, não se organizam politicamente para reivindicar seus direitos de cidadania e muito menos os conhecem. Em alguns casos, o consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas concorreu para acentuar a condição de exclusão social destes sujeitos:

Mas assim é a população que a gente lida: é uma população que tem alguns moradores de rua; é uma população que se veste mal por causa de suas condições mesmo de vida. Que a gente não vai deixar de atender por conta disso... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Trabalhava como cozinheiro e tinha dois imóveis. Perdeu o emprego, uma das casas ficou com os filhos. A outra ele vendeu e o dinheiro obtido com a venda foi gasto com o consumo de drogas. Sem ter onde morar, passou a viver nas ruas... (Diário de campo, maio 2007)

Conta que em sua rua não há calçamento, nem saneamento, com o esgoto correndo a céu aberto. Também não há energia elétrica. Sem iluminação pública, a sua rua fica muito escura à noite. (Diário de campo, julho de 2007)

O jovem tem as roupas sujas e rasgadas, usa sandálias havaianas, um pé diferente do outro, os dentes estão cariados. Parece-me em situação de muita pobreza. (Diário de campo, outubro de 2007)

Para aqueles sujeitos que vivem ou já se encontraram em situação de morador de rua, a experiência foi retratada como abandono. A rua expõe à violência, à fome, às drogas. Neste contexto de vida marcado pela adversidade e pela exclusão social, a cidadania parece ser uma

condição distante ou mesma desconhecida. Diante do quadro de exclusão social, as demandas formuladas por estes sujeitos e endereçadas ao serviço podem ser traduzidas em demanda por escuta atenciosa e respeitosa, por encaminhamento para instituição de abrigo como estratégia de saída das ruas, por encaminhamento para retirada de documentos pessoais, por alimentos, entre outras formas de expressão de necessidades sociais:

...bem, na rua... eu não gosto da rua, porque eu já vivi na rua, já fui, já fui roubado, espancado, sabe? E você tá sempre encontrando drogas, bebida, você não pode tá confiando em ninguém, você não pode ter uma sandália nova que alguém leva, é... é horrível! Não suporto a rua... (Entrevista usuário 05)

Enquanto distribuía preservativos, um jovem me disse que seu aniversário tinha sido na véspera. Estendo-lhe a mão e desejo-lhe feliz aniversário. Os seus dois companheiros sorriem para mim. Fico tocada pensando no significado dos pequenos gestos para quem tem tão pouco na vida. Enfim, posso dizer que o trabalho na rua mobiliza, desconcerta, constrange e ao mesmo tempo gratifica. (Diário de campo, fevereiro de 2008)

A história familiar do adolescente (16 anos) parece ainda ter muitas lacunas para a equipe. Sabe-se que ele ainda mantém um vínculo com a mãe, que é usuária de crack, e tem uma filha de dois anos, a qual mora com a mãe da criança. O adolescente está em situação de rua há cerca de dois anos, ainda não está muito claro para a equipe os fatores que contribuíram para sua opção pelas ruas. Ele revelou cometer pequenos furtos e pedir dinheiro na rua a fim de assegurar sua sobrevivência. De acordo a profissional que tem o atendido, o adolescente teria demandado sair das ruas. Esta é uma questão que encontra limites na rede de atenção à criança e ao adolescente existente no município, que conta com ausência de uma instituição que abrigue adolescentes de sua faixa etária. (Diário de campo, março de 2008)

Um menino com idade aproximada de 10 anos pede-me dinheiro para comprar algo para comer, pois há dois dias não se alimenta e sente fome. Tenho a impressão de que mora na rua, tento conversar com ele, que é evasivo nas respostas. Digo-lhe que logo mais haverá distribuição de sopa e lanche na praça, ao que ele me diz que não acontecerá por ser segunda-feira. Tempo depois, ele volta a me falar da fome e de que o carro que distribui a sopa não havia chegado. Outras pessoas da equipe são abordadas pelo menino com o mesmo objetivo. Quando escuto que um carro estacionou na praça para distribuir alimentos, chamo o menino e lhe aponto a direção do carro. Ele deixa a atividade e sai correndo para obter algum alimento. Meu coração neste instante se enche de alívio. Quando ele retorna, traz uma sacola cheia de pão. Volta a participar da atividade realizada com um grupo de crianças. Então, confia-me a sua sacola de pão, pedindo-me para que eu a segure enquanto ele brinca, com a recomendação de que eu não a entregue a ninguém. Apesar da recomendação, não há necessariamente um egoísmo. Uma criança de três anos chorava por não ter conseguido um pedaço de pão. Uma profissional intervém pedindo ao menino maior um pão para a criança menor, ao que ele atende sem hesitação. Nesta realidade da rua a fome é sem dúvida a cena que mais dói. (Diário de campo, março de 2008)

Algumas narrativas salientam que a condição de exclusão social produz muitos constrangimentos entre os sujeitos:

Conta que certa vez, quando ainda vivia nas ruas, arrumava os papelões ao acordar quando uma pessoa conhecida passou de carro e o reconheceu, chamou por ele e perguntou o que havia acontecido. Ele contou ao amigo que “estava na pior”. Este lhe deu R\$ 10,00 para que tomasse o café da manhã. Com o dinheiro, conta que bebeu o dia todo, pois se sentia humilhado com aquela situação. (Diário de campo, julho de 2007)

Considerando-se o perfil da população a que se destinam as intervenções de saúde do CAPSad, os profissionais assinalaram a dificuldade de acesso ao serviço daqueles usuários de álcool e outras drogas que se encontram em condição de exclusão social extrema, a exemplo dos moradores de rua. Nesta perspectiva, a mudança de território do CAPSad estudado, com a sua transferência de um bairro mais central no espaço geográfico da cidade para um bairro de localização mais periférica, repercutiu na redução do número de moradores de rua em atendimento no serviço. Em contrapartida, os profissionais observaram que as demandas que estes sujeitos endereçam ao serviço podem apresentar uma entonação social muito mais pronunciada do que a demanda por tratamento propriamente dito:

Lá no Canela, a gente atendia muito morador de rua, porque as pessoas vinham pela via da necessidade, não pelo tratamento; é porque não tem lugar pra ficar, pra estar; ter uma pessoa com ar condicionado, sala limpa, que olhe pra ele no olho, que possa conversar com ele, que ignore... eu sentia o mal cheiro, eu sentia o odor! (Entrevista coordenação CAPSad 2)

...aí eu vou lá buscar alguma coisa e não um tratamento, eu vou lá porque tem assistente social que vai me encaminhar pra tirar a identidade, tem uma moça que vai deixar eu tomar banho e lá tem sabonete, tem lanche de manhã quando chego, tem almoço meio-dia, tem o lanche de tarde... que maravilha, é o céu, um hotel! Mas ele não tá querendo se tratar da droga, essa questão é um pouco... ter muito mais cuidado com isso com relação a estar aqui pela via do tratamento, não pela necessidade. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Como estratégia de promoção do acesso às ações de saúde entre usuários de álcool e outras drogas em situação de morador de rua, os profissionais realçaram a importância das intervenções comunitárias, particularmente daquelas direcionadas para este público em específico:

Mas poucos moradores de rua chegam a um serviço como esse, por isso que a gente propõe uma intervenção na rua. Só 10% da população é que tem problemas com álcool e drogas assim, que necessita de um tratamento nesse sentido, chegue a um serviço como esse. O resto tá por aí, pela comunidade, pela rua. Por isso [...] que o CAPS não pode ficar ensimesmado, dentro de si mesmo. Eu acho que tem que mesmo ir pra rua, porque é onde tá a maioria do público. E mesmo esses que chegam a adesão é difícil, é uma clínica difícil, com muitas recaídas, com muito sofrimento. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Além da condição de exclusão social foram relatadas por alguns sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués situações em que se perceberam alvo de discriminação e maus tratos. Estas experiências foram atribuídas ao consumo de álcool e outras drogas, mas também ao fato de possuir antecedentes criminais, ser negro e pobre. O preconceito foi percebido por muitos usuários como um importante obstáculo à concretização de seus projetos de vida e possibilidade de inclusão social:

Um rapaz estava revoltado na oficina devido a um acontecimento recente. Contou que estava no antigo bairro onde morava acompanhado de sua namorada e que dois policiais, que já o conheciam e sabiam que ele não fazia mais parte do tráfico de drogas, deram-lhe um “orelhão” [tapa nos ouvidos que deixa a pessoa sem escutar direito] e o conduziram até a delegacia. [...] Estava nervoso por não ter ainda encontrado com a namorada após o incidente e não saber como ela iria reagir. Sentia-se muito constrangido. O grupo acolheu o seu sofrimento. Algumas pessoas falaram do preconceito como resultante do rótulo de drogadição e que este impede a execução de alguns projetos de vida. Outro usuário contou que ele estava trabalhando com serviço geral em um condomínio e que foi confundido com um marginal quando estava saindo para o almoço. Apanhou muito na delegacia e só não morreu porque encontrou um dos vizinhos passando e pediu ajuda para esclarecer que ele estava em horário de serviço. [...] Contou ainda que deslocou o maxilar e teve fratura de crânio e que nenhum de seus danos, nem morais, nem físicos, foram reparados. A opinião do primeiro rapaz é de que pobre e principalmente negro e que já tenha histórico com droga não tem direitos, apenas sofre o preconceito diário. (Diário de campo, novembro de 2007)

Os agentes da discriminação e maus tratos relacionados aos usuários de álcool e outras drogas revelaram-se os mais diversos: policiais, profissionais de saúde, familiares, pessoas da rede social, entre outros. Além do usuário, também familiares referiram ter vivenciado situações de discriminação e maus tratos, o que foi remetido à responsabilidade que a sociedade lhes atribui pela problemática que acomete um de seus membros:

Tive uma experiência de um paciente que sofreu um acidente, foi internado, ficou internado e ele tava tendo uma crise de agitação, porque ele estava bastante nervoso; e, numa emergência hospitalar, ao invés de se chamar um médico pra dar um tranqüilizante, pra dar uma contenção dessa natureza, chama-se a polícia porque ele é usuário de drogas. Então, a coisa funciona por aí no imaginário das pessoas. (Grupo Focal Profissionais)

Uma senhora conta que a equipe do CAPS nunca visitou sua casa e acrescenta que os vizinhos não sabem que ela faz tratamento no CAPS. Indagada sobre preconceito, relata que sofre preconceito por parte da irmã com quem ela tem uma relação mais próxima. Refere que o preconceito da irmã deve-se ao fato dela consumir álcool e estar em tratamento. A irmã a repreende por ela usar o Diazepam, que considera ser “remédio de louco”. (Diário de campo, julho de 2007)

Um rapaz suspendeu a blusa na oficina para mostrar a todos cicatrizes ainda recentes na região das costas. Contou que caminhava embriagado pela rua em direção à sua casa quando foi abordado e espancado por policiais. (Diário de campo, novembro de 2007)

Uma familiar fala do preconceito e da atribuição de responsabilidade à família pelo fato de um membro ser usuário de droga. Fala-nos que muitas vezes se pergunta “onde foi que errei?” (Diário de campo, setembro de 2007)

No contexto do serviço, identificou-se que situações de discriminação também podem se manifestar nas relações sociais entre os sujeitos em tratamento, especialmente em decorrência da natureza e legalidade da droga de consumo:

Mas usuário de álcool tem preconceito de usuários ilícitos, eles acham que quem usa droga ilícita é marginal, porque a droga dele é lícita. Isso é motivo, tema de assembléia... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A gente começou a trabalhar muito a questão da diferença, não só a diferença social, mas a diferença da droga, porque quem usa maconha, quem usa crack, não presta, o alcoolista já acha que o usuário de maconha, usuário de crack, é maconheiro, é sacizeiro... Então: “Não, minha droga é de elite!”. Então, ainda tem essas coisas, não só lidar com a diferença de fora pra dentro, mas entre eles mesmos. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Droga legalizada, se é crack, se é maconha, se é álcool... ou seja, o alcoolista se sente como se fosse diferente dos outros que usam maconha, crack, cocaína. Eles próprios se discriminam como se não fosse vício, como se não fosse dependente, como se não fosse uma dependência tanto quanto a outra. (Grupo Focal Profissionais)

...o que a gente percebia era o seguinte: usuários de cocaína, de maconha e de crack estão de um lado, os alcoolistas estão do outro. E quando começaram a chegar mulheres alcoolistas, piorou... (Grupo Focal Profissionais)

...eu lembro que tinha uma mulher alcoolista, me lembro bem de uma que dizia assim: “Eu nunca vou usar maconha!”. Aí eu dizia: “Por que?!”. Isso em plena oficina. “Porque quem usa maconha rouba!” (Grupo Focal Profissionais)

Entre as estratégias de enfrentamento de possíveis situações de discriminação entre usuários assistidos pelo serviço, observou-se a realização de uma dinâmica de grupo no contexto de uma oficina terapêutica para a recepção e o acolhimento aos usuários recém admitidos:

Como havia usuários novos, o profissional inicia apresentando a oficina como um espaço para se falar abertamente sobre as drogas. [...] Depois, solicita que sejam dadas as boas vindas aos novos usuários. O movimento do grupo é muito interessante neste momento. Todos se levantam para apertar a mão dos novos usuários e lhes desejar as boas vindas. Também nós assim fazemos. Ao final da oficina, o profissional me explica que pensou neste momento – uma dinâmica de grupo – como forma de estar aproximando os usuários e propiciando o relacionamento entre eles. Menciona que pode haver certa discriminação entre os usuários quanto ao uso de droga utilizada – quem usa álcool, por exemplo, pode ter preconceito com relação a usuário de outras drogas. Para o profissional, a recepção e o acolhimento entre os usuários na oficina é uma estratégia com fins a reduzir o preconceito. (Diário de campo, outubro de 2007)

Para além das intervenções estruturadas, as estratégias adotadas pelo serviço para enfrentamento de situações de discriminação e preconceito perpassavam ainda as relações estabelecidas entre profissionais e usuários na convivência cotidiana:

Em relação ao tratamento do CAPS, considera que o mesmo contribui para diminuir o preconceito. Ao observar os profissionais atenderem aos usuários com respeito, afirma que ele próprio aprende a não ser preconceituoso. (Diário de campo, maio de 2007)

Em conformidade com o perfil dos sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués – a maioria de negros e pobres –, outras formas de discriminação (étnica e social) encontravam espaço de abordagem no cotidiano do serviço:

O tema a ser trabalhado na oficina de hoje era o Dia Nacional da Consciência Negra, a ser comemorado no dia seguinte. Este tema já havia sido anunciado deste a semana passada. O objetivo era estimular uma discussão entre os usuários, na sua maioria negros, sobre a questão do preconceito. (Diário de campo, novembro de 2007)

5.4.1. Sentidos atribuídos à inclusão social

O usuário abusivo ou dependente de álcool e outras drogas gasta tempo, esforços e recursos financeiros em torno da atividade de consumo. Em consequência, as relações sociais são comprometidas pelo distanciamento muitas vezes empreendido pelo próprio usuário, seja em razão do tempo dedicado ao consumo seja pelo constrangimento que este pode lhe proporcionar perante a família e amigos próximos. Outro efeito adverso do consumo abusivo de álcool e outras drogas corresponde ao comprometimento das atividades produtivas. Entre os sujeitos em tratamento no CAPSad estudado identificaram-se histórias de interrupção de estudos, desemprego ou afastamento por licença médica associados ao consumo abusivo e

dependência química. Quando explorados os sentidos e as expectativas em torno da inclusão social, foram referidas com frequência pelos sujeitos em tratamento a retomada do vínculo e da convivência com a família e amigos, a reinserção no mercado de trabalho (formal ou informal) e a retomada de estudos interrompidos:

Cada um falou de seus projetos de vida. Foi um grupo em que muitos dos usuários falaram dos problemas causados pelas drogas e de sua atual situação de vida. Um rapaz disse que o seu projeto de vida era restabelecer o emprego na guarda municipal. Outro disse que era trabalhar com arte, dando aulas de dança e conquistando um emprego. Um terceiro rapaz falou em reconquistar a confiança e o contato com a família, ter moradia e um emprego. Outro jovem também falou em reconquistar a confiança da família e das pessoas, bem como conseguir um emprego. Convergindo com a opinião dos demais, uma usuária afirmou como seu projeto de vida reconstituir a confiança da família e voltar para seu emprego. (Diário de campo, outubro de 2007)

Eu obtive muitas conquistas. Eu passei a ver o mundo... é... com outros olhos. Sempre quando é pra falar isso eu me emociono muito [pausa e choro]. Seguir em frente... [pausa e choro]. Vou concluir o meu curso no... no SENAC. Pretendo fazer uma faculdade de gastronomia. Fiz o ENEM agora. [...] Tava concorrendo a uma bolsa aí. Eu pretendo fazer uma faculdade de gastronomia, me empenhar, me profissionalizar. E, nisso, tocar o barco pra frente. (Entrevista usuário 01)

...terminei a faculdade em 2000. Fiz o concurso pra professor do Estado, passei... [...] Mas eu tô muito decepcionada com minha profissão, muito! Não sei como é que eu vou fazer para voltar a trabalhar. Mas eu preciso voltar trabalhar, porque eu preciso me sustentar... Eu vou ter que aprender a lidar com isso. (Entrevista usuário 06)

...meu maior medo agora é esse também, eu quero... eu mesmo sofrendo, eu quero continuar uma pessoa, resgatar meus amigos, minha família. Uma coisa que eu vou conseguir, porque eu não vou conseguir viver sem a amizade dos meus filhos... (Entrevista usuário 05)

Entre os profissionais do CAPSad Pernambués, a inclusão social foi muitas vezes traduzida como *reinserção* e assim significada a partir de duas perspectivas, que estabelecem, entre si, certa complementaridade: o sujeito em tratamento e as práticas de cuidado proporcionadas pelo serviço. No que diz respeito aos usuários, admite-se que a inclusão ou reinserção social possa ser resultante da produção de mudanças subjetivas, que envolvem a resignificação da relação com as drogas. Estas mudanças subjetivas, no entanto, seriam resultantes das práticas de cuidado desenvolvidas a partir do serviço, as quais deveriam estar implicadas com a reconstrução das redes sociais de solidariedade e com a articulação da rede intersetorial para a promoção de direitos sociais, a exemplo da educação e da geração de renda. Ainda em conformidade com esta concepção, as ações para a inclusão ou *reinserção*

social no contexto do CAPSad não se encontravam padronizadas, apontando-se a necessidade de consideração das histórias de vida dos sujeitos em tratamento, suas demandas de cuidado, necessidades sociais e projetos de vida:

A coisa da reinserção por dentro seria uma questão [...] que essa questão do... do indivíduo que vem poder se fazer sujeito, se colocar, essa coisa do dentro psíquico. Mas, também, é ver dentro do CAPS. Porque, à medida que esse paciente poderia, também, em algum momento, ir pra uma oficina, estar num grupo, estar na sala de espera, ele começa a interagir com outras pessoas, ele se depara com o outro muito diferente, que tem outra demanda, que fala o que ele gosta, que fala o que não gosta. Então, assim, ter uma reinserção subjetiva, dentro. (Grupo Focal Profissionais)

E havia uma coisa de uma reinserção fora que está para além, também, dessa questão [...] que é olhar cada indivíduo com sua história particular. Então, o que é reinserção pra José não é reinserção pra João. O que for reinserção pra Francisco não é reinserção pra Maria. Pessoas com exigências, demandas, subjetividades diferentes. (Grupo Focal Profissionais)

...uma paciente minha, recentemente, me solicitou uma... encaminhada pra um curso que ela queria fazer de massoterapia. Assim, partiu dela, do desejo dela. E, aí, eu tentei o contato, tentei o encaminhamento... (Grupo Focal Profissionais)

...tinham alguns cursos [profissionalizantes] que tinha valores, vagas... às vezes, com... intermediando com o CAPS aí pra ver se podia eliminar a matrícula, essas coisas, e receber esses... esses pacientes como bolsistas. Mas, partindo da demanda dele, da necessidade dele. (Grupo Focal Profissionais)

A concepção identificada entre os profissionais do CAPSad Pernambués de que a inclusão social resulta, entre outros fatores, da produção de mudanças subjetivas encontrou eco na narrativa de um usuário participante do grupo terapêutico Projeto de Vida. A necessidade de efetivar mudanças subjetivas foi enunciada por este sujeito em termos da conquista de domínio sobre o seu próprio mundo, um pré-requisito essencial para a concretização e sustentabilidade dos seus projetos pessoais de inclusão social:

Um rapaz falou que seu projeto de vida era dominar o mundo. Todos os usuários riram e colocaram a idéia como impossível. Após alguma insistência, ele disse que ia dominar o mundo dele, onde todas as coisas estavam sem controle... [...] Posteriormente, falou da necessidade de moradia, de trabalho e de obter o apoio familiar. (Diário de campo, dezembro de 2007)

Conforme se depreende da narrativa de alguns usuários, a inclusão social apresentase como uma demanda de atenção endereçada ao serviço. A expectativa quanto à (re)inserção no mercado de trabalho revelou-se particularmente expressiva:

Mais uma vez, ele me conta que se considera 80% melhor em relação à sua chegada ao CAPS. Conta que durante o São João não tomou sequer uma dose de licor. Pergunto-lhe o que considera ser os 20% de seu tratamento para que possa ficar 100% bem. Ele responde que falta conseguir um trabalho. Ele cita o exemplo de outro usuário do CAPS que parece ter como “modelo”. Este deixou de usar álcool e conseguiu retomar o trabalho. Assim como o amigo, também pretende alcançar a abstinência... (Diário de campo, junho de 2007)

A despeito desta expectativa, o CAPSad não apresentava entre suas atividades a oferta de oficinas profissionalizantes ou de geração de renda. Dentre as atividades do serviço, a oficina de informática oferecia suporte àqueles usuários que expressavam a demanda quanto à preparação de currículo *vitae*. Outras ações que poderiam repercutir na (re)inserção no mercado de trabalho consistiam em divulgação de cursos profissionalizantes e de emprego no mural do serviço. Esta divulgação, entretanto, não correspondia necessariamente à existência de uma articulação do serviço com a instituição que ofertava os respectivos cursos ou a oportunidade de emprego, de forma a intermediar a inserção de sujeitos em tratamento no CAPSad nestas atividades.

Por um lado, os profissionais argumentavam que a inclusão social, seja através da (re)inserção no mercado de trabalho seja através de matrícula em cursos regulares ou profissionalizantes, deveria partir da demanda/desejo dos próprios usuários. Segundo esta argumentação, o serviço se colocaria disponível para atender uma demanda a ele dirigida, não assumindo, por sua vez, uma postura paternalista. Por outro lado, observou-se que a questão da oferta de oficinas profissionalizantes pelo serviço foi apresentada pelos usuários de forma recorrente nas assembleias mensais e também no grupo terapêutico Projeto de Vida. Para os profissionais, a abordagem desta demanda precisava ser feita de forma individualizada. Em alguns casos, a equipe observava que a demanda expressa pelo usuário quanto à (re)inserção no mercado de trabalho não vinha sendo acompanhada de um movimento protagonista de busca, o que evidenciaria uma postura passiva frente à questão cuja resolução era atribuída ao serviço. Nesta direção, um usuário havia concluído, após insistente demanda de emprego dirigida aos profissionais, que “o CAPS não dar emprego a ninguém” (Diário de campo, agosto de 2007).

Com as mudanças na equipe multiprofissional do CAPSad Pernambués, observou-se uma inquietação crescente de alguns novos integrantes da equipe e de residentes frente à demanda expressa por alguns usuários acerca de estratégias do serviço para a (re)inserção no mercado de trabalho e a geração de renda. Desta inquietação emergiram algumas propostas de intervenção, tais como uma oficina de informática – Navegando na Rede – que pretendia ampliar os objetivos da atividade que vinha sendo realizada no âmbito do serviço com a disponibilidade de um único computador. Para esta nova proposta, buscou-se uma articulação com o Centro Social Urbano, um dispositivo do território, de forma que a oficina pudesse ser realizada em seu Info-centro e abarcando um número mais abrangente de usuários. Dentre outras iniciativas, observou-se, ainda, a realização de uma visita a uma cooperativa social, da qual participaram usuários do grupo terapêutico Projeto de Vida. Esta atividade teve por objetivo explorar com os usuários as alternativas de trabalho sustentáveis.

No desenvolvimento destas atividades manteve-se constante um posicionamento dos profissionais quanto à afirmação da co-responsabilidade dos usuários tanto na participação da atividade em si quanto no seu engajamento futuro em potenciais desdobramentos desta participação para a (re)inserção no mercado de trabalho e a geração de renda. Nesta direção, na condução destas atividades os profissionais frequentemente entoavam que *“o CAPS não daria nada a ninguém, mas que juntos poderiam correr atrás”* (Diário de campo, outubro de 2007). A visita à cooperativa social não produziu a princípio grande mobilização entre os usuários participantes, em certa medida frustrando o profissional em sua iniciativa.

De acordo com as narrativas de alguns usuários, o estabelecimento de parcerias entre o CAPSad e dispositivos da rede intersetorial poderia facilitar o processo de inclusão social, especialmente através da possibilidade de profissionalização, (re)inserção no mercado de trabalho e alternativas de geração de renda:

Encontrei na sala de TV dois usuários que não participavam da oficina que acontecia naquele momento. [...] O rapaz prossegue conversando, fala que o CAPS poderia fazer parceria com ONGs e outras instituições, visando a profissionalização ou a inserção das pessoas no mercado de trabalho. Suspeito, então, que este era o assunto da conversa entre eles quando cheguei. Ele afirma que se houvesse uma parceria com uma ONG, por exemplo, a jovem com quem conversava poderia fazer um trabalho voluntário, o que ela demonstra concordar com um gesto. O rapaz afirma que ninguém quer dar emprego a um “viciado” e que no CAPS há usuários que não sabem nem o que seja o mercado de trabalho. Conta que uma empresa que funciona em frente ao CAPSad estava com 16 vagas de emprego. Ele chegou ir até lá, mas suspeita que o dono, ao vê-lo saindo do CAPS, não se interessou por ele, informando que as vagas já haviam sido preenchidas. Pergunto se uma parceria firmada pelo CAPS facilitaria este processo, ao que os dois usuários respondem como se fosse uma obviedade. (Diário de campo, novembro de 2007)

As alternativas para a geração de renda encontradas por alguns sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués caracterizaram-se pela informalidade e precariedade das atividades desenvolvidas, representando inclusive riscos para a saúde:

Encontro [um usuário] que me diz que iria ver se trabalhava esta tarde com “reciclagem do lixo”. Conta que ao chegar em casa a briga pela falta de dinheiro é quase certa. Desde a primeira vez que me falou a respeito, a descrição desta atividade de “reciclagem” é meio reticente. Pelo que me contou, não gosta muito desta opção. Fala-me esta manhã que poderia trabalhar na área de construção civil, como ajudante de pedreiro. Fala em tom muito baixo, quase que não dar para escutá-lo direito. Pergunto, com certo jeitinho, onde ele fará a “reciclagem” e ele responde que “na rua mesmo, encontrando latinhas e amassando”. Começo a entender que a atividade de “reciclagem do lixo” consista em recolher/catar lixo para venda de material reciclável; uma atividade que parece deixá-lo envergonhado e constrangido e que ao mesmo tempo figura como a opção possível para levar algum dinheiro para casa, dinheiro este que ele faz questão de deixar claro: “não é para consumir drogas como as pessoas pensam”. (Diário de campo, agosto de 2007)

...eu tinha arrumado um... é... um emprego de ajudante... um biscate, emprego não. Queria até arrumar um... [pausa] de ajudante de pedreiro... (Entrevista usuário 04)

Entre as experiências vivenciadas por alguns sujeitos em tratamento no CAPSad e que traduziam iniciativas para a inclusão social, identificaram-se: a matrícula em cursos regulares ou em cursos profissionalizantes e as participações em atividades artístico-culturais, em eventos científicos (encontros, seminários, congressos, cursos...) e em atos políticos pela reforma psiquiátrica. As participações nestes últimos foram acompanhadas de momentos de discussão promovidas no âmbito das atividades do serviço, oportunidade em que eram especialmente exploradas as percepções e as vivências dos usuários participantes de forma a promover a construção de sentidos. Assim, por exemplo, ao retornarem do II Encontro de Saúde Mental⁶³ (Salvador, agosto de 2007), alguns usuários apresentaram no espaço da assembléia do CAPSad algumas propostas emergentes a partir da participação naquele evento científico:

Um rapaz fazia uma proposta de constituição de um grupo de música, a partir da oficina de música do CAPS, para inscrição no projeto Loucos por Música. Ele fazia referência à palestra de Paulo Amarante que assistiu durante o II Encontro de Saúde Mental. Uma senhora traz para a assembléia uma proposta que, embora não seja nova, tem sua argumentação reforçada com a sua participação no referido evento. Ela conta que lá pôde ver que outros CAPS oferecem oficinas de artesanato e propõe que as oficinas em que julga ser possível aprender algo para ser feito e comercializado fora do CAPS (ateliê e produção

⁶³ II Encontro de Saúde Mental, promovido pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e a Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), realizado em Salvador nos dias 29, 30 e 31 de agosto de 2007.

artesanal) possam ser realizadas no serviço em mais de um dia e com maior carga horária. (Diário de campo, setembro de 2007)

A participação de um usuário do CAPSad Pernambués nas reuniões da Associação Metamorfose Ambulante de Familiares e Usuários do Sistema de Saúde Mental do Estado da Bahia (AMEA) repercutiu positivamente em sua auto-estima e na ampliação de sua rede de contatos sociais. O mesmo foi observado em relação ao envolvimento de usuários e familiares em tratamento no serviço na organização de uma intervenção comunitária. Estas situações apontam para uma estratégia possível de promoção da inclusão social ainda pouco explorada pelos serviços substitutivos de saúde mental:

Durante a organização do I Encontro Saúde Mental e Cultura⁶⁴, a rede social local pôde ser ativada, de modo a envolver muitos atores da comunidade na sua realização. Compreendo que os fóruns de saúde mental contribuíram para a aproximação das pessoas, muitas das quais não se conheciam, embora vivessem na mesma comunidade. Novas amizades nasceram no processo. Um exemplo concreto disto para mim é a amizade entre uma familiar atendida no CAPSad e uma senhora que reside no bairro. Esta última estava muito animada com a organização do evento. Para quem se aproximou do grupo declarando-se deprimida, é notória a melhoria de sua condição de saúde. Fazer parte de um coletivo, engajar-se em uma atividade onde lhe é atribuído um valor, uma função significativa, repercute na auto-estima e na saúde mental dos sujeitos. (Diário de campo, dezembro de 2007)

Entre os profissionais, os sentidos atribuídos à inclusão social reportaram-se ainda à construção de uma identidade social. Assim, uma das ações do serviço mencionada como parte do processo de promoção da inclusão social de sujeitos em tratamento corresponde ao encaminhamento para a confecção de documentos civis (RG, CPF, certidão de nascimento, título de eleitor, entre outros). Os encaminhamentos feitos pelo serviço garantiam aos usuários isenção de taxas. Conforme elucidado no seguinte fragmento discurso, esta intervenção de cunho social reflete de forma significativa na subjetividade dos usuários assistidos, haja vista a possibilidade de resgate de uma cidadania que se encontra negada:

...um documento de identidade que o paciente não tem, que ele vai tirar, possibilita que ele tenha identidade como pessoa, não é só o papel que vai dar [...] “Quem é você?”, “Não, aqui minha identidade, [...] tenho tantos anos, estudo nesse lugar, eu sou tratado no CAPS...”. Ter uma identidade até maior do que aquele papel... (Entrevista coordenação CAPSad 2)

⁶⁴ Intervenção comunitária realizada em dezembro de 2007 e que resultou dos Fóruns de Saúde Mental da Comunidade de Pernambués.

5.4.2. Onde esbarra a promoção da inclusão social de usuários de álcool e outras drogas?

O processo de inclusão social de sujeitos em tratamento no CAPSad estudado revelou-se como importante desafio às suas práticas de cuidado. Em parte, as dificuldades podem ser remetidas às condições socioeconômicas em que vivem estes sujeitos, cuja escassez de recursos e de oportunidades pode ser acentuada em consequência do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Entretanto, estas dificuldades também se mostraram relacionadas com algumas questões subjetivas, as quais precisam ser tomadas como objeto de intervenção da clínica de atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas.

Os sujeitos em tratamento no CAPSad estudado enunciaram muitas dificuldades para a (re)inserção no mercado de trabalho, seja formal ou informal. Em linhas gerais, estas dificuldades não se distinguem daquelas vivenciadas pela população em geral, mas, segundo o ponto de vista de usuários e familiares, podem ser acentuadas pelo estigma e preconceito em relação à dependência de álcool e outras drogas:

A gente muitas vezes viu o paciente organizado, o paciente já em abstinência um bom tempo, mas, vendo-se impedido de se inserir no mercado de trabalho por conta, mesmo, da estrutura social que... que restringe, que até impede. (Grupo Focal Profissionais)

...trabalhava na área de cozinha industrial. Está há 7 anos desempregada e realiza eventualmente alguns biscates. Assinala que estes dias tem conseguido ir ao CAPS por causa de uma faxina que fez na semana passada. Conta que tem currículo distribuído em vários locais, mas não consegue um novo emprego. Acha que a idade (40 anos) e a baixa escolaridade (estudou até a 5ª. Série) são os fatores que dificultam a sua reinserção no mercado de trabalho. Esta situação, segundo sua compreensão, tem contribuído para sua depressão. (Diário de campo, julho de 2007)

Ela também discorre sobre a falta de emprego do filho. Acredita que ele tenha mais dificuldade pelo fato de ser usuário de maconha. (Diário de campo, setembro de 2007)

Relata que em seu bairro todos sabem que ele faz uso de maconha e que isto dificulta a possibilidade de encontrar emprego na comunidade. (Diário de campo, outubro de 2007)

Relata que está fazendo um curso profissionalizante no SENAC, que afirma ser um lugar muito rigoroso. Para atestar os horários de consultas com a psicóloga, que a atendia no CAPS e que atualmente realiza o seu atendimento no CETAD, viu-se no dilema de ter que apresentar um documento que identificasse a natureza do serviço que frequenta, uma vez que ela mesma já considerou ser o CETAD lugar de tratamento de pessoas usuárias de “drogas

pesadas”. A questão foi resolvida pela profissional, que emite um atestado em papel que não faz menção à instituição. (Diário de campo, 2007)

A baixa escolaridade apresenta-se como uma limitação concreta à (re)inserção destes sujeitos no mercado de trabalho. Entre aqueles sujeitos com nível de escolaridade mais elevado e com uma condição prévia de atuação no mercado formal de trabalho observou-se haver mais chances de obter êxito quanto ao alcance desta expectativa de (re)inserção social.

Outra importante questão retratada em muitas narrativas de sujeitos em tratamento no CAPSad estudado acerca das dificuldades identificadas para a (re)inserção social, particularmente aquela resultante do retorno ao mercado de trabalho, refere-se à complexa relação que muitos destes sujeitos estabelecem com o dinheiro. Este recurso viabiliza o acesso às drogas, especialmente as de natureza ilícita, motivo pelo qual alguns sujeitos em tratamento no serviço mostraram-se receosos diante da possibilidade de obter quantias de dinheiro eventuais ou mesmo uma renda mais estável. Nas narrativas destes sujeitos, a administração do dinheiro figura, então, como uma condição necessária à (re)inserção no mercado de trabalho sem que esta venha a repercutir na própria adesão ao tratamento:

Ele passou um longo tempo em entrosamento e a questão dele inicialmente era “quando eu arranjar o meu emprego, eu vou resolver o meu problema”. Ele começou a exercer algumas atividades remuneradas e, aí, ele não conseguia resolver o problema dele e pegava o dinheiro e ia usar e gastava todo o dinheiro com a droga... (Grupo Focal Profissionais)

...fala da relação com o dinheiro. Conta que recebeu em certa ocasião R\$ 1.000,00 por um trabalho realizado. Colocou uma parte na poupança e gastou R\$ 300,00 em dois dias com o consumo de drogas. Hoje, ele nos ofereceu um jornal que começou a divulgar pelo valor de R\$ 1,00. Trata-se de um jornal produzido por moradores de rua, R\$ 0,75 é destinado a quem vende. (Diário de campo, junho de 2007)

Contou que agora já está começando a surgir alguma coisa pra ele fazer, parece-me que fornecer berimbaus para vender para turistas em hotéis da cidade. Disse-me que está animado, mas um tanto receoso. (Diário de campo, dezembro de 2007)

Entre as dificuldades para o processo de inclusão social de usuários de álcool e outras drogas identificou-se ainda o que pode ser descrito em termos de *ganho secundário* de um problema de saúde. Nesta perspectiva, o posicionamento dos sujeitos em tratamento diante das possibilidades de inclusão social caracteriza-se ambíguo, podendo expressar-se, por

exemplo, no tensionamento entre os resultados terapêuticos das práticas de cuidado e a conseqüente isenção de benefícios sociais ou de outra natureza:

O tema da oficina de hoje era: “Será que é possível trabalhar com o rótulo de saúde mental ou de drogadição?”. O tema foi trazido por um usuário que recebeu um relatório médico que atesta sua condição de trabalhar. O rapaz, entretanto, estava indignado e dizia coisas não condizentes com o que era esperado. Dizia que agora que podia trabalhar iria fumar e beber todas e que deixaria de tomar os medicamentos e que iria “esculhambar” logo com tudo. Todo o grupo estava apoiando e comemorando o relatório médico, dizendo-lhe que isso seria bom para ele. Ninguém entendia sua revolta. O rapaz questionava como um médico pode dar autorização para alguém trabalhar e lhe prescrever mais de 500mg de medicação por dia, que por causa disso ele vinha sofrendo síndrome do pânico e que tudo estava piorando em sua vida. (Diário de campo, dezembro de 2007)

Entre profissionais do CAPSad estudado foram percebidos outros fatores que dificultam o processo de inclusão social de sujeitos em tratamento no serviço. Um importante obstáculo seria a ausência ou incipiência da articulação do próprio serviço com dispositivos da rede intersetorial. Para esta circunstância concorreriam tanto o desafio que esta articulação representa para a equipe multiprofissional quanto a resistência de outras instituições em estabelecer parcerias com o CAPSad. Nesta direção, um profissional relatou uma situação concreta de tentativas de contato com uma instituição com o propósito de intermediar a participação de um usuário em tratamento no serviço no processo seletivo para preenchimento de uma vaga de emprego:

...teve um caso aqui que a gente fez um contato, o paciente teve um desejo de trabalhar numa empresa de ônibus, ficou sabendo, e então foi feito todo o movimento, eu fiz todo o contato com o Serviço Social, apresentando a instituição, apresentando determinados pacientes e tal. Então, esse paciente, eu volto, dou um retorno pro paciente, digo que foi feito o contato e que agora ele teria que fazer o movimento dele de entregar o currículo pra essa empresa e que eu fiquei de entrar em contato para marcar o dia da entrega desse currículo. Até hoje não consigo, porque agora eu tô usando uma outra estratégia. Quando eu ligo, eu não digo: “É do CAPS!”. Eu falo: “É da SESAB!”. “Ah! É da SESAB?!”. Porque o Serviço Social não me atende. “Ah, tá! Que lindo trabalho, que bom, mas assim, já tem...”. Primeiro ela diz: “Olhe, você me ligue depois do carnaval, agora...” – isso tava em dezembro, no início de dezembro – “...agora tá muito trabalho, a gente tá envolvido em outras coisas de fim de ano, depois do carnaval”. Tudo bem! Voltei a ligar, mas sempre que eu falo: “Quem quer falar?!”. “De onde?”. “Do CAPSad!”. “Olha, ela está no terceiro andar, numa reunião não sei com quem”. E assim sucessivamente. Então, fica clara a coisa da oportunidade mesmo em não querer receber. (Grupo Focal Profissionais)

Esta dificuldade remete, por sua vez, aos significados socioculturais da problemática do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas na sociedade contemporânea,

a qual tem sido associada a formas diversas de violência, marginalização e criminalidade. Em consequência, observa-se a reprodução dos estigmas e da exclusão social de usuários de drogas:

Na verdade, é... a sociedade, ela... ela vai passar a excluir quando acontece a... a junção droga/criminalidade. Que a gente não vê essas duas coisas juntas. Mas, no social isso aparece como... estando junto. (Grupo Focal Profissionais)

Todavia, os profissionais do CAPSad estudado demonstraram compreender que a exclusão social também pode ser remetida a movimentos próprios dos usuários de álcool e outras drogas. De acordo com este ponto de vista, estes sujeitos “*se excluem*” da sociedade ao assumirem um padrão de consumo de substâncias psicoativas que implica em isolamento, distanciamento e ruptura de relações familiares e sociais:

Então, assim, quando usa a substância, ele passa a sentir prazer no próprio corpo, na relação com a droga e acaba se excluindo. (Grupo Focal Profissionais)

Existem as duas coisas, na verdade. Depois de um certo período é... é... no uso da droga, o sujeito escolhe uma... uma determinada droga. E, depois de algum tempo no uso, é que começa a... a... é... é... é... a sociedade começa a vê-lo excluído. Ele se excluiu primeiro. Porque ele optou ou foi a única possibilidade subjetiva. (Grupo Focal Profissionais)

Eu vou sentir prazer comigo mesmo. É... é... é... na vida social, as pessoas sentem prazer uma na companhia das outras. [...] Eu... eu excludo. Não é a sociedade que tá me excluindo. Sou eu que causo a exclusão. Mas, e aí?! Depois de um certo tempo, existe essa outra exclusão que é a... a sociedade excluindo aquele sujeito. (Grupo Focal Profissionais)

No que concerne a atenção às demandas de sujeitos em tratamento quanto à sua inclusão social, notadamente pela via da (re)inserção ao mercado de trabalho, observou-se uma preocupação da equipe do CAPSad estudado quanto aos reais efeitos terapêuticos das intervenções propostas a partir do serviço. Nesta direção, os profissionais participantes da pesquisa argumentaram que estas intervenções precisam estar alicerçadas nas expectativas e na postura protagonista dos sujeitos em tratamento, caso contrário a atenção a esta demanda de cunho social pode resultar em práticas paternalistas ou assistencialistas com restrito alcance terapêutico:

...uma das questões que ficou foi que, muitas vezes, a gente corre o risco, a depender da clientela com que a gente tá lidando, corre o risco de tá sendo... de tá propondo uma prática muito assistencialista... [...] Paternalista mesmo, da gente sustentar. Então, a gente se

questionava assim, se é um desejo nosso ou um desejo deles [usuários]. Então, assim, se a gente fosse seguir toda orientação do Ministério, toda... toda essa... essa discussão que a gente tá ouvindo hoje em dia de inclusão, a gente provavelmente taria montando uma... uma oficina de geração de renda. Mas, frente a essa clientela que a gente tem, a gente recua. A gente pensa duas vezes. Então, pra não... é... é... é... incorrer em erros anteriores como foi, por exemplo, essa oficina que foi proposta e outras atividades também, a gente, então, recuou e preferiu não tá investindo nisso. Até agora! A gente pode até, daqui pra frente, ter alguma... receber algum projeto, pensar em alguma coisa e que isso possa vir a se concretizar, mas a gente vai sempre pensar duas vezes, pra não cair nesse... nessa... nessa lógica. Eu acho que uma oficina de geração de renda, ela pode acontecer isso. (Grupo Focal Profissionais)

[uma técnica] pensou há algum tempo atrás, não foi? É... Chegou a fazer alguns contatos com algumas parcerias pra encaminhar pacientes pra outros locais... cursos... Ninguém foi! (Grupo Focal Profissionais)

Diante de tais argumentos e com o propósito de superar as barreiras para a promoção da inclusão social de usuários de álcool e outras drogas em tratamento no contexto do CAPSad, conclui-se este capítulo problematizando-se o quanto os saberes e as práticas de cuidado em construção a partir destes serviços têm se comprometido com a constituição de sujeitos protagonistas da promoção de seus direitos de cidadania.

6. Saberes e práticas de saúde no CAPSad Pernambués

Este terceiro capítulo de apresentação dos resultados do estudo de caso no CAPSad Pernambués discorre sobre os saberes e as práticas de saúde produzidos a partir deste serviço. Foram contempladas nesta descrição e análise as práticas de saúde desenvolvidas no âmbito do serviço e do território. Assim, caracteriza-se um serviço de saúde mental de alta complexidade. As potencialidades e os limites de suas intervenções decorrem tanto dos desafios da atenção psicossocial aos usuários e suas famílias quanto daqueles referentes à inserção deste serviço em seu território de atuação e a conformação de uma rede de atenção integral às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Apesar dos desafios da clínica e das intervenções comunitárias, os sujeitos implicados na construção do modelo de atenção do CAPSad Pernambués avaliaram os cuidados produzidos a partir deste serviço como satisfatórios, atribuindo-lhes a produção de mudanças significativas na vida de usuários e familiares assistidos.

6.1. Planejamento e avaliação das intervenções de saúde

Os profissionais do CAPSad Pernambués demonstraram conferir importância ao planejamento e avaliação das intervenções desenvolvidas, seja no âmbito do serviço seja no território. As ações de planejamento e avaliação fazem parte do cotidiano do serviço, realizando-se em diferentes níveis, desde entre duplas de profissionais responsáveis pela condução de certa atividade até o coletivo, envolvendo grupos de trabalho ou a participação de toda a equipe multiprofissional do serviço. A sala da equipe técnica, as reuniões por coordenações ou projetos específicos e as reuniões ampliadas da equipe multiprofissional constituem espaços privilegiados para o planejamento e a avaliação das atividades.

Os relatórios de atividades mensais despontam com um importante instrumento para o planejamento e a avaliação. Quanto à avaliação, considera-se que esta pode validar intervenções quanto aos objetivos almejados, particularmente no que concerne ao seu potencial terapêutico e de promoção da inclusão social, como ainda precipitar a reorientação das práticas (interrupção da oferta de determinada oficina, mudança na estratégia

metodológica, no critério de inclusão dos usuários, etc). Uma das questões suscitadas pela equipe em termos de avaliação das ações e do serviço refere-se à necessidade de construção de instrumentos específicos com a definição de critérios para esta avaliação, contemplando tanto indicadores quantitativos quanto qualitativos.

O documento referencial do CAPSad Pernambués é o seu projeto institucional, intitulado *Projeto Terapêutico do CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas*, o qual define os objetivos institucionais e das atividades desenvolvidas. Este documento foi elaborado a partir da contribuição dos profissionais, solicitados a descrever as atividades em que se encontram engajados. Como documento referencial, a sua leitura era considerada um pré-requisito ao trabalho no serviço, seja por novos profissionais ou residentes. O Projeto Terapêutico do CAPSad encontra-se passível à revisão⁶⁵, oportunidade em que as suas atividades podem ser reorientadas, seja em virtude da avaliação do alcance dos seus objetivos ou da emergência de novas propostas de intervenções.

Todas as atividades desenvolvidas pelo CAPSad Pernambués contavam com um projeto elaborado pelos profissionais responsáveis por sua condução. A elaboração do projeto incluía a definição de seus objetivos, além de referências quanto ao embasamento teórico, estratégias metodológicas, caracterização do público-alvo, critério de participação dos usuários.

O processo de construção dos projetos de intervenção no contexto do CAPSad estudado pode ser descrito a partir da observação realizada quanto à discussão do Projeto EspaSSos da Rua, entre janeiro e março de 2008, por sua respectiva equipe. O projeto teve uma primeira versão elaborada pela coordenação da atividade e em seguida foi levado para a discussão com toda equipe no espaço de sua reunião semanal. A discussão possibilitou a contribuição dos demais integrantes da equipe ao projeto, com o propósito de estabelecer consenso acerca dos objetivos da atividade, da definição da população-alvo e das intervenções pertinentes. A discussão teve como referência a prática concreta da equipe, com análise das demandas e necessidades sociais de saúde que vinham sendo identificadas junto à população assistida.

O documento do Projeto EspaSSos da Rua orientava a prática e o discurso institucional. Por um lado, focalizava a atuação da equipe em termos da delimitação do

⁶⁵ A versão do Projeto Terapêutico do CAPSad Pernambués analisada neste estudo corresponde àquela reformulada em agosto de 2006. Na fase de conclusão de coleta de dados, no início de 2008, a equipe realizava uma nova revisão deste documento.

público-alvo privilegiado de suas intervenções e dos objetivos almejados. Por outro lado, o projeto, cujo processo de construção propiciava o consenso e a apropriação de seu conteúdo por toda a equipe, subsidiava a apresentação desta perante o CAPSad e outras instituições da rede de atenção. A concepção do projeto, portanto, figurava como oportunidade para que a equipe pudesse explicitar com clareza os objetivos do projeto e de suas intervenções, possibilitando, por conseguinte, delinear as potencialidades de possíveis parcerias com outros dispositivos sociais e de saúde. A argumentação em torno da abordagem de redução de danos foi salientada no processo de discussão do projeto como um eixo importante de investimento teórico-conceitual e de embasamento jurídico, tendo em vista o fortalecimento do discurso quanto ao modelo de atenção proposto perante a comunidade e outros dispositivos sociais e de saúde da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

6.2. Práticas de saúde intramuros

As práticas de saúde intramuros desenvolvidas pelo CAPSad Pernambués para a atenção psicossocial a usuários de álcool e outras drogas e familiares são objeto de descrição desta seção do capítulo, com destaque para a recepção e o acolhimento como momentos de admissão do usuário ao serviço; a construção do plano terapêutico individual como instrumento norteador das intervenções clínicas, das estratégias para a promoção da inclusão social e do acompanhamento terapêutico pelo técnico de referência e outros profissionais da equipe; as oficinas e grupos terapêuticos; as assembléias e a atenção às situações de crise.

6.2.1. Recepção e acolhimento

De acordo com os sujeitos da pesquisa, a chegada de usuários ao CAPSad pode se dar tanto pela demanda espontânea quanto pelo encaminhamento feito por outro dispositivo social ou de saúde. Nesta chegada ao serviço, ressalta-se a relevância do acolhimento, descrito como momento de escuta da demanda e do sofrimento manifestos por usuários, familiares e outras pessoas da rede social. Entre estes últimos, foram mencionados pessoas de instituições religiosas, vizinhos e profissionais de instituição responsável pelo encaminhamento.

Dentre as origens dos encaminhamentos feitos ao CAPSad encontra-se o sistema de justiça. O acolhimento às pessoas que chegam ao serviço com este tipo de encaminhamento, o qual era formalizado mediante apresentação de documento emitido pela instituição judiciária,

realiza-se da mesma forma que os demais casos, sem qualquer condição discriminatória. Das situações observadas, identificou-se que muitos destes sujeitos comparecem ao acolhimento desacompanhado de familiar ou outra pessoa da rede social. Outra particularidade refere-se ao fato do comparecimento destes sujeitos ao serviço ser atestado por documento emitido pelo CAPSad, o qual deve ser apresentado à instituição judiciária. Em relação a este público, considera-se como uma possível distinção de seu perfil em relação aos demais usuários o fato daqueles não apresentar necessariamente um quadro de consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas e uma demanda para tratamento. A demanda, nestes casos, é formulada pelo sistema de justiça não pelos sujeitos. Em alguns casos, a despeito do cumprimento da medida socioeducativa, o sujeito encaminhado ao CAPSad pelo sistema judiciário pode formular uma demanda de atendimento e permanecer em tratamento no serviço. As questões que colaboram para esta condição podem ser apontadas como aquelas que merecem ser investigadas em profundidade em estudos subseqüentes.

O acolhimento no CAPSad Pernambués vinha sendo realizado diariamente por profissional de nível superior, que tinha um turno da semana escalado para esta atividade: plantão de acolhimento. Por turno, realizava-se uma média de cinco atendimentos de acolhimento. No início da coleta de dados, o acolhimento era realizado nos dois turnos de funcionamento do serviço. A saída de profissionais da equipe contribuiu para que os atendimentos de acolhimento fossem concentrados no turno da manhã.

Segundo o ponto de vista dos profissionais, o acolhimento tem início ainda na recepção do serviço com a argumentação de que aqueles que desempenham a função de recepcionista abordam os sujeitos que chegam ao serviço de forma atenciosa e implicada com uma atenção resolutiva. Em relação ao momento da recepção e do acolhimento no serviço, alguns familiares, comparando o atendimento recebido em outros serviços com aquele vivenciado no CAPSad estudado, qualificaram este último pela resposta imediata à sua demanda de atenção. Como elementos de distinção do acolhimento no CAPSad, os familiares apontaram o fato de este ser contínuo, não sendo interrompido durante um período do ano, e a prontidão com que o atendimento pôde ser realizado:

Eu vim aqui antes do Natal, porque eu tenho uma filha usuária de droga e eu fui atendida, acolhida como ela falou, que parece que tem o mesmo comportamento, né? Fui lá no CETAD, no Canela, e nesse período de recesso por causa do Natal e Réveillon, não fazia atendimento, mas me deram um cartãozinho para que eu viesse aqui e eu vim e aqui atendeu até muito próximo do Réveillon e eu tive acolhimento, eu e minha filha... (Grupo Focal Familiares)

Quando cheguei aqui, quando cheguei logo no balcão uma menina me atendeu e me atendeu com tanto amor, tanto carinho, que o atendimento que eu tive ali, eu comecei a chorar e ela me perguntou assim: “você está com seu filho?”. Eu disse: “não, mas eu posso mandar buscar”. E então ela fez: “então veja, se você trazer seu filho, ele vai ser atendido agora”. Para mim foi muito importante o atendimento, muito, muito, muito, muito mesmo. Porque quando você é mal atendido num lugar e chega em outro e é bem atendido, é uma alegria muito grande, né? Sou muito grata por isso aqui. (Grupo Focal Familiares)

Em um serviço organizado em torno de muitas normas e regras, a recepção e o acolhimento foram identificados como momentos de atenção no contexto do CAPSad em que a flexibilidade frente às situações apresentadas pelo cotidiano merece especial consideração. Em se tratando de um serviço voltado para a atenção a usuários de álcool e outras drogas, o rechaço da demanda pode ter repercussões incontornáveis, como a perda de oportunidade de acesso ao serviço de saúde por um sujeito cuja iniciativa de procurar por atendimento faz-se permeada por obstáculos diversos, inclusive aqueles de natureza subjetiva. A flexibilidade na recepção e acolhimento no contexto do CAPSad pode ser traduzida em termos da habilidade dos profissionais em identificar e analisar situações particulares, aquelas que fogem à rotina, e oferecer uma resposta positiva aos sujeitos. Por exemplo, realizar um número maior de atendimento de acolhimento em um turno de maior procura ao serviço, ainda que seja necessário contar com o apoio de outro profissional não escalado naquele turno para o acolhimento; atender a uma situação em horário não destinado para o atendimento ao público, a exemplo da quinta-feira à tarde quando acontece a reunião ampliada da equipe; realizar uma escuta mais prolongada no atendimento de acolhimento, entre outras situações.

O acolhimento aos usuários que procuram o CAPSad pode ser considerado como um momento de aproximação com o serviço de saúde com poder de contribuir favoravelmente ou não para o seu acesso e início do tratamento. Admite-se que um serviço acolhedor às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas seja aquele capaz de produzir ações de saúde livres de julgamentos morais. O atendimento, a seguir descrito, realizado no contexto do CAPSad estudado pode ser tomado como ilustração de um acolhimento livre de julgamentos e comprometido com a efetivação do acesso do usuário ao serviço:

A respeito dos acolhimentos de hoje, a profissional comenta sobre o atendimento de um homem usuário de álcool. Ela conta que ao escutar que o mesmo era motorista de táxi e que costumava trabalhar sob efeito da substância preocupou-se em não expressar no rosto a sua indignação ou qualquer outra expressão de desaprovção. (Diário de campo, novembro de 2007)

O atendimento de acolhimento, como primeiro momento do usuário no serviço, não implica na admissão de todos aqueles que o procuram. Nesta perspectiva, os profissionais descrevem o acolhimento como uma atividade clínica, que envolve a escuta qualificada da demanda e do sofrimento dos sujeitos que chegam ao serviço. Assim, afirma-se a distinção entre o acolhimento e o que se compreende como mera triagem:

Agora, assim, eu... eu tenho o acolhimento como uma das funções mais importantes que tem aqui do CAPSad. A pessoa que chega aqui ao Centro, ela vem com um sofrimento. Ninguém vem pra aqui porque tá afim de assistir um filme, né? Então, chega com um sofrimento... Então, esse técnico que recebe esse paciente faz uma acolhida mesmo, né? Não é uma triagem, não é uma consulta, não é um olhar rápido. É um lugar que tem que acolher aquele sofrimento. [...] Então, não é uma questão de tá fazendo triagem, pra saber se é pra aqui ou pra lá. Mas, a gente precisa acolher aquele sofrimento. (Grupo Focal Profissionais)

Eu entendo acolhimento como uma coisa clínica não como coisa administrativa, né? (Entrevista coordenação CAPSad 4)

A partir do acolhimento, outros procedimentos podem ser conduzidos pela equipe do CAPSad antes de ser concretizada a admissão do usuário ao serviço. O cuidado com a admissão no CAPSad foi justificado pelos profissionais pela especificidade da questão do consumo de álcool e outras drogas. Argumenta-se, nesta direção, a importância de uma compreensão mais abrangente sobre esta problemática na história de vida dos sujeitos. Assim, um primeiro atendimento de acolhimento pode não ser considerado suficiente para obter esta compreensão. Então, foi instituído no CAPSad Pernambués a prática do *reacolhimento*, como um segundo momento de escuta do usuário com o propósito de aprofundar a abordagem inicial em torno de sua relação com o álcool e outras drogas. Este *reacolhimento*, por sua vez, poderá ser realizado pelo mesmo profissional que conduziu o primeiro atendimento ou por outro profissional da equipe, o que costuma estar condicionado às demandas e necessidades do usuário percebidas durante o acolhimento inicial. De acordo com os profissionais, a prática do *reacolhimento*, ao proporcionar um maior refinamento da escuta e da compreensão da demanda do usuário e sua família, tem repercutido em uma redução do índice de evasão do tratamento.

Dentre as questões que precisam ser exploradas e compreendidas durante estes primeiros contatos de usuários e familiares com o CAPSad, foram mencionadas: o tipo de droga consumida; o histórico, a frequência e a intensidade deste consumo; outros problemas associados ao consumo e sua recorrência. De acordo com os profissionais, a compreensão

acerca da natureza do consumo e da relação estabelecida pelo usuário com a substância psicoativa faz-se fundamental para caracterizar uma demanda a ser efetivamente acolhida para cuidado no CAPSad ou uma demanda que possa ser referenciada para outras instituições da rede de atenção. A decisão quanto aos casos que serão admitidos no CAPSad tem sido orientada pela normativa ministerial de que esta modalidade de serviço destina-se ao cuidado prioritário de pessoas com transtornos graves e persistentes decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Esta clareza quanto aos objetivos institucionais, entretanto, não se encontra difundida entre outros dispositivos sociais e de saúde, o que tem repercutido nos encaminhamentos feitos ao CAPSad frente aos relatos de consumo de substância psicoativa:

Uma coisa que a gente já falou, que outro já falou aqui, anteriormente, [...] que o paciente vem encaminhado de outra instituição, falou em algum momento: “usei droga”, é CAPSad, né? A gente ouviu mesmo. [...] Então, eu recebi, hoje, um paciente que passou por quatro instituições, totalmente psicótico, o paciente! Usou maconha uma vez na vida, lá na adolescência! Tem vinte anos e não usou mais. O que é que ele tá fazendo no CAPSad? “Ah, porque o paciente usou maconha...” (Grupo Focal Profissionais)

No caso de encaminhamentos ao CAPSad considerados equivocados quanto à natureza das demandas e necessidades de usuários e familiares, buscava-se redirecionar estes sujeitos para a rede de atenção à saúde, com a devida orientação de que instituição buscar. Observaram-se algumas situações em que profissionais do CAPSad estudado realizaram contato prévio com a instituição para onde o encaminhamento seria feito com o propósito de obter informações sobre o atendimento e os procedimentos necessários, possível agendamento de consulta, formalizando-se, assim, o encaminhamento junto à outra instituição. Em caso de usuário recebido de outro serviço, o contato poderia ainda ter como objetivo o esclarecimento dos motivos do encaminhamento para o CAPSad e discussão do caso com profissional responsável pelo encaminhamento na outra instituição. Uma questão colocada pelos profissionais do CAPSad era de que esta comunicação provocada em relação a outras instituições não se daria com a mesma frequência em relação ao serviço, persistindo encaminhamentos considerados equivocados para o CAPSad:

Não é uma triagem, é um acolhimento. E, se o acolhimento que a gente tem que encaminhar pra outro lugar, a gente não manda um papel somente. A gente pára, liga, atende, explica o caso, discute o caso e encaminha referendado, né? (Grupo Focal Profissionais)

O acolhimento realiza-se no serviço, mas também por telefone. Muitas pessoas, especialmente familiares, ligam para o CAPSad estudado em busca de informações sobre o seu funcionamento e também de orientação quanto à conduta em relação a um membro usuário de drogas. A escuta sensível possibilita o acolhimento de ansiedades e sofrimentos. Ao oferecer informações tanto quanto ao serviço quanto outros dispositivos da rede de atenção, os profissionais da recepção demonstraram-se implicados com a produção de respostas positivas às necessidades e demandas de usuários e familiares. Observaram-se, ainda, situações em que pessoas que transitavam pela rua ingressaram no serviço para obter informações sobre o seu funcionamento e natureza: *para que serve e o que se faz ali*. Para um dos sujeitos entrevistados, esta experiência de primeira aproximação com o serviço e esclarecimento de suas indagações foi favorável ao seu retorno para um atendimento de acolhimento e admissão ao serviço.

O acolhimento no CAPSad Pernambués encontra-se orientado pela lógica da redução de danos. Não é preciso encontrar-se abstinente para ser atendido, desde que o usuário apresente condições de discernimento e de tomada de decisão. A abordagem ao usuário no seu processo de admissão ao serviço busca contemplar a sua relação com o álcool e outras drogas – frequência e intensidade do consumo –, deflagrando-se uma negociação quanto à redução do consumo ou substituição de uma substância por outra reconhecida como menos prejudicial à saúde. Nesta negociação, o serviço afirma a co-responsabilidade do usuário em relação ao tratamento demandado e ao alcance dos objetivos terapêuticos almejados:

Uma senhora relata que desde o acolhimento o problema de seu familiar foi compreendido. O profissional não perguntou se ele bebia, mas o quanto ele bebia. Ela refere que no CAPS se trabalha com a perspectiva da redução do consumo. Com o seu familiar, por exemplo, aconteceu dele ser questionado se poderia consumir menos álcool no dia em que foi atendido e na semana seguinte. (Diário de campo, abril de 2007)

[A profissional] conta que faz pouco mais de um mês que o usuário chegou ao CAPS, completamente embriagado, “a cara no chão”. Pergunto sobre o acolhimento e ela me diz que no estado em que ele chegou não havia como fazer o acolhimento. Ele estava sozinho. Relata que fez um “trato” com o usuário, combinando que ele voltasse no dia seguinte, mas que deixasse de beber depois das 18 horas. No dia seguinte, lá estava ele, ainda alcoolizado, mas em condições de falar. Ela mesma realizou o seu atendimento de acolhimento. (Diário de campo, agosto de 2007)

Embora a expressão *acolhimento*, no CAPSad Pernambués, defina as entrevistas iniciais que precedem a admissão de usuários e familiares ao serviço, depreende-se que, em

sua acepção de escuta sensível e qualificada, o acolhimento constitua uma ação transversal e cotidiana. Por exemplo, recepcionam-se e acolhem-se usuários do serviço que chegam sob efeito de substâncias psicoativas, com o encaminhamento do mesmo para a enfermaria tendo em vista os cuidados necessários; acolhem-se aqueles que receberam alta terapêutica e que, de repente, aparecem no serviço, seja solicitando atendimento seja para uma simples visita aos profissionais e outros usuários; acolhe-se o usuário que havia abandonado o tratamento e que decide retomá-lo; entre outras tantas situações. Esta circunstância caracteriza o CAPSad Pernambués como um serviço acolhedor que, como tal, desponta como uma referência significativa para usuários e familiares.

6.2.2. Plano terapêutico individual

O plano terapêutico individual (PTI) consta entre as tecnologias empregadas no CAPSad estudado, sendo elaborado para cada usuário como parte dos procedimentos de sua admissão ao serviço. Como já fora descrito, o atendimento de *acolhimento* da pessoa que busca pelo CAPSad Pernambués – usuário, familiar ou ambos – pode ser desdobrado em novas entrevistas – o *reacolhimento* –, em número de encontros que se considerar necessário. A partir do esclarecimento da demanda endereçada ao serviço e do reconhecimento de que esta pode ser atendida no CAPSad, realiza-se a *primeira entrevista* de admissão do usuário. Enquanto o atendimento de acolhimento costuma ser realizado pelo profissional escalado pelo serviço para esta função em determinado turno da semana, o *reacolhimento* e a entrevista de admissão podem ser conduzidos pelo mesmo profissional ou outro, segundo a natureza da demanda ou especificidade de sua necessidade social de saúde:

A clínica, a gente funciona... temos um acolhimento, aí do acolhimento pode ter o *reacolhimento*, o acolhimento externo, ou o paciente é encaminhado pra primeira entrevista. Na primeira entrevista é... esse técnico que faz a primeira entrevista é inicialmente o técnico de referência do paciente na instituição, e aí ele vai ter um plano terapêutico inicial, né? Aí ele pode, nesse plano terapêutico, participar de todas as oficinas que a gente oferece... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Habitualmente, o profissional que realiza a primeira entrevista é designado técnico de referência do usuário, assumindo assim a responsabilidade pelo acompanhamento do seu tratamento na instituição. Outro compromisso do técnico de referência consiste na apresentação e discussão do caso por ele acompanhado em reuniões clínicas e ampliada da equipe no CAPSad. Esta estratégia contribuía para o compartilhamento deste

acompanhamento pelos profissionais do serviço, implicando a todos na abordagem terapêutica aos usuários:

É... quem faz a primeira entrevista passa a ser o técnico de referência, então todo paciente tem um técnico de referência. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Eu considero que o paciente é primeiro paciente da instituição, depois é paciente da equipe que trata e depois é paciente do técnico de referência [...] a gente deve ter muito cuidado com essa coisa que o paciente é do técnico de referência. Se o paciente tem um projeto terapêutico [...] na psiquiatria, na psicologia, [...] oficinas e terapia ocupacional, todos eles são responsáveis na condução desse caso. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

A construção do PTI tem início no processo de admissão do usuário na instituição, estando delineado ao final na primeira entrevista. No plano terapêutico são definidas as atividades das quais cada usuário participará, entre atendimentos individuais, oficinas e grupos terapêuticos. Segundo os profissionais, a definição acerca das atividades que compõem o PTI costuma ser norteadada pela compreensão das necessidades clínicas e psicossociais de cada usuário:

Nessa primeira entrevista é... depende da problemática do paciente, depende do interesse do paciente, a gente oferece, né, se tem alguma... uma questão clínica que a gente possa observar, uso de crack, alcoolismo... dentro da primeira entrevista tem algumas perguntas que você faz, se é uma indicação clínica a gente encaminha pro médico clínico, se é uma questão psiquiátrica (...) encaminha pro médico psiquiatra, aí você vai armando o seu projeto terapêutico. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

De acordo com os profissionais, a construção do PTI é empreendida pelo técnico de referência com a participação do usuário. Em relação ao conjunto de oficinas oferecidas pelo serviço, a escolha daquelas de que participará o usuário leva também em consideração a observação de suas habilidades e a manifestação do desejo pessoal de integrar alguma atividade específica:

Ele pode chegar aqui e dizer eu quero todas. Não é bem assim. É na hora do acolhimento, esse técnico que tá atendendo ele faz um plano terapêutico junto a ele. Assim... ele pode ter uma história com a arte, ele pode desenvolver ou com teatro... (Entrevista coordenação CAPSad 5)

Admitia-se, entretanto, que o nível de participação na escolha das oficinas que compõem o PTI não era o mesmo para todos os sujeitos em tratamento. Em alguns casos,

considera-se que a condição clínica do usuário no momento de sua admissão ao serviço compromete a sua autonomia e capacidade de escolha, o que pode resultar em uma condução mais diretiva por parte do técnico de referência:

Em algum momento, o paciente não tem, naquele... é... naquele instante da matrícula, o poder de tá... não tem como estar se expressando. Então o técnico já propõe alguma oficina a partir do que ele sabe ou interesse, ou se ele traz alguma questão. E, tão logo ele possa tá é... [...] participando mais ativamente, então ele... sempre interage... (Grupo Focal Profissionais)

Com a dinâmica do uso de drogas. E, à medida que ele vai, né, entrando em outro processo, ele, também, vai passando a poder, como sujeito... (Grupo Focal Profissionais)

O PTI construído no processo de admissão ao CAPSad estudado estava passível de revisão permanente segundo o acompanhamento terapêutico empreendido pelo técnico de referência e demais integrantes da equipe. Assim, mesmo aqueles usuários com menor nível de participação na construção do plano terapêutico inicial poderiam, à medida que conquistassem maior grau de autonomia, optar por permanecer em determinada oficina ou iniciar outra. Deste modo, a equipe ponderou que, a despeito da existência de um quadro de oficinas e grupos terapêuticos, o modelo de atenção vigente no CAPSad Pernambués privilegiava uma abordagem terapêutica flexível e implicada com as singularidades de seus usuários:

Na verdade esse quadro de oficinas, né, diversas, assim, é cada paciente que tá em tratamento vai se inserir nesse quadro, mas de uma forma particular. Não há grade padrão pra todas as pessoas. Então, assim, cada situação pode ser... [...] avaliada de forma particular... E, assim, que particularidades daquele caso... essa oficina deva ser indicada e não aquela... Então tem pessoas que tão em uma, depois podem mudar... O projeto terapêutico, então, quanto às oficinas, é sempre revisto com o técnico de referência. (Grupo Focal Profissionais)

O registro de observações dos atendimentos individuais e grupais em prontuário dos usuários e de familiares caracteriza uma prática sistemática no cotidiano do CAPSad estudado. Este registro figura como instrumento de acompanhamento terapêutico dos sujeitos em tratamento no serviço. Consultado pela equipe multiprofissional, oferece elementos que podem subsidiar a revisão do PTI. Para os profissionais, esta revisão precisava levar em consideração as mudanças subjetivas observadas nos sujeitos em tratamento. Os novos posicionamentos em relação às drogas e a aquisição de maior nível de autonomia precisavam,

então, ser reforçados pelas abordagens terapêuticas adotadas. Assim sendo, a manifestação do desejo, pelo usuário, em engajar-se em novas oficinas e grupos poderia ser tomada como indício de um curso favorável do tratamento proposto:

Têm pacientes que chegam aqui... e isso assim é muito da clínica da toxicomania o que vou falar pra vocês... tá no lugar de objeto, então eles chegam diz assim: “te interessa alguma oficina?”, aí ele responde: “a senhora que sabe”. Então, no início, você meio que você arma o projeto porque ele realmente tá impedido subjetivamente de poder escolher, o lugar da toxicomania tem a ver com isso, com uma coisa que tá mais (...) da necessidade, né, não do desejo, do poder escolher, tá impedido a isso. O indicador de que o tratamento tá funcionando é quando o paciente começa a te dizer: “olha, essa oficina não gostei não, mas essa aqui tá legal”, quando há a possibilidade de escolha. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Entre os sujeitos em tratamento no CAPSad Pernambués, identificaram-se narrativas convergentes com o discurso dos profissionais a respeito da construção do PTI. Alguns usuários declararam se perceber participantes da construção de seu PTI por haver sido a eles apresentadas as possibilidades de oficinas e grupos terapêuticos, bem como terem sido indagados por seus respectivos técnicos de referência sobre quais gostaria de integrar, tendo em vista interesses pessoais e habilidades. As mudanças no PTI quanto à participação em atividades grupais e atendimento individual, segundo o relato de alguns usuários, também estiveram acompanhadas de discussão com os técnicos de referência. Esta participação na construção do PTI confere aos usuários tanto autonomia e co-responsabilidade com o tratamento quanto flexibilidade de adequação dos horários de atendimento no serviço em relação a outras atividades que, por ventura, desenvolvam fora do CAPSad:

Na minha chegada aqui, eu fui muito bem aceito. Eu fiz a entrevista aqui, quando eu cheguei com a assistente social, fui encaminhado a... a [atendimento psiquiátrico]; depois, fui encaminhado [...] pra fazer a terapia de grupo e a terapia individual. Aí, ela disse: “O que é que você gosta de fazer?”. “...eu, eu pinto, eu desenho, desde os dois anos, três anos de idade, que eu gosto de desenhar, de pintar”. (Entrevista usuário 02)

E as oficinas. Porque o meu tratamento era intensivo. Eu vinha todos os dias. Sempre tive uma abertura muito grande com a minha técnica de referência, que era aquela coisa de “nada aqui é imposto!”. E, sim... apesar que eu não tenho nada a ver com isso e que as pessoas, às vezes, falam que existe uma imposição aqui dentro, eu não... eu nunca vi isso! Você vem, você participa se você quiser! Você tem o livre arbítrio. E eu sempre tive essa relação muito boa com ela. Tipo assim: “Olha, tem essa, essa e essa oficina. Qual a que você se identifica?”. E aí, a gente entrava no consenso e como ela também falava: “Não, essa daqui não, porque você já está aqui no atendimento individual e não tem por que ir em duas oficinas que é voltada pra um outro objetivo”. (Entrevista usuário 01)

...só eu mesmo que bebia muito e já usei drogas, a droga que eu falo é a maconha, só essa daí mesmo e a cachaça. Mas depois que eu entrei no CAPS eu já reduzi, isso eu já larguei de mão, ah... esse negócio e vai fazer dois anos que eu nunca mais usei e nem me dá vontade. A cachaça sempre eu bebo, mas tô reduzido. Agora mesmo tô com dois meses e meio que eu não sei o que é uma dose de cachaça. Nem cerveja, nem nada, não quero nada! Por isso mesmo que eu mandei [técnica de referência] me colocar aqui terça-feira. Ela queria me colocar terça, quinta e sexta, mas eu disse: “Não, senhora, terça-feira só tá bom”. Eu só venho dia de hoje... Ela me botou pra terça, por causa dessa bebida mesmo, e... tô tranquilo. (Entrevista usuário 07)

6.2.3. Oficinas e grupos terapêuticos

Dentre as práticas de cuidado do CAPSad Pernambués estão as oficinas e grupos terapêuticos, que apresentam diversidade temática e metodológica. O CAPSad estudado deu início ao seu funcionamento, em julho de 2004, com a oferta de cerca de 15 oficinas: Letras, Cerâmica, Expressão Artística, Prevenção de Drogas, Música, Cavaquinho, Hip-Hop, RAP, Exercícios Psicofísicos (yoga), Corpo-Respiração, Corpo-Relaxamento, Corpo-Meditação, Mosaico, Arte em Papel, Jogos e Brincadeiras e Rotativa. Em janeiro de 2007, quando iniciado o trabalho de campo da pesquisa, o serviço apresentava em seu mapa de atividades as seguintes oficinas: Ateliê Arte Viva, Oficina Hip-Hop, Oficina de Teatro, Oficina de Informação, Cidadania, Arte e Cultura, Oficina de Prevenção de Drogas, Oficina de Produções Artesanais, Oficina de Corpo ou de Yoga, Oficina Prevenção DST/AIDS, Oficina de Futebol, Oficina de Música, Oficina de Mosaico, Oficina de Percussão, Oficinas Jogos e Brincadeiras, Oficina de Cordas, Oficina de Letras, Oficina Cuidados Gerais com a Saúde. Os grupos terapêuticos no período correspondiam a Grupo de Família, Grupo “Se Toque”, Grupo Projeto de Vida, Grupo Restauração, Grupo Força de Expressão.

Ao comparar cronologicamente o mapa de atividades do CAPSad estudado, pode-se constatar a permanência de algumas destas atividades ao longo do tempo de existência do serviço, a exemplo das oficinas de Prevenção de Drogas⁶⁶, Música, Mosaico e Letras, e do Grupo de Família. Esta permanência na oferta de certas atividades diz respeito, em certa medida, a permanência do profissional responsável pela sua concepção e coordenação na equipe. Outras atividades, por sua vez, foram ressignificadas pelos mesmos ou por outros profissionais agregados à equipe.

As oficinas e grupos terapêuticos ofertados pelo CAPSad estudado contam com uma apresentação sistemática em documentos institucionais (relatórios de atividades e Projeto

⁶⁶ Em 2008, A Oficina de Prevenção de Drogas passou a ser intitulada Oficina de Redução de Danos.

Terapêutico do CAPSad), na qual podem ser identificados os seguintes itens: objetivo, justificativa, por vezes referencial teórico-metodológico, público-alvo, forma de inserção dos usuários, temas abordados, condução do grupo, avaliação e seus desdobramentos. A análise dos relatórios de atividades do serviço aponta que a avaliação periódica que os profissionais fazem das oficinas e grupos pode repercutir em algumas mudanças, sejam estas de ordem metodológica ou mesmo a suspensão da oferta pelo reconhecimento dos limites dos efeitos terapêuticos produzidos. A oferta de novas oficinas e grupos terapêuticos no CAPSad, seja por residentes ou por novos profissionais, encontrava-se condicionada à apresentação e discussão de sua proposta sistematizada junto à equipe multiprofissional. Esta condição favorecia o planejamento das atividades, evitando o *espontaneísmo* na condução de oficinas e grupos. A compilação das propostas sistematizadas de oficinas e grupos terapêuticos integram o Projeto Terapêutico do CAPSad. Nesta perspectiva, estas propostas estão institucionalizadas, não constituindo propriedade de um ou outro profissional. Por este motivo, na ocasião de saída da instituição do profissional que inicialmente propôs a atividade, esta pode ser conduzida por outros atores (residentes, estagiários, profissionais) vinculados ao serviço.

O Projeto Terapêutico do CAPSad Pernambués configura, portanto, um documento referencial ou uma espécie de *cardápio* das oficinas e grupos terapêuticos desenvolvidos pelo serviço. A existência deste documento norteador das práticas de cuidado contribuía para que as mudanças na oferta ou nas propostas das oficinas e grupos não representassem necessariamente rupturas com o projeto institucional. Com a incorporação de novos profissionais à equipe, em setembro de 2007, por exemplo, algumas oficinas e grupos que passaram a ser ofertados não constituíam propostas inovadoras, mas sim a retomada e/ou a continuidade de propostas institucionalizadas, concebidas por antigos profissionais e validadas/legitimadas por um coletivo. A revisão do Projeto Terapêutico do CAPSad Pernambués, incluindo a revisão das propostas de oficinas e grupos, apenas foi deflagrada cerca de seis meses após a inserção dos novos profissionais, sendo desencadeado um processo de discussão da equipe quanto aos projetos novos ou de reorientação das propostas pré-existentes.

A realização de oficinas e grupos terapêuticos no CAPSad estudado cumpre *rigorosamente* um mapa semanal de atividades, com definição de dias, horários e profissional(is) responsável(is) pela sua condução. As atividades estavam programadas para todos os dias e turnos de funcionamento do serviço, com exceção do turno da reunião da

equipe técnica. Em cada turno realizavam-se pelo menos duas atividades (oficina e/ou grupo terapêutico) no âmbito do serviço. Observou-se não haver oferta de atividades grupais simultâneas para os usuários, com uma atividade sucedendo a outra na programação de oferta. O grupo de família realiza-se em um único turno da semana. Os atrasos ou mesmo a não realização destas atividades caracterizavam situações que podem ser descritas como não rotineiras. No período de mudanças na equipe do CAPSad, observou-se um esforço dos profissionais remanescentes para a manutenção da regularidade das oficinas e oferta de atividades durante todo o período de funcionamento do serviço. Buscava-se evitar, então, o “vazio” no mapa de atividades do serviço – uma demanda expressa pelos próprios usuários.

As oficinas e grupos terapêuticos no CAPSad estudado aconteciam principalmente no âmbito do próprio serviço. As oficinas realizadas no território eram em número restrito e inseriam-se principalmente em projetos de intervenções comunitárias, desenvolvidos pela coordenação de ações comunitárias e pela equipe do Projeto EspaSSos da Rua – oficina de prevenção de drogas, oficina de prevenção de DST/AIDS, oficina de música e percussão, oficina de expressão artística. Nestes casos, as oficinas poderiam contar com a participação do público externo.

A diversidade de oficinas terapêuticas no contexto do CAPSad estudado pode ser atribuída ao número ampliado de profissionais na equipe multiprofissional. A exceção da coordenação geral do serviço, todos os demais profissionais da equipe encontravam-se engajados na proposição e coordenação de oficinas, não estando estas atividades, portanto, delegadas exclusivamente aos “oficineiros”. Os profissionais de nível superior, especialmente psicólogos e terapeutas corporais, eram responsáveis pela proposição e coordenação dos grupos terapêuticos. A maioria das oficinas e grupos terapêuticos no contexto do CAPSad era realizada em duplas de profissionais, os quais ainda poderiam contar com a colaboração de estagiários e residentes:

Então, por exemplo, eu acho que todos que estão aqui, né, todos nós aqui [...] todos que estamos aqui, coordenamos oficina, né? (Grupo Focal Profissionais)

Durante o período de coleta de dados, observou-se que as oficinas e grupos terapêuticos eram previamente planejados pelos profissionais responsáveis por sua coordenação. Quando a atividade era desenvolvida em colaboração com outro profissional, estagiários ou residentes, o planejamento envolvia momento de discussão coletiva. Este

planejamento conjunto colaborava para a sincronia das intervenções dos profissionais responsáveis pela coordenação e condução da atividade. Outro aspecto relevante do planejamento conjunto era a possibilidade de complementaridade de pontos de vista, favorecendo a interdisciplinaridade e a integralidade das intervenções. O planejamento levava em consideração a dinâmica da condução (estratégia metodológica), temáticas que poderiam ser abordadas, formas de intervenção, as demandas e necessidades dos participantes percebidas pela equipe.

Ao final da condução da oficina ou grupo terapêutico, observaram-se ainda momentos de discussão entre os profissionais com o propósito de avaliar a atividade em termos do alcance dos seus objetivos e possíveis efeitos terapêuticos. Nesta avaliação, discutia-se a atividade como um todo e também as singularidades das participações dos usuários. A observação quanto à participação dos usuários na atividade poderia fazer suscitar questões a serem abordadas ou aprofundadas nos atendimentos individuais, o que era propiciado pelas oportunidades de discussão de caso.

A respeito do planejamento das oficinas e grupos, observou-se que a condução destas atividades quase sempre exigia flexibilidade dos profissionais, com adequação das atividades planejadas à dinâmica do grupo e aos conteúdos emergentes. A presença de um usuário sob efeito de substância psicoativa na atividade pode ser destacada entre as situações que defrontavam os profissionais com a necessária flexibilidade e ao mesmo tempo foco na sua coordenação de forma que a atividade não perdesse o seu direcionamento, tendo em vista os seus objetivos. Entre o planejado e as demandas emergentes dos participantes de oficinas e grupos, observou-se que a condução destas atividades buscava privilegiar estas últimas:

Perguntei como era que ele preparava a oficina [...] Ele me disse que tem o costume de preparar a oficina antes. A da segunda-feira, por exemplo, começa a pensar no sábado, amadurece a idéia no domingo e deixa tudo preparado para a oficina. Se, no momento que estiver acontecendo a oficina, surge uma discussão interessante, então ele deixa o material preparado de lado e discute com os usuários o que eles trouxeram ao grupo. Afirma que é mais importante que se discuta não o que está preparado, mas sim o que o grupo demanda. Considera que às vezes é muito difícil conduzir a sua oficina, pois dela participam homens e mulheres de diferentes idades. Às vezes precisa adequar o assunto e verificar a forma de abordagem às pessoas... [...] E é preciso estimular que todos entrem na discussão de forma a colocar as suas opiniões sem se sentir constrangido. (Diário de campo, agosto de 2007)

No caso daquelas oficinas eventualmente transpostas para o contexto de intervenções comunitárias, observou-se que a flexibilidade no planejamento destas atividades fazia-se

ainda mais premente. Entre os profissionais, identificou-se o consenso de que o planejamento era importante para o norteamento das práticas em termos de seus objetivos e estratégia metodológica. Ressaltava-se, assim, a necessidade de se ter conhecimento das atividades planejadas por outros integrantes da equipe, de forma a facilitar possíveis parcerias ou intervenções conjuntas. A dinâmica da rua, entretanto, confrontava a equipe com a constante necessidade de adequação da atividade previamente planejada não apenas às demandas e necessidades da população assistida, mas ao próprio cenário de intervenção. Assim, o planejamento de oficinas para o contexto do território caracterizava-se como uma estratégia norteadora das intervenções, não se confundindo, entretanto, com um “roteiro” a ser obrigatoriamente seguido:

A parte final da reunião foi dedicada ao planejamento das intervenções em campo... [...] O momento de planejamento foi sem dúvida importante, proporcionando ao grupo um norteamento do que seria feito. (Diário de campo, março de 2008)

O planejamento que realizamos na reunião da semana passada precisou ser adaptado ao contexto da rua. Esta é uma marca muito forte das intervenções feitas no território: plasticidade, criatividade, flexibilidade. Na ausência de uma parede para prender o papel metro para o painel, a idéia de envolver o tronco de uma árvore. Se não havia fita crepe para a fixação, a idéia de passar o barbante deste e daquele jeito em torno da árvore... (Diário de campo, fevereiro de 2008)

...na rua todo planejamento é relativo, conta muito a oportunidade das situações e a criatividade dos técnicos. (Diário de campo, fevereiro de 2008)

...a dinâmica da rua, muitas vezes, põe por terra todo planejamento... (Diário de campo, março de 2008)

A oferta de oficinas no CAPSad estudado mostrou-se relacionada à habilidade dos seus proponentes: músico – oficinas de música; redutor de danos – oficinas de prevenção e redução de danos; artista plástico/ator – oficinas expressivas; educador físico/terapeuta corporal – oficinas corporais; assistente social – oficina de cidadania; psicólogo – grupos terapêuticos, etc. Neste sentido, a participação dos usuários na concepção das oficinas e grupos pode ser descrita como muito restrita. A assembléia foi identificada como um espaço propício para discussão dos projetos das oficinas e sua adequação às demandas e necessidades dos usuários, mas a escuta que não resulta em encaminhamentos concretos das questões suscitadas por estes atores revelou-se inoperante para este propósito. A participação dos

usuários no planejamento das oficinas limitava-se, portanto, ao contexto da própria atividade, quando estes eram indagados pelos profissionais sobre propostas e intencionalidades quanto ao fazer ou sobre que tema discutir durante a atividade a ser iniciada.

Os materiais utilizados nas oficinas e grupos terapêuticos são diversos: lápis preto e coloridos, lápis de cera, caneta hidrográfica, papel ofício, papel metro, revistas e jornais, tinta guache, pincel, argila, telas, instrumentos musicais, peças para bijuterias, cola, tesoura, material reciclável diverso, aparelho de som, músicas, filmes selecionados (ex.: Tropa de Elite, Cidade de Deus), entre outros. Estes materiais caracterizam-se pela potencialidade de mediação da relação terapêutica estabelecida entre profissionais e usuários. A partir destes recursos eram elaborados produtos “expressivos” – desenhos, quadros, mosaicos, frases... – sobre os quais os usuários eram solicitados fazer uma apresentação para o grupo. Esta abordagem, por sua vez, precipitou, muitas vezes, a expressão da subjetividade dos sujeitos, com a emergência de questões que nortearam as intervenções dos profissionais no contexto da atividade, desencadeando reflexões por todo o grupo. Em alguns casos, o profissional podia restringir a narrativa do usuário, sinalizando-lhe que a partir de determinado ponto ele poderia aprofundar as questões emergentes durante a oficina com o seu técnico de referência em atendimento individual, respeitando-se assim as individualidades.

Os produtos das oficinas apresentam-se incorporados à arquitetura do CAPSad estudado. Nas paredes, encontram-se telas e murais produzidos pelos usuários. Em um espaço do serviço, adjacente à sala de recepção, foi montada uma exposição permanente de quadros e peças em argila. Na recepção, o mural expunha peças de bijuteria confeccionadas na oficina de produções artesanais. Observou-se que esta incorporação dos produtos das oficinas à arquitetura do serviço produzia repercussões entre os sujeitos em tratamento. Estes produtos em exposição remetem para o seu pertencimento e vinculação ao serviço, mesmo entre aqueles que receberam alta terapêutica.

A questão da “propriedade” das peças produzidas (se dos usuários ou do serviço) esteve presente na oficina de criações artesanais. A solução do impasse demandou habilidade de negociação da equipe, a qual recorreu à explicitação e esclarecimento de “regras” institucionais. Definiu-se que as peças eram de propriedade do serviço, com a renda derivada de sua comercialização sendo revertida em aquisição de matéria prima para as oficinas.

Quanto às oficinas e grupos terapêuticos ofertados pelo serviço, os profissionais expressaram uma preocupação quanto ao equilíbrio entre o que qualificaram como atividades

“subjetivas”, consideradas aquelas que assumem a subjetividade dos usuários como principal objeto de trabalho, e as atividades “operativas”, aquelas que envolviam um *fazer* concreto, a exemplo do ateliê, a oficina de mosaico, a oficina de produção artesanal, oficina de música. A provocação de uma reflexão sobre os produtos e/ou as experiências promovidos pela atividade revelou-se uma estratégia comum às oficinas e grupos no contexto do CAPSad estudado, o que tornava oportuno a expressão da subjetividade dos sujeitos, com atribuição de sentidos às experiências e produtos destas atividades, subsidiando as possíveis intervenções terapêuticas dos profissionais.

A despeito do tipo de orientação das oficinas – expressiva, produtiva, educativa/redução de danos –, a observação de sua condução permite depreender que estas atividades caracterizam-se, no contexto do CAPSad estudado, como espaços de escuta qualificada e de intervenção terapêutica, não se confundindo, portanto, com atividades para o “entretenimento” ou para “passar o tempo” (SARACENO, 2001). A compreensão da história de vida dos usuários participantes destas atividades desponta como a condição que permite contextualizar e qualificar as intervenções feitas pelos profissionais a partir da observação da participação dos usuários e da escuta de suas narrativas, com a problematização de conteúdos e comportamentos. A flexibilidade e a assertividade figuram como habilidades necessárias aos profissionais na condução destas atividades, tendo em vista a adequação do planejamento prévio aos conteúdos e demandas emergentes, bem como a delimitação e afirmação dos limites e das regras de convivência que perpassam as relações sociais dentro e fora do CAPSad:

A oficina me parece um espaço muito rico. Após esta segunda oportunidade de observação, posso afirmar que está longe de ser um espaço de “ocupação do tempo”. Vejo os usuários produzindo artefatos e subjetivando suas questões, compartilhadas no grupo. Algumas questões enunciadas por um sujeito tocam outros. O desemprego de um usuário é também o desemprego de outros tantos... A profissional busca explorar as estratégias de enfrentamento da situação pelos usuários. A condução que permite a interlocução entre os próprios sujeitos me pareceu muito perspicaz. O profissional não é o único autorizado a intervir. As potencialidades de um sujeito (ser habilidoso, ser talentoso...) podem ser identificadas e assinaladas por outro sujeito em condição semelhante. O encorajamento, o incentivo, a valorização, a solidariedade podem então circular neste espaço. Enquanto produzem seus artefatos, os usuários falam da vida, do cotidiano, da família, da sexualidade, das carências e necessidades (“a cara da fome é feia” – disse-nos um rapaz) e das drogas enquanto tema transversal a todos os outros. Por outro lado, a fala não ressoa no vazio, há uma escuta qualificada sendo operada pela profissional condutora da oficina, capaz de fazer associações com as histórias de vida e familiar daqueles sujeitos. (Diário de campo, setembro de 2007)

Embora a oferta de algumas oficinas no CAPSad remontasse ao início do funcionamento do serviço, em 2004, observou-se certa diversidade em termos dos conteúdos nestas abordados. Esta diversidade, por sua vez, resultava da busca de articulação com os temas da vida cotidiana, a exemplo dos acontecimentos sociais, culturais e políticos noticiados pelos veículos de comunicação e com as histórias de vida dos usuários participantes, notadamente a abordagem de temas como desemprego, a sexualidade, as relações sociais, a relação com a família, a violência, as situações de discriminação e maus tratos. Alguns temas específicos abordados em oficinas acompanhadas pela pesquisa referiram-se à Política Nacional sobre Drogas (Lei 11.343 de agosto de 2006); ao Dia da Consciência Negra; a Legalização da Maconha; ao Dia Internacional de Luta contra a AIDS, aos Direitos dos Usuários do SUS.

Nesta perspectiva, a condução das oficinas e grupos mostrou-se centrada na escuta dos usuários e em suas demandas e necessidades. Pode-se afirmar que, em última instância, os conteúdos das oficinas versaram sobre questões da vida cotidiana e o posicionamento subjetivo dos sujeitos em relação às mesmas. O consumo de álcool e outras drogas e a concepção de redução de danos fizeram-se transversais a outros tantos temas emergentes. Desta forma, o centro das intervenções não correspondeu ao consumo de álcool e outras drogas, o qual podia ou não emergir como tema durante a condução das atividades, mas sim as formas de lidar com os muitos desafios com os quais todos eram diariamente confrontados:

Conta que no domingo acompanha os noticiários, com o objetivo de identificar temas para a discussão com os usuários. A idéia para a oficina de hoje teria emergido a partir de uma matéria que assistiu no domingo na MTV. A matéria era sobre o incidente recente no Rio de Janeiro em que em uma operação em um morro da cidade a polícia matou 12 ou 16 pessoas, declarando que todas tinham envolvimento com o tráfico de drogas. O incidente está associado a uma imagem muito forte veiculada pelos meios de comunicação de massa em que policiais em um helicóptero atiram contra dois rapazes que tentam fugir e acabam sendo mortos. Na matéria, promoveu-se um debate com a participação do músico Lobão, o comandante da PM e um representante do movimento ou órgão pelos Direitos Humanos. O profissional anotou algumas frases/ declarações e trouxe para discuti-las durante a oficina com os usuários. As frases referiam-se a legalização da maconha, a necessidade de mais serviços para o tratamento das pessoas usuárias de drogas, a droga como grande vilã na cidade do Rio de Janeiro e sobre a necessidade de projetos/ estratégias para inclusão social de ex-presidiários. (Diário de campo, outubro de 2007)

A condução das oficinas e grupos no CAPSad estudado orientava-se ainda para a promoção da interação entre os usuários, no sentido de construção de redes de solidariedade e

de ajuda mútua que pudessem funcionar como fator de proteção ao consumo abusivo de álcool e outras drogas:

Hoje iríamos discutir sobre a visita ao Zoológico, realizada na semana passada pelo grupo. A proposta incluía ainda o engajamento dos participantes em uma atividade em conjunto e que pudessem fazer o grupo pensar como um grupo. [...] O profissional solicitou que todos falassem um pouco sobre a experiência de ter ido ao Zoológico. Quanto às pessoas presentes que não participaram da atividade semana passada, propôs que falassem sobre como elas imaginavam que tinha sido a visita. [...] A proposta seguinte era que se fizesse um desenho que representasse o Zoológico ou algum animal que eles haviam visto, mas a construção do desenho deveria ser em conjunto. O grupo inicialmente demonstrou muita resistência, porém foram surgindo algumas idéias e o grupo foi discutindo. Diante de tamanha resistência, o profissional questionou porque que eles não confiavam uns nos outros. Depois desta provocação, os usuários então resolveram experimentar. Um senhor trouxe a idéia de cada um fazer um risco e ver o que iria aparecer. [...] Os participantes iniciaram seus riscos e esses foram evoluindo aos poucos. Os riscos aos poucos deram origem a um cachorro, que se transformou em uma onça, em um gato pintado e se aparentou com um lobo. [...] O profissional problematizou o resultado do desenho que todos haviam gostado muito e perguntou qual era a dificuldade do grupo em trabalhar em grupo... [...] ...pediu que todos pensassem nisso. (Diário de campo, outubro de 2007)

Apesar do leque relativamente amplo de oficinas e grupos terapêuticos realizados pelo CAPSad estudado, entre os usuários prevaleceu a opinião de que o serviço poderia ampliar a sua oferta e diversidade. Dentre as demandas, ressaltam-se aquelas quanto às oficinas profissionalizantes ou de geração de renda. Uma das questões suscitadas pelos usuários nas assembleias referia-se à ampliação do número de turnos e de horário de oficinas desenvolvidas pelo serviço que, embora não tivessem o propósito de gerar renda, poderiam proporcionar o desenvolvimento de habilidades para a produção de produtos comerciáveis, a exemplo da oficina de produções artesanais e o ateliê. Outra questão dos usuários recorrente nas assembleias era a descontinuidade da oficina de futebol (prática esportiva), que havia sido suspensa em virtude da necessidade de avaliação médica dos usuários e atestado de aptidão física. A respeito da oficina de futebol, um usuário assinalou que a considerava importante por ser uma atividade que fazia “suar” e, segundo o seu ponto de vista, contribuir para o processo de desintoxicação. Outro usuário reconhecia a oficina de futebol como uma atividade de “lazer” proporcionada pelo serviço.

Outra demanda expressa por usuários dizia respeito à criação de um espaço de leitura. Nesta direção, algumas iniciativas/ projetos do serviço não obtiveram êxito, como a organização de uma biblioteca ou a inscrição do serviço para o recebimento diário e gratuito de jornais. O serviço disponibilizava algumas revistas de números atrasados e alguns poucos

livros em uma pequena estante na sala de TV e leitura. Em relação às oficinas, outra demanda dos usuários, discutida em assembléias, era quanto à apresentação/exposição dos seus produtos, sejam os produtos artesanais (bijuterias, quadros, peças em argila, etc) sejam às produções artísticas, como a apresentação do grupo de música e percussão. Para os usuários, esta possibilidade de apresentação dos produtos para um público externo, que representa a sociedade em si, conferia um sentido à participação nas oficinas – um fazer produtivo, traduzido como “trabalho”, que, como tal, poderia criar pontes para a inclusão social. De acordo com a opinião de um usuário participante da oficina de percussão: “...*não ficaria apenas ‘batucando’, mas teria um momento de apresentar ‘o trabalho’.*” (Diário de campo, junho de 2007). O comentário de outro usuário sobre a exposição de seus quadros parece apontar para a mesma direção:

O rapaz descobre alguns de seus quadros sobre a bancada do ateliê. Ele pega os quadros e fala em tom de aborrecimento, dizendo que os quadros ficavam expostos na recepção do CAPS, que foram levados para exposição no Encontro de Saúde Mental e depois não foram colocados de volta no lugar de antes. Indaga: “isto não é exclusão?”. (Diário de campo, setembro de 2007)

Para a equipe multiprofissional, a expectativa de usuários quanto à apresentação pública de produtos das oficinas, particularmente às apresentações de música e teatral, demandava intervenções preparatórias com o propósito de diluir a “auto-exigência” – poderia ser *alta-exigência?* –, que pode acabar por precipitar o consumo de álcool e outras drogas como estratégia de enfrentamento da realidade então colocada. Nesta direção, os profissionais argumentavam junto aos usuários que o serviço não tinha por objetivo formar artistas, com o desenvolvimento de habilidades artesanais, musicais ou de interpretação teatral, mas de produzir efeitos terapêuticos:

Uma jovem faz intervenções ao longo da oficina dirigida a outros usuários. Mostra-nos os quadros pintados por um rapaz e afirma que ele é muito talentoso [...] Quanto a si mesma, declara que sua “veia artística é entupida”. O profissional intervém e assinala que ninguém estava ali participando de um concurso de produção artística. A frase para mim não era inédita, eu já havia escutado de outros técnicos do CAPS, preocupados com o que denominam de auto-exigência, muitas vezes não sustentada pelos usuários. (Diário de campo, setembro de 2007)

No que concerne à participação dos usuários nas oficinas e grupos, observou-se que o número de participantes por atividade mostrou-se variável em decorrência da rotatividade

de usuários no próprio serviço. Dentre as oficinas e grupos de que participavam os usuários, pelo menos uma atividade contava com a coordenação de seu técnico de referência, uma situação que favorecia tanto a relação entre este profissional e o usuário quanto o seu acompanhamento terapêutico. Não foram observadas restrições quanto à chegada ou saída de usuários após o início de oficinas e grupos, mas estes eram estimulados a participar integralmente destas atividades.

A participação de usuários sob efeito de substâncias psicoativas em oficinas e grupos apresentou-se como uma questão polêmica entre usuários e profissionais. Entre os usuários, que propuseram a discussão da questão em assembleias do serviço, a participação de pessoas sob efeito de álcool ou outra droga nas atividades grupais podia atrapalhar a sua condução em decorrência de dispersão e comentários considerados impertinentes e, assim, comprometer o “projeto terapêutico” da atividade. Entre os profissionais, a situação sem dúvida apresentava-se como um desafio à condução da atividade, pelo manejo necessário e foco no objetivo da atividade conforme seu planejamento prévio. Ainda assim, a condição não constituía, em si, motivo de interdição da participação dos usuários em oficinas e grupos. A depender da condição do usuário, a participação na oficina ou grupo poderia ser substituída por atendimento individual ou ambulatorial para desintoxicação. Quando efetuada, a interdição de participação do usuário sob efeito de substância psicoativa em atividade grupal fazia-se orientada pela compreensão da singularidade de cada caso. A solicitação de interdição por parte dos usuários poderia ser traduzida como demanda de “controle” e afirmação de “limites”. Nesta situação, a interdição não apenas se fazia necessária como também denotava uma intervenção com potencial terapêutico:

...porque eu, quando vinha participar do grupo, já vinha já domado. Os que não ficavam dormindo, ficavam falando besteira e respondendo besteira, coisa que ela [profissional] perguntava, eles respondiam besteira... (Entrevista usuário 02)

A participação nas oficinas e grupos no CAPSad Pernambués era restrita aos sujeitos em tratamento no serviço e em conformidade com o seu plano terapêutico individual. A autorização quanto à participação de “observadores” (estagiários, pesquisadores) era conferida pela equipe técnica. Observou-se, durante o período de coleta de dados, a participação de acompanhantes de usuários (amigo, namorado, familiar não inscritos no CAPSad ou profissional de outra instituição) nestas atividades ser vetada pela equipe. A preservação da privacidade apresentou-se como um forte e coerente argumento. Nesta mesma

direção, as considerações dos profissionais quanto ao sigilo do conteúdo das falas dos participantes das oficinas entre os próprios usuários perpassavam as atividades. A maioria das oficinas e grupos terapêuticos era realizada em espaço do serviço reservado a estas atividades – o Espaço de Convivência – e de forma protegida de interferência externa.

As oficinas desenvolvidas pelo CAPSad eram concebidas pelos profissionais como “terapêuticas”, não havendo a oferta de oficinas profissionalizantes ou de geração de renda. Entre os profissionais, prevalecia a compreensão de que a aquisição de habilidades que pudessem ser utilizadas pelos usuários com o propósito de inserção no mercado de trabalho não constituía um objetivo primário das oficinas ofertadas pelo serviço, mas poderia ser consequência dos efeitos terapêuticos produzidos por estas atividades:

Outro usuário expressa que sente falta no CAPS de oficinas profissionalizantes e cita o exemplo da oficina de bijuteria [...]. As considerações de uma profissional são de que já havia se experimentado destas oficinas e que o resultado não havia sido muito exitoso e que a equipe havia decidido dar um foco às oficinas, visando o seu fim terapêutico. Enfatiza-se, nesta linha, que todas as oficinas realizadas no CAPS são essencialmente terapêuticas. (Diário de campo, junho de 2007)

A experiência do serviço em relação à oferta de oficina de geração de renda remonta aos meses iniciais de seu funcionamento. O projeto da oficina de culinária foi concebido como uma alternativa à distribuição de vale-transporte. As ausências de usuários ao serviço foram inicialmente compreendidas pela equipe como uma dificuldade de acesso atribuída à falta de dinheiro para o transporte coletivo. Com a distribuição do vale-transporte, observou-se que esta ação não repercutiu em maior frequência dos usuários ao serviço e o vale transporte, em alguns casos, era usado como moeda de troca para a aquisição de substâncias psicoativas. Passou-se, então, a oferta da oficina de culinária, cuja proposta era o fomento à geração de renda com a preparação de sanduíches naturais que pudessem ser comercializados pelos usuários. Os profissionais relataram que o envolvimento dos usuários não havia sido muito grande e a oficina deixou de ser realizada em poucas semanas:

Já houve, logo no início, um trabalho lá no Canela, em virtude de uma dificuldade que surgia do paciente se locomover para o CAPS. É... A idéia de que a gente pudesse abrir espaço pra uma oficina geradora de renda, que foi uma oficina de culinária e, onde se começou a fazer... acho que no máximo um mês, quatro oficinas, né, para fazer sanduíche... [...] Foi só um dia por semana. Mas, isso não se sustentou, né? Na verdade, os próprios pacientes, de uma forma geral, não participaram. A adesão foi muito pequena. Ao contrário da queixa de que não chegavam, não tinham como vir. Os que, realmente, se disponibilizaram pra fazer, eram poucos. (Grupo Focal Profissionais)

6.2.4. Assembléias

A assembléia encontrava-se entre as atividades desenvolvidas pelo CAPSad estudado desde o início de seu funcionamento. Ao longo da existência do serviço, esta atividade havia passado por algumas reformulações: assembléias semanais, assembléias com duração de um turno, assembléias quinzenais, assembléias no horário de almoço, até chegar ao formato de assembléia mensal. Enfim, no início da coleta de dados, as assembléias vinham sendo realizadas nas primeiras quartas-feiras do mês, com a duração de uma hora (11 às 12h). Este mesmo horário era reservado para a realização da reunião semanal da coordenação da clínica. Assim sendo, na primeira quarta-feira de cada mês, as assembléias eram realizadas em substituição àquela reunião, o que contribuía para a presença de um número expressivo de profissionais na atividade.

O maior espaçamento entre as assembléias foi justificado pela equipe do CAPSad em termos da observação de reduzida participação de muitos usuários na atividade, além da utilização deste espaço para a apresentação de queixas por parte destes sujeitos e atribuição de responsabilidades quanto à solução dos problemas identificados à equipe do serviço:

É... a assembléia já é com os pacientes, então a gente tem assembléia com eles antes, nesse momento as assembléias eram semanais, depois a gente viu que era demais, que muitos não participavam, que virou um espaço assim de queixa, né? E que a gente não conseguia também, é, naquele momento, é, conduzir as coisas de forma... a, a gente abarcava todas as queixas e pegava, eles se desimplicavam, né? Faziam uma relação de coisas que nós tínhamos que fazer, nós pegávamos pra gente e iríamos tentar o tempo todo tá resolvendo tudo aquilo que eles jogavam. Quando a gente viu que não, esse espaço não estava funcionando, não dava pra ser dessa forma e que não era um espaço de queixa, mas tinha que ser um espaço de construção e de implicação... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Dentre as atividades desenvolvidas pelo serviço, a assembléia pode ser apontada como aquela a qual era conferida uma importância secundária. A análise de alguns fatores converge para esta interpretação. Um primeiro aspecto reporta-se ao horário reservado à assembléia. Programada para ter início às 11:00 horas, qualquer atraso acarretava-lhe prejuízo em sua duração, uma vez que o almoço era serviço ao meio dia e esta circunstância dispersava a participação de muitos usuários, que começavam a se retirar do auditório antes mesmo de sua conclusão:

Como há muitos pontos levantados para a pauta, tenta-se priorizar os pontos para a discussão, sendo mencionado que os pontos que não pudessem ser discutidos ficariam para outro encontro. A proposta gera protestos, particularmente de [um usuário], que pontua que a

assembléia havia iniciado com atraso de vinte minutos. Ademais, a próxima assembléia só aconteceria dali a um mês. Cria-se um impasse, faltavam vinte minutos para o meio dia. (Diário de campo, agosto de 2007)

Um segundo aspecto a ser assinalado refere-se à observação quanto à redução da frequência da coordenação e de outros profissionais da equipe nas assembléias durante o período de coleta de dados. Diante do questionamento dos usuários, argumentava-se que os profissionais presentes no serviço encontravam-se engajados em outras atividades. A ausência persistente dos profissionais nas assembléias foi percebida pelos usuários e, em reflexo, observou-se uma redução da participação destes na atividade. Alguns usuários optavam por permanecer na sala de TV durante a assembléia. Outros dois fatores que parecem ter contribuído para o esvaziamento do espaço da assembléia pelos usuários durante o período de coleta de dados foram: a pouca clareza quanto ao seu objetivo e a ausência de encaminhamentos e respostas às questões apresentadas pelos usuários.

O sentido inicialmente atribuído à assembléia no contexto do CAPSad estudado era de orientação clínica, de forma que as questões apresentadas pelos usuários eram abordadas sob uma perspectiva clínica que buscava sua implicação subjetiva. De acordo com esta orientação, por exemplo, se um usuário tratasse da falta de médico no CAPSad, ele poderia ser indagado sobre sua atitude de busca de atendimento nos serviços de saúde. Muitas vezes o técnico de referência era responsável por esta intervenção no contexto da assembléia:

Então, assim, é... eu acho que pensar na clínica, a assembléia como um... um... um... um dispositivo clínico, é o... é o que a gente tem feito, né? (Grupo Focal Profissionais)

Com a mudança de profissionais na equipe, a orientação clínica conferida ao espaço da assembléia esteve passível de questionamento, particularmente entre os residentes, principais atores do serviço que manifestavam especial interesse pela condução das assembléias no período. Estes buscaram conferir um novo sentido à assembléia, aproximando-a de uma proposta de participação política, conferindo aos usuários uma postura mais protagonista, com estímulo à mobilização e organização dos usuários para reivindicação de direitos, formulação e votação de propostas para o serviço. Esta intervenção, entretanto, mostrou-se de pequeno alcance haja vista o limitado poder de decisão dos residentes no serviço. Ainda assim, fazia-se manifesta a necessária revisão dos objetivos da assembléia no contexto do CAPSad Pernambués.

O quarto fator analisado refere-se à forma como os temas das assembléias tornaram-se reincidentes na elaboração das pautas. A elaboração da pauta correspondia sempre ao primeiro momento da assembléia. A ausência da retrospectiva da discussão que se teve nas assembléias anteriores e dos encaminhamentos subseqüentes fazia com que se perdesse a oportunidade de continuidade e aprofundamento da discussão dos problemas e das formas de enfrentamento dos mesmos. Deste modo, era como se cada assembléia abrisse uma nova discussão e velhas questões acabavam se repetindo. Assim, as assembléias passaram a girar em torno das mesmas problemáticas. Enfim, o esvaziamento da assembléia, por usuários e profissionais, parecia muito bem traduzir o esvaziamento de seus objetivos e potencialidades de constituição de sujeitos em exercício de sua cidadania:

Um rapaz refere-se à assembléia como oficina. O profissional pontua: “Oficina ou assembléia? O que é uma assembléia?”. O rapaz então responde que não tem visto diferença entre uma coisa e outra. Ressalta a ausência dos técnicos e da coordenação do serviço naquele espaço, referindo que no passado a assembléia era algo que mobilizava todo o serviço, com a participação de todos os técnicos, que interrompiam naquele horário suas atividades. (Diário de campo, novembro de 2007)

A assembléia no CAPSad estudado corresponde a um espaço de participação de usuários e profissionais – e também de residentes –, particularmente daqueles já presentes no serviço no dia de sua realização. A ausência de familiares e de pessoas da comunidade nesta atividade foi argumentada pelos profissionais pelo fato da assembléia ser compreendida como um espaço para discussão do cotidiano do serviço. A argumentação mostra-se coerente com a realidade de restrita presença e participação das famílias no serviço e suas atividades:

Hoje em dia, a assembléia é num lugar onde a gente discute questões de como estão lidando com... é... o estar no Centro, tiram suas dúvidas, fazem colocações sobre... até o próprio comportamento do dia-a-dia deles, aqui, né?, perguntam coisas aos técnicos, fazem propostas... (Grupo Focal Profissionais)

Para técnicos e pacientes, nunca incluindo familiares nem comunidade. Nossas assembléias sempre foram com pacientes e técnicos! (Grupo Focal Profissionais)

...é o objetivo que a gente pensa da assembléia é de ser um espaço de discussão deste cotidiano institucional, né?, e quem vive esse cotidiano institucional são os usuários e os técnicos! (Grupo Focal Profissionais)

A assembléia não se caracterizava como uma atividade com poder de mobilização expressiva, capaz de convocar ao serviço usuários e profissionais com o propósito de participar da atividade. Tratava-se do espaço delegado aos usuários para a proposição de temas para discussão, os quais eram levantados no início da atividade para elaboração da pauta. A coordenação da assembléia era realizada pelos profissionais, que se reservavam nesta função e no registro em ata da discussão. A ata da assembléia era levada para leitura e discussão na reunião técnica, onde as decisões eram tomadas sem a efetiva participação dos usuários. Estes sujeitos muitas vezes eram, em outro momento, informados das decisões tomadas e validadas pela equipe.

Os temas propostos pelos usuários para a discussão, durante o período de coleta de dados, concentraram-se em torno da infraestrutura e organização do serviço e da assistência, contemplando especialmente questões sobre as oficinas, a ausência de médico clínico e de psiquiatra no serviço. Outra função da assembléia no contexto do CAPSad estudado referia-se a oportunidade de divulgação de informes e de esclarecimento sobre o funcionamento do serviço, inclusive de suas normas e regras de convivência. Nesta direção, os profissionais buscavam esclarecer aos usuários os motivos de alguns problemas vivenciados pelo serviço, a exemplo da ausência de médico clínico há meses, falta de recursos materiais diversos. Diante da discussão dos problemas vivenciados pelo serviço, os profissionais muitas vezes assinalaram para os usuários a possibilidade de organização dos mesmos para a reivindicação de melhoria no serviço. Entretanto, esta organização de cunho político dos usuários mostrou-se muito tênue no contexto do serviço:

...informou-se também sobre a questão do profissional médico no serviço que, até o presente momento, encontra-se em aberto, uma vez que não há qualquer profissional médico atendendo no CAPSad. Um dos usuários formulou a seguinte questão: “Como os usuários podem contribuir para a contratação de médicos?”. Foi devolvido, em linhas gerais, pelos técnicos presentes, que eles se organizassem ou procurassem representações já existentes, como a AMEA, para lutar por seus direitos. (Diário de campo, setembro de 2007)

A disposição das cadeiras no espaço em que se realizavam as assembleias e, sobretudo, dos participantes da atividade demarcava uma diferença entre os sujeitos e seus papéis. Os profissionais, ao concentrarem-se na parte dianteira da sala, expressavam o exercício do “controle” sobre a atividade – coordenando a elaboração da pauta, as inscrições para a participação, os tempos da fala e a redação da ata:

Mais uma vez, o espaço do auditório foi ocupado de maneira semelhante à outra assembléia que participei. De um lado, à frente, formando uma única fileira de cadeiras, os técnicos, na condição de vitrine, palco, púlpito, no lugar de principal visibilidade; de outro lado, concentrados no fundo, em série de fileiras, quase massificados, na condição de platéia, de expectadores, com pouca visibilidade ou quase nenhuma, os usuários. Na verdade, é uma relação de cumplicidade entre trabalhadores e usuários. Estes mesmos insistem nesse modelo de ocupação da sala. Chegaram ao ponto de dizer aos novos técnicos (alguns estavam sentados mais ao fundo da sala) onde estes deveriam se sentar, apontando e disponibilizando cadeiras na frente, exercendo certa pressão verbal, inclusive: “Aqui! Vocês têm que se sentar aqui! Lugar dos técnicos é aqui!”. (Diário de campo, setembro de 2007)

Alguns usuários mostraram-se bastante participativos durante as assembléias, enquanto outros assumiam uma postura mais passiva e expectadora. A todos os que demonstravam o desejo de pronunciamento, era concedido o direito à palavra. Entretanto, a organização do espaço e a condução da assembléia pelos profissionais pareciam muito pouco contribuir para uma participação mais protagonista dos usuários. A assembléia não apresentava um caráter deliberativo. Por exemplo, observou-se uma votação dos usuários em assembléia em favor de mudança da periodicidade e de duração da atividade – de realização mensal para quinzenal e de uma hora de duração para duas horas. Todavia, a decisão quanto às mudanças na atividade foi tomada no espaço da reunião da equipe técnica. Inicialmente, decidiu-se pela ampliação do tempo de duração da atividade, mantendo-se, contudo, a periodicidade mensal. Em seguida, diante da reduzida presença de profissionais nas assembléias, circunstância apontada de forma insistente pelos usuários, a proposta do serviço foi de transferência da atividade para outro dia da semana, em um turno em que concentraria um maior número de profissionais no serviço. Neste caso, os usuários foram comunicados a respeito da mudança do dia de realização da atividade. Esta situação ilustra o lugar secundário conferido à assembléia no serviço, bem como a sua realização encontrava-se centrada na equipe e suas necessidades e não nos usuários.

Quanto às propostas apresentadas pelos usuários no espaço da assembléia, observou-se que estas, em linhas gerais, exerciam reduzida repercussão no planejamento das atividades do serviço. Uma hipótese para o lugar/importância conferido à assembléia no contexto do CAPSad estudado refere-se à potencialidade desta atividade para o *empoderamento* dos sujeitos (os usuários), em um serviço em que a equipe multiprofissional define as regras e concentra o poder de decisão. Neste sentido, a assembléia pode ser apontada como uma intervenção do CAPSad Pernambués cujos efeitos terapêuticos, que podem ser enunciados em termos de promoção de atitudes protagonistas e do exercício da cidadania, encontravam-se limitados:

Quando iniciou a assembléia, muitos usuários foram se retirando devido à ausência de profissionais. Alguns usuários argumentaram que estavam perdendo tempo porque tudo que era discutido dizia-se que ia passar para a coordenação para verificar a possibilidade de resolução e que eles estavam assim há algum tempo. Então diziam que não iam mais participar da assembléia, já que não eram efetivas. [...] Informou-se, ao final, que a assembléia do próximo mês será realizada na sexta-feira para facilitar a participação da equipe e alguns usuários se opuseram visto que não freqüentam o serviço neste dia da semana. (Diário de campo, novembro de 2007)

6.2.5. Atenção à crise

No que concerne à atenção à crise, os profissionais do CAPSad estudado trouxeram à tona a necessária definição do que caracteriza a crise no contexto de assistência a usuários de álcool e outras drogas. Assim, além da atenção a situações decorrentes dos efeitos psicofísicos das substâncias psicoativas, os profissionais consideraram ainda a pertinência de atenção a uma crise subjetiva:

Profissional 1: A gente, ainda, atende pacientes graves de álcool e drogas muito. Nossos pacientes são todos assim. Então, depende do conceito de crise, né?

Profissional 2: Na verdade, é nossa rotina, né? Pacientes em crise. Mas, não é só crise que a gente [inaud]. Crise em relação à questão da droga.

Profissional 1: É uma crise subjetiva. (Grupo Focal Profissionais)

As narrativas de alguns usuários descrevem o acolhimento e o pronto-atendimento recebidos na enfermaria do serviço em caso de intoxicação e outros agravos agudos de saúde. O registro de atendimentos realizados na enfermaria do CAPSad Pernambués permite um mapeamento destes agravos: dor abdominal, nas costas, no pé e no peito; observação devido ao consumo de álcool ou outra droga; hipertensão; curativos; resfriado; vômito; dispnéia; retirada de vidro; taquicardia; hérnia vaginal; escoriações por agressão física de policial; cefaléia; tontura; tosse com secreção; surto psicótico; ferimento ocular; mordida de cão. O acolhimento e o pronto-atendimento aos agravos agudos de saúde dos usuários em tratamento no contexto do CAPSad contribuía para que este fosse reconhecido por estes sujeitos como um serviço de referência:

Um rapaz conta que às vezes chega sob efeito de substância psicoativa ao CAPS e que outro dia quase teve “uma parada cardíaca”. Sentiu uma forte dor no peito após consumir álcool, pois estava usando medicamentos prescritos. Considera que teria sido “salvo” pelo atendimento recebido no CAPS. Acrescenta que quando acontece dele chegar sob efeito de substância psicoativa e/ou algum mal estar, costuma ser logo atendido. (Diário de campo, abril de 2007)

Quando [a médica] aparece na recepção, a jovem a aponta para mim e me diz que a mesma lhe deu um comprimido azul que a fez dormir por algumas horas. Quando [a enfermeira] aparece, ela conta que esta também participou da intervenção. Pergunto sobre o que aconteceu. Então me conta que há dois dias jogou-se na frente de um carro, sua intenção era o suicídio. O incidente foi próximo ao CAPS, no bairro de Pernambués. Uma amiga a socorreu e a levou para o CAPS, onde foi imediatamente atendida na enfermaria. (Diário de campo, julho de 2007)

Para a atenção a situações de crise, o CAPSad Pernambués encontra-se equipado com dois leitos para observação/repouso e desintoxicação ambulatorial. Os casos em que esta infraestrutura mostrava-se limitada para a assistência necessária eram encaminhados para outras unidades de saúde com suporte de atendimento de emergência. Nestes casos, o usuário era muitas vezes acompanhado por um profissional do CAPSad:

...conta que na semana passada precisou acompanhar uma usuária até o Hospital Juliano Moreira, pois a mesma precisava de intervenção médica. A profissional relata que passou toda a tarde com a usuária no hospital. (Diário de campo, agosto de 2007)

Uma jovem [...] contou na oficina que “quase teve uma parada cardíaca” quando estava sendo atendida pela psiquiatra do CAPS e que precisou ser conduzida ao Juliano Moreira. (Diário de campo, dezembro de 2007)

...conta que no natal viajou para a cidade em que mora sua família e que passou vários dias bebendo. Já em Salvador, aconteceu algo com ele do que não lembra e não oferece muitos detalhes. Fico com a impressão de que pode ter sido uma queda ou atropelamento. Machucado, ele procurou o CAPS, onde relata que lhe foi dado um banho e que o SAMU foi acionado e o conduziu ao Hospital Geral do Estado, onde permaneceu hospitalizado por oito dias... (Diário de campo, fevereiro de 2008)

As situações de crise mobilizam os técnicos de referência dos respectivos usuários, mas a intervenção envolve geralmente a participação de outros profissionais da equipe. Diante de tais situações, observou-se que a equipe multiprofissional buscava se organizar para prestar uma assistência integral. O atendimento de usuários em situação de crise era realizado com prioridade no contexto do serviço, em coerência com a proposta de acolhimento com avaliação e classificação de riscos (BRASIL, 2004c).

O manejo da crise apresentava-se como mais um importante desafio à clínica de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de uma situação cotidiana em um serviço que não interdita a frequência aos usuários sob efeito de substâncias psicoativas em

suas atividades. Além dos cuidados médicos e de enfermagem, o manejo da crise incluía o atendimento individual para abordagem da questão e compreensão das suas circunstâncias. Em muitos casos, a crise podia ser traduzida como episódio de recaída, uma vez que a frequência do usuário ao CAPSad vinha repercutindo em redução do consumo de álcool e outras drogas ou mesmo em sua abstinência.

Durante o período de coleta de dados, o desafio de atenção às situações de crise no contexto do CAPSad estudado esteve acentuado no período de ausência de médico clínico e médico psiquiatra em sua equipe. Esta circunstância estava associada à dificuldade de contratação destes profissionais e rotatividade daqueles que haviam sido contratados no período.

6.3. Intervenções extramuros

As intervenções extramuros do CAPSad Pernambués correspondem àquelas desenvolvidas pelo serviço no âmbito do território ou ainda à participação de seus atores – profissionais, usuários e familiares – em manifestações artístico-culturais, científicas e políticas. Entre as atividades desenvolvidas pelo CAPSad no território, encontram-se algumas oficinas e as intervenções comunitárias. As oficinas realizadas no território apresentam por objetivo promover oportunidades para a inclusão social e o exercício da cidadania. As intervenções comunitárias podem contemplar tanto a participação de sujeitos em tratamento no serviço quanto a de um público externo ao serviço. Identificaram-se três grandes propósitos para estas intervenções: 1) a divulgação do CAPSad no território, com explicitação de seus objetivos e lógica de funcionamento; 2) a realização de ações educativas para a prevenção de DSTs/AIDS e a redução de danos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas; 3) assistência à saúde a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, exposta ou em consumo de álcool e outras drogas.

As intervenções extramuros no CAPSad Pernambués vinham sendo planejadas principalmente pela coordenação de ações comunitárias, ainda que a sua realização envolvesse outros setores e profissionais do serviço. A partir de setembro de 2007, as intervenções extramuros puderam ser incrementadas pelo desenvolvimento do Projeto EspaSSos da Rua.

Quando comparadas ao conjunto de práticas desenvolvidas no intramuros do serviço, as intervenções da equipe do CAPSad Pernambués no espaço do território caracterizavam-se

incipientes no início do período de coleta de dados. De acordo com os profissionais, os dois primeiros anos de funcionamento do serviço haviam sido acompanhados de um investimento da equipe na organização dos processos de trabalho e de definição de diretrizes para a clínica de atenção a usuários de álcool e outras drogas no contexto de um serviço substitutivo de saúde mental. Deste modo, a coordenação de ações comunitárias, principal carro chefe das intervenções no território, correspondia à última das quatro coordenações específicas criadas na estrutura organizacional do CAPSad Pernambués:

...a gente trabalhou muito na coisa clínica, até pra direcionar pra onde que a gente vai, quais são as diretrizes, quais são... sabe? Pra onde que a gente vai? E não é à toa que a [coordenação de] ações comunitárias foi criada agora, né, este ano a gente começou mais com este trabalho. (Entrevista coordenação CAPSad, 4)

A despeito desta realidade, os esforços e as experiências acumuladas pela equipe do CAPSad Pernambués no âmbito do território despontam como dados relevantes em um cenário em que a escassa produção de estudos empíricos sobre os saberes e as práticas no contexto de CAPSad têm contemplado de forma muito incipiente a descrição e análise da inserção destes serviços de saúde na comunidade e na rede setorial e intersetorial de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Nesta seção, pretende-se caracterizar esta inserção do CAPSad em seu território de atuação, bem como descrever algumas experiências de intervenção extramuros empreendidas a partir deste serviço. Espera-se, ainda, analisar os limites e as potencialidades destas experiências concretas.

6.3.1. Inserção do CAPSad Pernambués no território: potencialidades e limites de conformação da rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas

O CAPSad Pernambués encontra-se inserido no Distrito Sanitário Cabula-Beiru⁶⁷, de modo que este corresponde a seu território mais imediato do ponto de vista geográfico. Na condição de único serviço substitutivo de saúde mental de modalidade álcool e outras drogas em funcionamento no município de Salvador, desde julho de 2004, a delimitação do território de atuação do CAPSad Pernambués encontrava-se imprecisa. Esta circunstância repercute na sua relação com a comunidade e com a rede de serviços de saúde e dispositivos da rede

⁶⁷ A organização político-administrativa do município de Salvador contempla doze distritos sanitários, dos quais o Distrito Sanitário Cabula-Beiru corresponde ao mais populoso, com uma população estimada em 378.243 habitantes (SALVADOR, 2006).

intersetorial, produzindo tanto potencialidades quanto fragilidades à conformação de uma rede de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

6.3.1.1. Relação com outros serviços da rede de saúde

A inserção do CAPSad Pernambués no bairro de mesmo nome teve como ponto de partida o Distrito Sanitário Cabula-Beiru. O contato e a articulação com este dispositivo precedeu em três meses a mudança do serviço para este território, em janeiro de 2006. Naquela oportunidade, foi deflagrado um mapeamento de outros dispositivos sociais e de saúde que compunham o território do respectivo distrito sanitário:

Então, distrito sanitário, centro social urbano, centro de saúde, PSF, líder comunitária, administração regional, tudo isso eu fui pessoalmente conhecendo. Na verdade, eu não sabia por onde começar, então eu comecei pelo distrito sanitário, né, que foi o distrito sanitário que foi me dando algumas dicas, né, então ele fez uma... me... me situou globalmente pra me adicionar a esse distrito: quem é esse distrito, né, as problemáticas, a questão de saúde, a questão de álcool e drogas, como é que essa comunidade se organizava, se articulava, se é que isso acontecia, né? Então assim, que é esse lugar que eu tô vindo? Então eu fiz o mapeamento nesse sentido. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

No que concerne à relação do CAPSad Pernambués com outros serviços da rede de saúde – e também com dispositivos da rede intersetorial – os profissionais recorreram à distinção entre mapeamento, acesso e parceria para qualificar estas relações. De acordo com esta classificação, o mapeamento implica na identificação de serviços da rede de saúde e na divulgação do funcionamento do próprio CAPSad no território do distrito sanitário Cabula-Beiru e outras localidades do município de Salvador. Este mapeamento pode ser seguido de uma visita institucional ou contato por via telefônica, o que caracteriza o acesso, oportunidade na qual a divulgação do funcionamento do CAPSad pode ser reforçada, assim como estabelecida uma interlocução inicial entre profissionais/equipes dos serviços de saúde. Em fevereiro de 2007, a equipe do CAPSad referiu ter mapeado a totalidade dos serviços públicos de saúde do distrito sanitário Cabula-Beiru e acessado cerca de 60%:

Já com os postos de saúde, os pronto-atendimentos, o Distrito Sanitário em si, têm funcionado mais no sentido de tá encaminhando. Então, eles já sabem que a gente existe. Nós temos, mais ou menos, 70% das... do Distrito Sanitário, na área de Saúde, mapeado. Não, mapeado 100%, mas, acessado, mais ou menos, 60%. Então, tem algumas instituições que sabem que a gente existe, mas nunca teve nossa visita ou uma aproximação maior pra o paciente ser encaminhado pra cá. Mas, assim, tem uma receptividade muito grande da gente encaminhar pros lugares e ter uma receptividade. (Grupo Focal Profissionais)

O terceiro nível de relação do CAPSad estudado com outros dispositivos sociais e de saúde foi descrito pelos profissionais como expressão de uma parceria, compreendida como possibilidade de desenvolvimento de ações conjuntas ou de complementaridade entre o CAPSad e outra instituição. Nesta perspectiva, a despeito do quantitativo de instituições mapeadas e acessadas pela equipe do CAPSad Pernambués, as relações de parcerias vinham sendo construídas processualmente com alguns dispositivos sociais e de saúde, principalmente no âmbito do Distrito Sanitário Cabula-Beiru.

As relações de parceria estabelecidas pelo CAPSad se caracterizavam por um fluxo mais contínuo de comunicação com as instituições parceiras, situação distinta daquela referida em relação ao acesso. Enquanto o mapeamento e o acesso de dispositivos da rede de saúde podem resultar em um fluxo de encaminhamento de usuários entre os serviços, a relação de parceria pode propiciar, em acréscimo, o desenvolvimento de algumas ações envolvendo profissionais do CAPSad e de outras unidades de saúde:

...então nós temos alguns contatos que fizemos, não... não... não chamo isso nem de parceria, seria dado como parte de um mapeamento que fizemos da cidade Salvador e de serviços que precisaríamos manter contato para referenciar os pacientes, porque parceria eu acho que ela já se dar de mão dupla numa relação de maior proximidade... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Claro que nem tudo que a gente mapea, que a gente acessa, a gente tem como tá trabalhando junto. Ou porque o outro lado não tem interesse ou porque não quer, por vários motivos, né? (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Parceria implica em duas pontas que cada uma complementa... tem algo pra dar e algo pra receber, né? Eu não penso em parceria em que só um pode tá oferte... ofertando alguma coisa. Então, quando eu penso em parceria, realmente, um complementa o trabalho do outro. É bem esse sentido de que, assim, sempre tem alguma coisa que o outro pode tá em algum momento... é... nos complementando. E, em algum momento, a gente complementa o trabalho deles. (Grupo Focal Profissionais)

O Distrito Sanitário Cabula-Beiru apresentava em seu território onze unidades básicas de saúde, três unidades de saúde da família, duas unidades mistas (ambulatório e pronto-atendimento), além de um hospital geral e um hospital psiquiátrico da rede estadual, um CAPS II recentemente implantado, além de uma extensa rede de serviços privados. Dentre estes serviços, destaca-se a relação entre o CAPSad e as três unidades de saúde da família (USF), todas mapeadas e acessadas. Algumas ações conjuntas entre o CAPSad e estas USF

começaram a ser esboçadas, como o apoio matricial e a oferta de capacitação de profissionais na área de álcool e outras drogas, ainda que com algumas dificuldades:

A gente tem uma parceria muito bacana, principalmente com o PSF [...] A gente fez agora o carnaval daqui do CAPS. Eles vieram. Quer dizer, foi o primeiro carnaval deles lá, né? Nós fomos pra lá... é... fazer o trabalho junto com eles na distribuição de preservativo, informação sobre DST/AIDS, prevenção de drogas, é... redução de danos. (Grupo Focal Profissionais)

Por exemplo, [um profissional] recebeu uma ligação ontem de uma agente comunitária que tava tendo orientação de como lidar com uma paciente lá. E ela não queria encaminhar pra cá porque já tem entendimento que não tem como encaminhar nesse momento que ela não vai chegar. Então, ela prefere que a gente vá até lá, nesse primeiro momento pra poder fazer um trabalho e, aí, se for o caso, a paciente vir fazer o tratamento aqui no CAPS. (Grupo Focal Profissionais)

As ações do CAPSad em parceria com as equipes de saúde da família vinham sendo construídas a partir dos contatos estabelecidos com seus profissionais, especialmente com os agentes comunitários de saúde. De acordo com a apreciação da equipe do CAPSad estas ações ainda caracterizavam-se tímidas, mas com objetivos bem definidos:

...aí o trabalho seria tá trabalhando junto, não é o certo trabalhar eles pra mim e eu pra eles, mas com certeza eles trabalham na rua, de porta em porta, encontram casos de álcool e drogas, eu quero saber “o que vocês fazem com esses casos?”, “vocês fingem que não existem, né?”, “eu sei que tem, mas eu não sei o que fazer...”. Não me surpreenda que eles não saibam o que fazer, “a gente sabe como vocês podem estar fazendo, embora trabalhar juntos?”. Não é vocês “vou encaminhar pro CAPS”, mas se vocês estão na rua, na porta, então a gente tem que saber minimamente como é a questão da droga, né, a gente pode tá falando pra vocês como é que isso funciona. Então a idéia com o PSF, com as instituições de saúde, é nesse sentido. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Em consequência desta abordagem inicial, algumas equipes do PSF haviam demandado cursos de capacitação da equipe do CAPSad, o que foi operacionalizado em 2006:

Já o PSF, “não, eu preciso de vocês, que vocês dêem capacitação”, tem uma capacitação marcada no dia 12 de março, o PSF [...], que é onde a gente vai tá trabalhando com CAPS de Rua. [...] ...porque já trabalhamos com eles, então a gente tem que tá capacitando eles, não é? (Entrevista coordenação CAPSad 2)

A gente já procurou os PSFs, né? E, aí, com o contato, existe uma necessidade de capacitação, que é algo que a gente quer, ótimo, né? (Entrevista coordenação CAPSad 3)

Outras questões foram trazidas à tona acerca da relação do CAPSad com as unidades de atenção básica/PSF. Um dos profissionais entrevistados pontuou que como o serviço atende a toda a população de Salvador, compreendia que as ações do CAPSad Pernambués precisavam se estender a outros distritos sanitários na perspectiva de articulação da rede comunitária de atenção aos seus usuários:

Mas, assim, como o único CAPSad atualmente de Salvador, eu acho que vai ter uma necessidade que a gente possa trabalhar... que possa com os outros distritos. Que a gente tem pacientes aqui de toda a cidade de Salvador, né? Então, é uma necessidade vital pra dar o trabalho comunitário com a rede. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

A atuação no território, em parceria com a equipe da atenção básica, particularmente com o agente comunitário de saúde, na abordagem da problemática do consumo de álcool e outras drogas foi problematizada por outro profissional entrevistado, que enfatizou o desafio do trabalho comunitário:

Eu acho que o grande desafio também tá aí, muita coisa que eu falava, o conceito de territorialidade, até onde você pode trabalhar com esse conceito, como é que você vai trabalhar com a comunidade. [...] ...drogas ilegais, a gente teve muita dificuldade de trabalhar com PSF na redução de danos, porque o agente comunitário é o agente comunitário da família e muitas pessoas usam drogas e os pais não sabem, sobretudo, drogas ilegais, né? Então, o agente comunitário ficava nesse dilema como é que alguém que cuida da família mantém um segredo, como é que tratado a ilegalidade da droga, dá todo esse perfil... Então, eu acho isso um desafio, é o trabalho comunitário. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Para os profissionais do CAPSad Pernambués, uma das limitações do trabalho com as equipes de saúde da família era a baixa cobertura populacional desta estratégia no Distrito Sanitário. Outras questões referentes à administração das unidades de saúde da família também foram consideradas como aspectos limitadores, a exemplo de atrasos no pagamento de salários das equipes e situações de greve nestes serviços:

...uma dificuldade é quando as coisas não funcionam muito bem, por exemplo, não temos uma boa cobertura de PSF com o distrito Cabula – Beiru. Isso é horrível, se tivéssemos uma cobertura maior poderíamos tá trabalhando mais na comunidade, preparando melhor o PSF pra que alguns casos que são encaminhados pra... não sejam tratados, poderiam ser atendidos na comunidade, pra que eles fizessem na comunidade ações de prevenção, né? Então não temos esse apoio, isso interfere no nosso trabalho porque nossa proposta é trabalhar lá, possibilitar, dá um suporte pra que eles façam acontecer, funcionar como apoio matricial, isso aí já não existe. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A esta última dificuldade, somou-se aquela vivenciada no âmbito do próprio CAPSad Pernambués em relação a sua própria equipe. Se o processo de inserção de novos profissionais à equipe multiprofissional, no segundo semestre do ano de 2007, foi acompanhado de um conjunto de estratégias para a continuidade das práticas intramuros, o mesmo não foi observado em relação às propostas de intervenção em construção no território. Diante da recomposição da equipe do serviço, verificou-se um movimento de retração destas propostas e um investimento mais pronunciado da equipe, particularmente dos profissionais antigos, em assegurar a reprodução dos processos de trabalhos relacionados à gestão do serviço e à assistência propriamente dita.

A relação do CAPSad Pernambués com outros serviços da rede de saúde caracterizou-se ainda mais tênue, ao que foi remetido a duas circunstâncias principais. De acordo com o ponto de vista dos profissionais, o fato do CAPSad Pernambués ser o único serviço desta modalidade do município de Salvador acarretava uma imprecisão quanto ao seu território de atuação. Assim, ora o serviço buscava construir parcerias com os serviços localizados em seu território mais imediato – o distrito sanitário – ora precisava buscar articulação com serviços de outras localidades do município de Salvador e região metropolitana, tendo em vista a procedência de sua clientela. A segunda circunstância associada pelos profissionais à fragilidade das parcerias estabelecidas com os serviços de saúde era a fragmentação da própria rede de atenção à saúde no município de Salvador.

A partir da estratégia de mapeamento, o CAPSad elaborou um catálogo de Recursos Comunitários – atualizado em janeiro de 2007 – relacionando serviços de saúde e dispositivos sociais existentes não apenas no território do Distrito Sanitário Cabula-Beiru, mas contemplando instituições de relevância para a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas do município de Salvador, outras cidades da Bahia e mesmo de outros estados do país. Dentre os serviços da rede de saúde, o referido catálogo reunia informações sobre: atenção básica/PSF, outros CAPS, ambulatórios de saúde mental, ambulatórios especializados na atenção a usuários de álcool e outras drogas, hospitais psiquiátricos, hospitais gerais.

Este catálogo encontrava-se em constante atualização com a inserção de novos serviços de saúde e dispositivos sociais identificados pela equipe em seu cotidiano. Por vezes, o mapeamento poderia ser ocasionado pelo encaminhamento efetuado por uma instituição qualquer, oportunidade na qual a equipe do CAPSad buscava estabelecer o contato com profissionais de outros serviços de saúde ou da rede intersetorial para esclarecer sobre os motivos do encaminhamento, com a discussão do caso em consideração, como também para

divulgar a proposta do modelo de atenção do CAPSad. Os profissionais e gestores do serviço pontuaram, nesta direção, a importância desta estratégia como uma tentativa de articulação mínima e de fortalecimento da rede de atenção à saúde:

Porque não dá pra você mapear e fazer os contatos, né? A gente mapeou e tem um mapeamento feito. Mas, à medida que a gente vai recebendo também a gente vai, é... assim, descobrindo quem é que tá encaminhando e porquê. (Grupo Focal Profissionais)

Assim, isso é uma coisa que acontece frequentemente, né? As pessoas que fazem acolhimento aqui, né, precisam muito desse contato com outras instituições, porque, muitas vezes, as pessoas nos procuram, mas não há indicação de tratamento aqui. Então, a gente faz esses contatos. Então, isso é uma coisa, assim, que faz parte do nosso cotidiano e a gente acha que é assim imprescindível, né? Se a gente não contar com a rede e a rede não contar conosco, né, as coisas ficam... é... é... é... muito mais difíceis. Então, e... e... essa é uma questão, assim, que a gente o tempo todo a gente tá atento, né, tentando se fortalecer junto à rede de saúde. (Grupo Focal Profissionais)

Se a relação do CAPSad com rede de atenção básica se restringia às unidades de saúde da família em funcionamento no Distrito Sanitário Cabula-Beiru, em relação a outros serviços da rede de saúde vinham sendo estabelecidos contatos e algum nível de articulação com instituições situadas em um território geograficamente mais abrangente. Entre os serviços de saúde de média e alta complexidade com os quais o CAPSad Pernambués vinha estabelecendo algum tipo de relação foram mencionados por seus profissionais: hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, serviços de emergência, serviços da rede extra-hospitalar especializados na atenção a usuários de álcool e outras drogas, outros CAPS (modalidades II e infanto-juvenil), serviços especializados na área de DST/AIDS, serviços especializados na atenção ao adolescente.

A necessidade de suporte para o atendimento de situações clínicas relacionadas a quadros de intoxicação aguda pelo consumo de álcool e outras drogas determina a relevância da relação entre o CAPSad e os serviços de emergência geral e psiquiátrica. Nesta direção, a equipe do CAPSad ressaltou a parceria estabelecida com o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira e um Pronto-Atendimento em Pernambués. A relação do CAPSad com estes dois serviços tem sido favorecida pela proximidade geográfica entre eles:

O hospital psiquiátrico mais próximo é o Juliano, a gente tem uma relação bem próxima com o Juliano... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

...o pronto-atendimento aqui, em Pernambués. O pronto atendimento aqui em Salvador, cada um atende regionalizadamente. Mas, no nosso caso, qualquer paciente que venha aqui pro CAPS, de qualquer ponto da cidade, ele é atendido aqui no P.A. (Grupo Focal Profissionais)

A parceria com o Hospital Juliano Moreira e com o Pronto-Atendimento foi descrita em termos de encaminhamento de usuários, cujo fluxo poderia ser verificado nas duas direções: do CAPSad para o serviço de emergência ou deste para o primeiro. A primeira direção, contudo, foi apontada como a mais recorrente. Em relação ao Hospital Juliano Moreira, além das situações consideradas de emergência, outra situação referida para o encaminhamento de usuários do CAPSad para este serviço poderia ser derivada de uma demanda por uma assistência aos sintomas de abstinência:

Nós temos... foi um pouco difícil, mas, a gente já tem uma relação melhor com o Juliano Moreira, no sentido de encaminhar pra uma Emergência, pra o pronto atendimento, pra atendimento de Emergência, que já acontece. (Grupo Focal Profissionais)

Ainda que a parceria do CAPSad com estes dois serviços de emergência tenha se fortalecido, o relato de algumas situações vivenciadas pela equipe faz suscitar algumas dificuldades na atenção ao usuário de álcool e outras drogas em serviços de emergência. Em um grupo focal, relatou-se o caso de um usuário encaminhado para atendimento no Pronto Atendimento, onde a questão do consumo de drogas constituiu-se como um obstáculo ao acesso:

...aí, nós levamos, os técnicos de enfermagem levaram o paciente até o Centro de Saúde, quando ele chegou lá, segundo a técnica de enfermagem e o motorista, o Posto de Saúde não quis receber o paciente, que eles não tinham que receber questão de drogas, de álcool, que era o CAPS que tinha que receber. Aí eles conversaram que algo era bastante... que não tinha condições de atender aqui, que era pra ser recebido por lá e tomar uma... e foi com encaminhamento do profissional, ainda assim o médico de lá não queria atender, aí depois de certo tempo os profissionais daqui que foram acompanhar o paciente conseguiram que ele atendesse o rapaz, além do que ele justificou que não podia ficar lá só, que o pessoal daqui ia ter que ficar esperando, entendeu? (Grupo Focal Profissionais)

A articulação do CAPSad com hospitais gerais caracterizou-se particularmente frágil. Em realidade, esta dificuldade referida por profissionais do serviço apresenta-se como expressão de uma questão retratada pela gestão estadual de saúde mental, que enumerou uma série de entraves colocada pela rede de hospitais gerais no Estado da Bahia para a criação de leitos de atenção integral à saúde mental. Assim, a implementação de leitos psiquiátricos nos

hospitais gerais da rede pública estadual tem esbarrado em argumentos que enfatizam os aspectos de infraestrutura e de insuficiência do quantitativo e da qualificação de recursos humanos para a assistência a pessoas com transtornos mentais ou transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. Entretanto, as questões relativas ao preconceito e ao estigma em torno dos transtornos psiquiátricos não deixaram de ser reconhecidas como um importante fator de resistência pela gestão estadual da saúde mental:

Então... esta questão do leito psiquiátrico no hospital geral, nós estamos tendo muita dificuldade. Dificuldades sérias! Porque do ponto de vista institucional havia uma decisão da Secretaria da Saúde, do Secretário da Saúde e de sua equipe, a decisão política existia para a implantação do serviço, dos leitos psiquiátricos no hospital geral. A Coordenação de Saúde Mental também tinha a decisão de fazer uma implantação de serviços dessa natureza nos hospitais gerais, entretanto, quando você vai ao hospital há sempre os mesmos argumentos. E é uma coisa que você verifica que são argumentos no país inteiro: superlotação das clínicas existentes nos hospitais, falta de espaço físico para a construção de uma enfermaria especializada em atendimento de saúde mental; os recursos humanos insuficientes e mal qualificados para atender essa demanda... Nós oferecemos a possibilidade de mudar isso: dando capacitação, recursos para a implantação, mas as resistências dizem respeito ao estigma da doença que o transtorno mental causa. (Entrevista gestão estadual de saúde mental)

Os relatos apresentados pela equipe do CAPSad Pernambués põem em evidência as dificuldades decorrentes da inexistência de leitos para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas em hospitais gerais:

...esses hospitais, como estão estruturados hoje, não nos... não nos fez assim é buscar uma parceria para um... um internamento, né? Eles não têm leitos designados para é... esses usuários (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Ademais, o estigma e o preconceito em relação a este público, bem como a ausência ou fragilidade da rede familiar e da rede social para acompanhamento e suporte aos usuários no momento da internação, acabam por produzir obstáculos ao acesso e a inobservância de seus direitos de cidadania. O acompanhamento do usuário por um profissional do CAPSad ao serviço para o qual foi encaminhado para atendimento de emergência ou internamento apresenta-se como uma situação que se repete nos casos relatados, figurando como um fator de garantia à assistência ao usuário:

Nos hospitais gerais isso é muito difícil, né? Isso ainda não existe, primeiro que eu conheço de perto os hospitais gerais. Os pacientes que a gente já precisou, tanto do HGE quanto o

Roberto Santos, levar daqui em situações de emergência, foram muito mal tratados. Então eu te digo que eu nem tentei uma parceria, já está na lei que os pacientes alcoolistas deveriam ter leitos, né? É, é em hospitais gerais... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A médica clínica daqui foi no Roberto Santos e acompanhou ele lá, a gente fez todo acompanhamento dele, outras situações de pacientes que a gente é levou pro HGE, nesses momentos eu ia pessoalmente, às vezes que precisou mesmo, né, levar pacientes pra emergência, porque eu já sabia pela minha experiência no Juliano que eles eram maltratados, né? É, eram alvos de preconceitos e da dificuldade de tá conseguindo uma vaga, de tá conseguindo um atendimento, então eu acompanhei alguns desses pacientes até a emergência pra poder, enquanto coordenadora do serviço, procurar ter um pouco mais de voz e conseguir que eles fossem minimamente atendidos, né? É, então a parceria nesse nível não existe, hã? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

No que diz respeito à rede de saúde mental, a equipe do CAPSad Pernambués havia mapeado os serviços que compõem esta rede no município de Salvador, ainda que nem todos tivessem sido acessados e muito menos estabelecido relações de parcerias entre eles. As dificuldades na articulação com a rede de saúde mental foram descritas em termos da inadequação da infraestrutura dos serviços da rede municipal. Ainda assim, afirmou-se a tentativa de interlocução com as equipes destes serviços – CAPS e ambulatórios – principalmente nas situações de encaminhamento de usuários. Um CAPS de modalidade II, de gestão municipal, havia sido recentemente implantado no mesmo distrito sanitário do CAPSad Pernambués. Neste caso, nem mesmo a proximidade geográfica parecia estar, naquele momento, favorecendo a construção de uma relação mais estreita entre os serviços e suas equipes:

Tavam implantando um serviço aqui, a psicóloga veio, eu coloquei totalmente à disposição. Eles não tavam ainda com a casa, tavam instalados numa... num posto de saúde aqui do bairro, né? Eu coloquei a disposição e depois não tive mais contato com eles, é... não buscaram mais a gente. E, às vezes, a gente liga, quando a gente recebe algum encaminhamento de um outro CAPS a gente liga, pra quando... pra questionar esse encaminhamento ou... ou mandar de volta porque um encaminhamento que não tava adequado [...] E temos muito pouco, muito pouco proximidade com o serviço de saúde mental da prefeitura. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Quanto aos outros dois CAPS de gestão estadual em funcionamento no município de Salvador, os profissionais relataram que a relação estabelecida entre o CAPSad e estes serviços também se caracterizava essencialmente pelos encaminhamentos de usuários. As dificuldades referidas na condução destes encaminhamentos entre estes serviços, por sua vez, não se distinguiam daquelas encontradas na relação com os CAPS da rede municipal. Nesta

direção, a principal questão colocada pela equipe do CAPSad referia-se à compreensão da especificidade dos casos que deveriam ser atendidos pelo serviço. Assim, os profissionais assinalaram ser mais ou menos recorrente o encaminhamento de pessoas atendidas em outros serviços da rede de saúde mental para o CAPSad pelo simples fato de haver sido mencionado qualquer tipo de consumo de álcool ou outras drogas na vida. Em decorrência de situações como estas, produzidas pelas lacunas de comunicação entre os serviços que compõem a rede de saúde mental, a atenção às demandas de tratamento do usuário poderia ser comprometida pelas muitas “*idas e vindas*” aos serviços:

E, assim, nesses... nesses quase três anos de trabalho, a gente viu muitas idas e vindas, esse paciente que vai e volta, paciente da rede... (Grupo Focal Profissionais)

...muitas pessoas que chegam com a informação errada, até na questão de vir ao CAPSad, por falta de informação e orientação das outras redes que receberam esses pacientes e encaminharam pra gente, né? [...] ...e isso acontece muito, essa coisa da informação, o paciente vai pra várias unidades e aí pára aqui no CAPS e às vezes chega aqui e não é nem pra aqui o atendimento, é pra aquele lugar que ele já foi duas, três vezes... (Grupo Focal Profissionais)

Na afirmação da especificidade do CAPSad enquanto um serviço de assistência a pessoas com transtornos graves decorrentes do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o CAPSad vinha buscando distinguir situações em que a problemática em torno do consumo do álcool e outras drogas representava a principal questão a ser trabalhada. Nesta perspectiva, a equipe do CAPSad vinha optando pelo encaminhamento de usuários com diagnóstico de outros transtornos mentais e que apresentavam o consumo de álcool e outras drogas como questão secundária para os CAPS II e CAPSi. Um caso relatado durante um grupo focal com profissionais descreve o processo de encaminhamento de um usuário que começou seu tratamento no CAPSad para um CAPS II, o que envolveu ações compartilhadas entre as equipes de saúde para a vinculação do usuário ao novo serviço:

Era o caso de... de um paciente, também, que eu fui com ele várias vezes pra Águas Claras, pra o CAPS de Águas Claras, pra tentar inserir ele lá. Já que ele tinha uma questão com a psicose, que a gente viu com a equipe daqui e a equipe de lá que realmente o lugar melhor pra ele... pra ele... pra tá... seria no CAPS de Águas Claras. E, aí a gente fez toda... todo um trabalho de... é... de vinculação, de inserção, até que ele pudesse, de fato, ter uma participação e ele já tem um bom tempo lá. (Grupo Focal Profissionais)

A relação de parceria do CAPSad estudado com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD-UFBA) destaca-se pela sua solidez, desempenhando importante papel no processo de estruturação do serviço. As atividades de supervisão institucional e de qualificação da equipe multiprofissional do CAPSad estão entre as mais fortes expressões da relação do serviço com o CETAD. Esta relação de parceria inclui, ainda, o encaminhamento de usuários entre os serviços: O CETAD encaminha usuários para atendimento contínuo e intensivo no CAPSad; como parte do processo de alta terapêutica, usuários do CAPSad podem ser encaminhados para atendimento ambulatorial no CETAD. A parceria se expressa também no desenvolvimento de ações conjuntas, a exemplo do desenvolvimento do Projeto EspaSSos da Rua, cuja concepção teve inspiração na experiência de Consultório de Rua do CETAD (OLIVEIRA, 2009). Estas parcerias contribuíram para que os papéis desempenhados por estes dois serviços na rede de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas não se sobrepussem.

Os ambulatórios de saúde mental também foram mencionados como serviços da rede de saúde com os quais o CAPSad estabelecia alguma relação. A parceria com estes serviços, entretanto, caracterizava-se muito tênue. As dificuldades vivenciadas para o encaminhamento de usuários para estes serviços, em parte, foram remetidas ao fato da rede ambulatorial de saúde mental no município de Salvador ser restrita e, em parte, foi atribuída ao estigma e preconceito em relação aos usuários de álcool e outras drogas:

Que a gente não tem como encaminhar as pessoas com uma demanda, né, de atendimento clínico ou ambulatorial, porque emergência a gente tem. O atendimento de emergência é um parceiro que tá bom. (Grupo Focal Profissionais)

Então, por encaminhar... E, aí, que as instituições, em geral, não querem... não querem, de uma forma assim, mais cotidiana, né, receber alguém que usa droga. Então, isso já é um motivo de... de problema. Então, alguém usou maconha uma vez na vida, encaminha pra cá. (Grupo Focal Profissionais)

A dificuldade no encaminhamento de usuários para a rede ambulatorial de saúde mental atinge não apenas as pessoas que se encontram na busca por assistência, mas também aquelas que já estão em tratamento. Nesta perspectiva, um profissional aborda o desafio de referenciar um usuário em condições de receber alta terapêutica do CAPSad para um serviço ambulatorial de saúde mental:

...ele pode vir dentro de três meses uma vez ou me telefonar quando ele precisar vir e conversar comigo. Porque ele tem um vínculo comigo e eu precisaria trabalhar aí uma passagem de um outro profissional para atendê-lo de outro lugar, que não é mais o lugar de usuário de drogas. Mas eu tenho uma escassez de serviço psicológico na rede, né? (Grupo Focal Profissionais)

6.3.1.2. Relação com dispositivos da rede intersetorial

Assim como verificado quanto aos serviços da rede de saúde, também a relação do CAPSad Pernambués com a rede intersetorial vinha sendo tecida mediante ações de mapeamento, acesso e estabelecimento de parcerias. Muitos dos dispositivos com os quais o serviço estabelecia alguma relação foram identificados por sua equipe, notadamente aqueles profissionais vinculados à coordenação de ações comunitárias, em conformidade com as necessidades que emergiram ao longo do funcionamento do serviço, com o propósito da conformação de uma rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

A partir do mapeamento e do contato com os dispositivos da rede intersetorial, as informações sobre estes dispositivos foram reunidos no catálogo de Recursos Comunitários, elaborado por profissionais do CAPSad estudado. Este mapeamento incluía recursos diversos, como delegacias gerais e especializadas (da criança e do adolescente, da mulher), abrigos e albergues públicos e filantrópicos, conselhos tutelares, comunidades terapêuticas, associações que oferecem cursos profissionalizantes. Outros recursos comunitários como escolas, instituições religiosas e residências terapêuticas ainda não constavam neste catálogo.

A despeito deste mapeamento relativamente amplo de dispositivos sociais, observou-se uma relação muito tímida entre o CAPSad e a rede intersetorial. A elaboração deste catálogo de recursos comunitários a partir do CAPSad possibilitou o esboço de um primeiro desenho da rede de atenção à saúde mental e ao usuário de álcool e outras drogas, constituindo-se em importante instrumento para a equipe do CAPSad e também de outros dispositivos sociais e de saúde:

Quando eu fui fazer essas... eh... essas visitas, né, esse mapeamento, eu fiz uma pasta de recursos comunitários, né, que estuda a questão de álcool e drogas [...] que é tipo de catálogo, um livro, que tem um índice e que você pode ter informações da cidade toda, e até fora da cidade, de como encaminhar as pessoas, né? E as pessoas ligavam pra cá pra saber: “eu sou de Santo Amaro, eu quero saber como é que eu encaminho. Eu sou de Por... do CAPS de Porto Seguro, eu tenho um paciente que mora em tal lugar, o é que eu faço, como é que eu encaminho?” (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Nessa pasta [catálogo recursos comunitários] você vai ver que tem abrigo, tem telefones úteis, desde Bombeiro a 102, tem internação aqui no Estado de Sa... no Estado da Bahia, tem internação fora do Estado da Bahia. Tem população HIV/AIDS, população criança, adolescente... Então, assim, é uma rede bem ampliada, pensando que quem vem pra cá não é só portador de transtorno mental, de saúde... é... que tá na área de saúde mental por ser usuário de drogas, é uma pessoa que tem outras conexões. (Grupo Focal Profissionais)

O contato com as instituições, seja mediante visita institucional seja por via telefônica, propiciava uma divulgação do funcionamento do próprio CAPSad na rede de serviços de saúde e rede intersetorial, contribuindo para que fosse reconhecido como um serviço especializado na atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Como consequência, os contatos de instituições diversas com o CAPSad em busca de informações sobre a própria rede – onde conseguir atendimento, onde era possível fazer internamento, etc – despertaram a atenção da equipe do CAPSad para um papel que o serviço estava gradativamente desempenhando e que foi inicialmente denominado de “*serviço de apoio à rede*”. Para além do mapeamento e acesso aos recursos de saúde e intersetorial, o CAPSad cumpria o papel de ativação e articulação de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Logo, a proposta inicial de um *serviço de apoio à rede* deu lugar à criação da coordenação de ações comunitárias, afirmando-se uma frente de trabalho a ser desempenhada no território.

As atividades da coordenação de ações comunitárias do CAPSad Pernambués quanto ao mapeamento, acesso e estabelecimento de parcerias, ainda que tenham abrangido dispositivos da rede intersetorial do município de Salvador e mesmo de outras cidades, concentraram-se principalmente no âmbito de seu território mais imediato: o Distrito Sanitário Cabula-Beiru. A descrição apresentada deste território por profissionais do CAPSad ressalta a diversidade da rede social e de saúde:

Essa comunidade aqui, na verdade, é muito boa, porque tem muita coisa aqui, a gente tem rádio comunitária, dança comunitária, centro social urbano, muitas igrejas, é... posto de atendimento, de emergência, unidades escolares, faculdade, unidade prisional... tem o Hospital Geral Roberto Santos, tem o Juliano Moreira, então assim tem muita coisa aqui nesse distrito, não é? (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Embora muitos dispositivos da rede intersetorial no Distrito Sanitário Cabula-Beiru tenham sido mapeados pelo CAPSad, os contatos e a relação de parceria foram estabelecidos

apenas com alguns. A extensão e a diversidade desta rede foi ilustrada pelos profissionais do CAPSad através de alguns números:

Que aqui [Distrito Sanitário Cabula-Beiru] é bem grande, né, a gente tem mais de trezentos mil habitantes, é bem grande. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

As escolas... nós temos aqui trinta e nove escolas municipais... (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Nós temos aqui mais ou menos quinze rádios comunitárias no distrito... (Entrevista coordenação CAPSad 2)

...tem muitas instituições religiosas, inclusive tem cinquenta terreiros de candomblé aqui no distrito CAPSad, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

De acordo com o relato de profissionais do CAPSad, os contatos empreendidos com dispositivos da rede social e de saúde do distrito sanitário caracterizaram-se pela receptividade das instituições e pela possibilidade de ativação de outros recursos. Nesta direção, foram ampliando-se o mapeamento, os contatos e o estabelecimento de novas parcerias:

Eu fiquei louca, né, quando conversei com ele [coordenador do Centro Social Urbano], que ele me deu vários telefones, várias pessoas pra o CAPS tá entrando em contato, que é da comunidade... (Entrevista coordenação CAPSad 2)

O Centro Social Urbano (CSU) do bairro de Pernambués foi apontado como um dos principais recursos da comunidade com o qual o CAPSad tem estabelecido parceria para o desenvolvimento de algumas ações, a exemplo da utilização de espaço físico para oficinas e outras atividades extramuros. Além deste recurso, apontou-se a parceria com três escolas, lideranças e rádios comunitárias. Dois projetos de intervenção comunitária, em fase de elaboração no CAPSad, em janeiro de 2007, despontavam pela potencialidade da articulação da rede que então se desenhava: o “CAPS na Rua” e o “CAPS nas Escolas”.

O projeto “CAPS nas Escolas”, em sua fase inicial de implementação, consistiu na realização de uma atividade de sensibilização em três escolas públicas no território quanto à questão do consumo de álcool e outras drogas. Participaram desta atividade estudantes, pais, educadores, pessoas da comunidade e profissionais do CAPSad. A necessidade de uma

abordagem nas escolas, segundo relato da coordenação de ações comunitárias, partiu de um diagnóstico feito pelo Distrito Sanitário Cabula-Beiru. A proposta da intervenção objetivava precipitar um debate sobre a temática do consumo de álcool e outras drogas no âmbito das escolas com o apoio da equipe do CAPSad. Almejava-se, ainda, que esta discussão fosse permanente e produzisse o *empoderamento* dos sujeitos – estudantes, educadores, famílias e comunidade – frente à questão. Outro objetivo da atividade era a divulgação das atividades desenvolvidas pelo CAPSad, que então apresentava-se como um recurso da comunidade e referência no atendimento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas:

Então assim... é... nessa sensibilização a idéia é sensibilizar, capacitar professores e alunos e a familiares pra montar um projeto com a escola, pra que a escola pudesse tá andando sozinha, né? Então assim, só pode tá andando quando minimamente instrumentalizado, ou seja, saber minimamente como é que funciona a questão da droga, que o CAPS existe, como é que o CAPS funciona, aonde tem um CAPS, né, quais são os efeitos das drogas, como é que isso funciona na sociedade, pra poder eles e a própria escola tá fazendo fórum, seminário... mas que pudesse ser um diálogo na escola sobre a questão do álcool e droga, não é? Não tá à margem, não vê somente o efeito da questão, mas sim conciliando o diálogo. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

A partir desta atividade nas escolas, o CAPSad manteve contato com o Conselho Tutelar, o qual era acionado para atender situações de ameaça à proteção integral e aos direitos da criança e do adolescente relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas em suas famílias. O projeto “*CAPS nas Escolas*” encontrava-se em fase de elaboração, outras atividades estavam previstas para o ano de 2007 envolvendo um número maior de escolas. Além da estratégia de sensibilização, o projeto contemplava enquanto meta ações educativas voltadas para estudantes e educadores para a abordagem da questão do consumo de álcool e outras drogas. Entretanto, este foi mais um projeto de intervenção comunitária do CAPSad Pernambués interrompido em virtude de dificuldades vivenciadas pelas instituições implicadas – nas escolas, uma greve de professores da rede estadual de ensino estendeu-se pelo período de três meses; no CAPSad, observou-se a demissão de parte dos profissionais da equipe e a retração dos processos de trabalho com o propósito de garantir a oferta das práticas de cuidado intramuros.

O Projeto “*CAPS na Rua*” também de encontrava em fase de elaboração no início da coleta de dados da pesquisa e previa um conjunto de intervenções com o propósito de mobilizar a comunidade local a partir do desenvolvimento de atividades extramuros com o envolvimento de equipes de saúde da família, escolas, rádios comunitárias, bem como

intervenções de saúde na avenida principal do bairro. A partir destas intervenções, vislumbrava-se, ainda, um mapeamento mais abrangente do território, bem como a ampliação das estratégias de divulgação do serviço na comunidade:

...o projeto de atenção comunitária, que é essa intervenção que a gente vai tá fazendo na rua, né? Assim, no Distrito Cabula-Beiru, com intervenção de cinco níveis, seria junto a... a... ao pessoal da saúde (PSF), junto às escolas... é mapear mais detalhadamente todo esse distrito e mais especificamente Pernambués... uma intervenção com as rádios comunitárias, trabalhando em nível da informação mesmo, fazendo programa de rádio, uma oficina que comece daqui e vai para as rádios e o... a intervenção nas rua, né? Com objetivo de tá fazendo uma grande mobilização no... no distrito, é preventiva, de redução de danos, falando, trazendo à tona a questão do álcool e outras drogas e também mostrando que a gente está aqui, que existimos, né, para essa comunidade. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Tendo em vista a articulação dos dispositivos e atores deste território, uma iniciativa do CAPSad Pernambués almejava a construção de parceria com as rádios comunitárias do Distrito Sanitário Cabula-Beiru. O acesso às rádios comunitárias encontrou, a princípio, certa resistência à proposta de uma parceria com um serviço público. Para contornar esta resistência, o CAPSad teria lançado mão da argumentação em favor do benefício da própria comunidade:

Na verdade, eles [rádios comunitárias] têm uma birra, né?, com órgãos públicos. Por que? Essas rádios comunitárias não têm apoio de organizações públicas, não é? Então é muito difícil pra eles se manterem, então quando a gente chega, diz assim: “ah, você vem pra cá e quer usar a rádio, mas e aí, o que é que vocês vão me dar?”. Então como eu faço: “a gente não vai dar pra vocês, vai dar pra sua comunidade. Você não é da comunidade? Então quem vai ser beneficiada vai ser só a comunidade”. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Alguns recursos da rede intersetorial do Distrito Sanitário haviam sido mapeados pelo CAPSad, mas não tinham ainda sido acessados, a exemplos dos cinquenta terreiros de candomblé e outras instituições religiosas e dos grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos (AA), apontando para a potencialidade de articulações a serem tecidas na construção da rede de atenção integral às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas neste território:

Tem o AA aqui também, mas a gente não trabalhou ainda não. Eu sei quais são os lugares, estão mapeados... (Entrevista coordenação CAPSad 2)

O mapeamento, acesso e construção de parcerias com dispositivos das redes de saúde e intersetorial eram compreendidos pelos profissionais do CAPSad como ações permanentes e cotidianas do serviço. O território foi descrito por um dos sujeitos entrevistados como um espaço dinâmico e em contínua transição, motivo pelo qual o próprio CAPSad precisava manter-se em movimento por estas redes:

Então, vai ser esse trabalho com a rádio, né, tem escola, a rádio, o CAPS de Rua e tem o mapeamento que não vai parar, isso não pode parar nunca. Lá as pessoas, novas pessoas se agregam ao distrito, pessoas saem, coisas se modificam, então o acesso e o mapeamento sempre. Então tem o acesso, o mapeamento, CAPS na Escola, CAPS de Rua e na rádio e, perdão, na saúde, né? Eu fiz contato com os PSFs que a gente tem aqui, aí a gente tava junto com eles e também com os PAs. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

Entretanto, as relações do CAPSad com dispositivos da rede intersetorial não se restringiam ao seu território mais imediato – o Distrito Sanitário Cabula-Beiru –, ampliando-se para outros espaços da cidade. Nesta direção, as relações estabelecidas entre o CAPSad e a rede intersetorial revelaram-se permeadas por demandas produzidas para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Assim sendo, foram especialmente referidas as relações com o Sistema de Justiça, com comunidades terapêuticas e com instituições que funcionam como abrigo ou albergue.

A relação entre o CAPSad Pernambués e o Sistema de Justiça vinha sendo intensificada com a vigência da nova legislação sobre drogas (Lei nº. 11.343/2006). O serviço recebe encaminhamentos de usuários pelo sistema judiciário, em resultado da apreensão destes sujeitos por porte de drogas para consumo próprio. O encaminhamento para o CAPSad visava o *tratamento compulsório* como uma medida terapêutica. Esta situação vinha suscitando uma interessante discussão entre profissionais do CAPSad no âmbito do próprio serviço e mesmo em outros contextos. No cerne na problematização, situava-se o que parecia figurar uma contradição na forma de intervenção proposta, tendo em vista que alguns sujeitos encaminhados ao CAPSad pelo Sistema de Justiça não apresentavam perfil compatível com a clientela do serviço. Alguns sujeitos eram usuários eventuais de substâncias psicoativas, não apresentando, portanto, transtornos decorrentes de consumo abusivo ou dependência química. Outros, ainda que apresentassem o referido perfil, não manifestavam uma demanda para o tratamento, freqüentando o serviço pela compulsoriedade imposta pelo Sistema de Justiça, sem que isto resultasse em uma implicação terapêutica. Sem contrariar a legislação, a equipe do CAPSad, ao receber o usuário encaminhado pelo Sistema de Justiça –

“*justiça terapêutica*”, voltava-se à atenção a estes sujeitos tendo em vista a produção de resposta a suas necessidades de saúde:

...com a nova lei, nós temos recebido muito encaminhamento de usuários a nível da Justiça. O juiz manda pra o tratamento que eu diria até compulsório, né? Coloca como condição para que ele não seja preso que ele faça o tratamento e isso vai contra a lógica que a gente se propõe a trabalhar até hoje pelo desejo, né? E aí temos discutido isso em alguns outros fóruns... [...] ...e não podemos ir contra a lei quando o juiz determina, lá na lei tem é escrito que o Estado tem que facultar o atendimento, então nós temos que receber esse usuário e temos procurado trabalhar com ele e... no sentido de... de se tem uma demanda de tratamento ou fazer alguma questão em torno disso pra não tornar esse tratamento uma... uma condição por conta da lei, mas sim continuar trabalhando dentro da lógica que a gente propõe. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

O Ministério Público costuma encaminhar pra cá, né, mas é costume encaminhar inclusive também assim alguns equívocos. A gente tem, por exemplo, quando encaminha um adolescente que não tem indicação pra fazer o tratamento aqui, a gente prontamente retorna a ligação, fala, conversa, diz porque, justifica e tal, assim. (Grupo Focal Profissionais)

Outro dispositivo da rede intersetorial com o qual o CAPSad referiu manter relação foram as comunidades terapêuticas ou centros de recuperação. Esta relação vinha sendo precipitada principalmente pela demanda apresentada por alguns usuários por um “*lugar para ficar*”. De acordo com profissionais do CAPSad, através desta demanda muitas vezes o usuário expressava uma necessidade de saída ou de mudança de território como uma primeira condição para o início de um tratamento para o consumo abusivo de drogas, bem como uma solicitação de suporte para proteção da integridade física:

Eles pedem, muitos chegam aqui no acolhimento pedindo um lugar para ficar, pra ficar. [...] ...que eu acho que é importante mesmo, precisa sair, que estão sendo molestados por traficante, estão correndo risco de vida, precisam de um lugar para ir, que é difícil parar de usar drogas estando no meio da boca ou a casa se tornou a boca, não é?, o lugar de uso. E a gente tem parcerias com algumas dessas instituições... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Assim, o CAPSad estabeleceu relação com algumas comunidades terapêuticas para o encaminhamento de usuários. Esta parceria, entretanto, constituía-se em objeto de problematização da própria equipe do serviço pela experiência acumulada a partir dos encaminhamentos feitos. Muitos usuários encaminhados pelo CAPSad para comunidades terapêuticas permaneceram nestas instituições por um intervalo de tempo muito abreviado. As

divergências entre a proposta terapêutica do CAPSad e das comunidades terapêuticas, muitas das quais vinculadas a instituições religiosas, foram sendo explicitadas nestas experiências:

Tem algumas mais próximas aqui que a gente tem parceria e encaminha, mas dificilmente eles ficam também, né? Adesão muito baixa, ficam dois, três dias, no máximo, voltam. Pacientes que a gente deixou lá, duas horas depois eles estavam voltando, de ligar pra gente... (Entrevista coordenação CAPSad 1)

No início, a gente encaminhava bastante para esses centros de recuperação. Hoje a gente não encaminha muito não porque realmente o paciente não sustenta, tá? (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Sei, por exemplo, que se eu encaminho um paciente para um centro de recuperação [...] o problema vai ser o paciente não poder usar o medicamento lá dentro, tá? (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Outra estratégia adotada pelo CAPSad para a atenção à necessidade de um “*lugar para ficar*” de alguns usuários que procuram o serviço, muitos das quais em situação de morador de rua, foram as parcerias com instituições que funcionam como albergue ou abrigo. Uma destas instituições que abriga moradores de rua encontrou na parceria com o CAPSad a possibilidade de promoção do acesso ao tratamento àquelas pessoas usuárias de álcool e outras drogas por ela assistidas:

Tem a Comunidade da Trindade, também, que surgiu não de uma coisa que foi buscada por ambos, mas sim por um complementar o trabalho do outro, né? Então, assim, acontece muito por aí, né? A partir da necessidade, mesmo. Mas, por exemplo, a Comunidade Trindade, ela abriga pacientes moradores de rua, pacientes moradores de rua que muitas vezes tem usuários de drogas, uso de drogas. Daí, a necessidade deles vir pra tratamento. Enquanto aqui acontece o contrário. A gente precisar encaminhar o paciente pra dormir, já que o abrigo, muitas vezes, tá super lotado. Então, ele vai pra Comunidade Trindade. Tem, também, o Albergue da Baixa dos Sapateiros, que tem uma parceria boa com a gente. (Grupo Focal Profissionais)

Dentre outros dispositivos da rede intersetorial com os quais o CAPSad vinha estabelecendo alguma relação, foram ainda identificados: instituições religiosas, órgãos emissores de documentos civis (certidão de nascimento, RG, CPF, carteira de trabalho, etc), instituições de ensino, polícia militar, Conselho Tutelar, associações comunitárias, Associação Metamorfose Ambulante de usuários e familiares dos serviços de saúde mental do Estado da Bahia (AMEA), programas e projetos sociais diversos. A relação com estes dispositivos

expressava-se principalmente em termos de encaminhamentos de usuários entre as instituições para atenção de suas demandas e necessidades sociais de saúde:

A Força Feminina é uma instituição religiosa que trabalha no Pelourinho com mulheres é... prostitutas, trabalhadoras do sexo, e eles têm parceria com a gente, encaminha pra gente. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

...o Instituto Pedro Melo é em relação à documentação. Então, tanto a gente encaminha os pacientes para o Instituto Pedro Melo, quanto a gente aqui também, o Serviço Social, a gente vai reunindo essas pessoas e às vezes a gente convoca o Pedro Melo, ele vem aqui e faz a documentação do pessoal logo. (Grupo Focal Profissionais)

À semelhança do observado quanto à rede de serviços saúde, a relação do CAPSad Pernambués com a rede intersetorial ainda caracterizava-se frágil ou incipiente. Em consequência, os recursos comunitários para a atenção às demandas e necessidades sociais de saúde de usuários e familiares assistidos pelo serviço não eram explorados em sua potencialidade. O Centro Social Urbano do bairro, por exemplo, apresentava uma série de equipamentos e serviços que poderiam contribuir para o processo de inclusão social: infocentro, creche, atividades de lazer e esporte, cursos profissionalizantes, curso preparatório para vestibular, entre outros. As atividades que o CAPSad vinha desenvolvendo com este dispositivo social, embora relevantes, estavam longe de esgotar as possibilidades decorrentes desta parceria.

Para além da prática de encaminhamento de usuários e familiares entre dispositivos sociais e de saúde, a observação no contexto do CAPSad Pernambués torna possível vislumbrar o estabelecimento de parceria com as redes de saúde e intersetorial como oportunidade de qualificação dos profissionais das instituições envolvidas para a atenção integral às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Como exemplo, recorre-se ao convite à participação de uma representante do Conselho Tutelar em uma reunião da equipe do Projeto EspaSSos da Rua, em que se observou o intercâmbio de informações sobre o funcionamento das instituições e a natureza de suas intervenções, com esclarecimento das situações em que uma instituição poderia ser acionada pela outra para a complementaridade de intervenções e a consequente promoção da integralidade da atenção a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, exposta ou em consumo de substâncias psicoativas.

Observou-se que a construção de parceria entre o CAPSad e dispositivos da rede intersetorial pode, contudo, esbarrar na diversidade de concepções sobre a problemática do consumo de álcool e outras drogas e dos modelos de atenção à saúde de usuários e suas famílias. Esta diversidade pode produzir pontos de tensões na rede, com o embate entre os diferentes projetos institucionais comprometendo a possibilidade de intervenções articuladas. Nesta perspectiva, a possibilidade de articulação entre um projeto social que integra a rede de atenção a crianças e adolescentes no município de Salvador e atua segundo um modelo de atenção referenciado na abstinência como única meta terapêutica plausível e o CAPSad Pernambués revelou-se com uma viabilidade muito reduzida ou mesmo nula. Esta observação coloca em evidência que instituições e atores que não comungam de uma mesma racionalidade não se comunicam efetivamente, ainda que façam parte de uma mesma rede de atenção.

Por fim, considerando-se o conjunto de intervenções de saúde promovidas a partir do CAPSad Pernambués, a observação extensiva dos processos de trabalho neste serviço permite afirmar que as intervenções extramuros, inclusive a ativação e articulação das redes de saúde e intersetorial, constituam aquelas mais vulneráveis às instabilidades pelas quais o serviço possa atravessar. A crise precipitada pela insatisfação da equipe com as condições de trabalho e atraso de salários, que culminou com a demissão simultânea de sete profissionais em julho de 2007, incidiu principalmente na descontinuidade de alguns projetos de intervenção comunitária, a despeito das expectativas que o início da implementação destes projetos tenha produzido nos atores implicados – profissionais das redes de saúde e intersetorial e pessoas da comunidade. As instabilidades na organização do serviço e os movimentos necessários para a reorganização de seus processos de trabalho apresentaram-se como duas circunstâncias que concorreram para que a equipe do CAPSad estudado, em certa medida, se protegesse nos intramuros do serviço. As intervenções extramuros, por certo, requerem grande esforço e investimento dos profissionais de saúde. Uma equipe que se perceba frágil e vulnerável, seja por questões pertinentes à sua constituição e qualificação técnica seja por fatores relacionados à dimensão político-organizacional que circunscreve suas práticas, terá muita dificuldade em superar os desafios que o extramuros do serviço representa às intervenções de saúde.

6.3.1.3. Relação com a comunidade

A relação da comunidade com o CAPSad Pernambués retrata, em parte, a forma incipiente como este se faz presente no seu território de inserção. Muitas pessoas do bairro ao participarem de atividades extramuros, como a sala de espera em um centro de saúde e os fóruns de saúde mental da comunidade de Pernambués, declararam desconhecer a existência do serviço e sua finalidade. Ao obterem informações sobre o CAPSad, rapidamente eram tecidos comentários sobre a importância de sua divulgação uma vez que o consumo de álcool e outras drogas, principalmente entre jovens, era reconhecido como um problema que afligia a muitas famílias da comunidade. Outra demanda manifesta por pessoas desta comunidade era quanto à necessidade de orientação e suporte às famílias, bem como a professores, comerciantes, profissionais de saúde, quanto à abordagem desta problemática.

A identificação da localização geográfica do CAPSad Pernambués e a informação sobre o seu funcionamento precipitaram a busca por tratamento entre pessoas da comunidade ou a sua recomendação para pessoas de sua rede social. Uma senhora participante dos fóruns comunitários, por exemplo, relatou que soube da existência do CAPSad através de uma intervenção feita por seus profissionais em um serviço de saúde especializado na atenção à saúde dos adolescentes. Em seu depoimento, esclareceu que, moradora antiga do bairro, passava quase que diariamente pela porta do CAPSad sem ter conhecimento da natureza de sua atividade.

A questão da “inscrição” na fachada do serviço – CAPSad Pernambués – foi apontada por algumas pessoas da comunidade como uma expressão com reduzido alcance de informação. Nesta direção, por exemplo, um policial militar indagou em uma intervenção comunitária: *“o que significa AD?”*. Observaram-se ainda episódios em que algumas pessoas, ao transitarem pela rua, adentraram o serviço para indagar na recepção sobre a sua finalidade:

A jovem fez um breve relato de sua chegada ao serviço, o que me chamou muito atenção pela acidentalidade. Relata que nunca tinha ouvido falar em CAPSad, mas passando pela frente do serviço chamou-lhe atenção a expressão “psicossocial”, de modo que ela entrou para pedir informação sobre o tipo de serviço oferecido. (Diário de campo, dezembro de 2007)

Nesta perspectiva, as intervenções extramuros apresentaram-se como uma importante estratégia de estreitamento da relação entre o serviço e a comunidade, pela oportunidade de divulgação de seu funcionamento, promoção da discussão do tema do consumo de álcool e

outras drogas, escuta qualificada e realização de encaminhamentos ao serviço quando necessário. Dentre as experiências de intervenção extramuros desenvolvidas a partir do CAPSad Pernambués e observadas durante o período de coleta de dados da pesquisa, aquela que se revelou de grande potencialidade para o estreitamento desta relação – os fóruns comunitários de saúde mental da comunidade de Pernambués – reuniu um conjunto de fatores: a continuidade, com promoção de encontros periódicos do serviço com a comunidade; a ocupação no território, com a utilização de recursos comunitários para os encontros da atividade – o que significava sair literalmente dos muros do CAPSad ou outros serviços de saúde; o poder de mobilização dos diversos atores do território, com reconhecimento da importância de suas contribuições para a análise situacional de saúde e a construção compartilhada e implicada de estratégias de enfrentamento e transformação da realidade local.

A participação de pessoas da comunidade nas atividades extramuros promovidas a partir do CAPSad colocou em evidência a sua capacidade de irradiação da informação e de mobilização de novos atores. Alguns participantes da atividade de sala de espera no centro de saúde consideraram importante que pessoas de sua rede social tivessem mesma participação naquela atividade ou acesso às informações recebidas. Então, indagavam sobre o dia e horário da próxima atividade e solicitavam levar mais de um panfleto de divulgação do serviço para deixar com algum familiar, amigo ou vizinho. Ao longo da realização dos fóruns comunitários de saúde mental, muitas pessoas foram agregadas ao coletivo a partir de convite feito por outros participantes e representantes de diversos segmentos da comunidade local se dispuseram voluntários para compor a comissão organizadora desta intervenção extramuros. Reconhecer esta capacidade multiplicadora da comunidade mostra-se certamente de grande relevância para o planejamento das práticas de saúde, especialmente daquelas direcionadas para o território, uma vez que a falta de fôlego das equipes de saúde, frente à atenção às demandas por assistência clínica, tem sido muitas vezes apontada como uma dificuldade para a concretização de atividades extramuros.

6.3.1.4. Organização política de usuários e familiares em tratamento no CAPSad Pernambués

Ao longo do período de coleta de dados e, particularmente no espaço das assembleias do serviço, observou-se a manifestação de demandas de usuários e familiares em tratamento no CAPSad Pernambués relativas à organização do serviço, a exemplo de melhorias em sua infraestrutura e a contratação de profissionais médicos. Com a constituição da Associação

Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental do Estado da Bahia (AMEA), uma intervenção possível e fomentada especialmente por residentes de saúde mental com prática no CAPSad passou a ser o estímulo à aproximação e participação de usuários e familiares em tratamento no serviço nesta associação.

Entretanto, a organização política de sujeitos em tratamento no CAPSad revelou-se muito tênue. Algumas iniciativas foram referidas, como o agendamento de reunião ou assembléia de participação restrita dos usuários para discussão de questões relativas à organização do serviço, ou ainda a constituição de uma associação de usuários do CAPSad Pernambués. Uma das dificuldades apontadas pelos sujeitos para o êxito destas iniciativas refere-se à rotatividade dos usuários no serviço. Assim, por exemplo, um sujeito que pudesse se destacar como possível liderança, convidando os demais para estes espaços de discussão e estimulando a participação dos demais, poderia ter sua frequência ao serviço repentinamente descontinuada:

Retornei à conversa com um rapaz que me falou sobre a associação de usuários. Ele me conta que juntamente com outros quatro usuários vem tentando organizar a Associação de Usuários do CAPSad que, segundo informa, teria o papel de “fiscalizar o CAPS” com o propósito de sua melhoria. A dificuldade tem sido agregar os usuários, já que muitos deixam de frequentar o serviço. O próprio rapaz, “por motivos pessoais”, passou um tempo sem frequentar o CAPS. [...] Fala ainda dos Encontros Estaduais de Familiares e Usuários dos Serviços de Saúde Mental. Participou do I Encontro, conta que o próximo está programado para o dia 17 de maio. Disse-me que já teve contato com usuários de serviços de saúde mental de outras cidades. Pareceu-me verdadeiramente engajado. [...] Tempos depois, o rapaz deixou de frequentar o CAPS e nada mais escutei sobre a proposta de tal associação. (Diário de campo, maio de 2007)

Outra dificuldade identificada para a mobilização política dos usuários em tratamento no CAPSad foi explicitada por alguns sujeitos no contexto de uma assembléia do serviço. Diante da provocação de profissionais quanto à organização dos usuários para reivindicação de suas demandas de melhorias do serviço, emergiu entre os usuários a concepção de que ao apontar as deficiências do serviço este poderia ser interdito e os próprios usuários penalizados com a suspensão do atendimento recebido. A questão foi problematizada por profissionais, sem que ao final de tal discussão pudesse ser dimensionada uma mudança no ponto de vista dos usuários participantes:

A necessidade de ter o atestado médico para a participação na oficina de futebol deflagra a discussão quanto à falta de médico clínico e psiquiatra no serviço. Um residente se declara mobilizado com a situação de três meses sem psiquiatra no CAPS [...] Afirma que o serviço

tem buscado alternativas para a solução do problema, sem obter êxito, e que os usuários podem também se mobilizar neste sentido. Ele incentiva os usuários a ligar para a Ouvidoria da SESAB ou procurar o Ministério Público para tratar da falta de médico no CAPS, caracterizando o seu funcionamento atual como ilegal. Diante da provocação, um rapaz afirma que a mobilização pode ter resultado contrário, o que parece ser de mesma compreensão de outros usuários. Ou seja, se o CAPS está funcionando ilegalmente sem médico, ao levar a questão ao Ministério Público, por exemplo, o serviço pode ser interditado e deixar de funcionar, sendo os próprios usuários prejudicados. A compreensão dos usuários é de que o serviço deve funcionar ainda que de forma insuficiente. Há uma discussão no sentido de desconstrução desta compreensão, com profissionais buscando esclarecer que a intervenção do Ministério Público seria no sentido de garantir o direito aos usuários e não de interdição do serviço. Não me parece que tenham conseguido mudar o ponto de vista dos usuários. Retoma-se ainda a discussão quanto à organização da AMEA, a qual ainda não conta com representantes do CAPSad. Um integrante da associação iria participar da assembléia de hoje, mas acabou não podendo comparecer ao serviço. (Diário de campo, outubro de 2007)

A atuação dos profissionais do CAPSad no sentido do fomento à organização política dos usuários, em linhas gerais, caracterizou-se muito tímida. Os residentes de saúde mental com prática no serviço figuraram como os principais atores inclinados a incentivar a aproximação de usuários do CAPSad com a AMEA. Este limite de atuação dos profissionais, por outro lado, parecia refletir sua própria dificuldade de articulação para reivindicações no campo da política de saúde mental, a começar pela desprecarização de suas condições de trabalho. Durante uma assembléia, ao apontar a necessidade de organização dos usuários para reivindicar a atenção de suas demandas em relação à melhoria de infraestrutura do serviço, profissionais foram convidados, a partir das colocações feitas por alguns usuários, a refletir sobre a ausência de sua própria mobilização política. Evidenciava-se, naquele episódio, não apenas a incoerência argumentativa dos profissionais, mas, sobretudo, a fragilidade dos movimentos sociais no campo de saúde mental no município de Salvador e no Estado da Bahia:

Um senhor toca no ponto da terceirização como problema que repercutia na organização do serviço e declara que os profissionais deveriam se mobilizar para reivindicar outras condições de trabalho. Parece-me muito interessante a dinâmica: profissionais declaram que os usuários precisam se mobilizar, estes declaram que os profissionais precisam se mobilizar. Efetivamente, quem se mobiliza? (Diário de campo, outubro de 2007)

6.3.2. Experiências de atividades extramuros promovidas a partir do CAPSad Pernambués

A partir da mudança do CAPSad para o bairro de Pernambués foram sendo concebidas algumas iniciativas no território em decorrência da melhoria da infraestrutura do serviço e da expansão das estratégias de mapeamento, acesso e estabelecimento de parcerias com dispositivos sociais e de saúde do Distrito Sanitário Cabula-Beiru. Com o propósito de estreitar a relação do serviço com a comunidade, foram referidas pelos profissionais tanto atividades que visavam abrir as portas do serviço para a presença de pessoas da comunidade quanto aquelas que tinham por objetivo levar o CAPSad para as ruas. As atividades de *portas abertas* consistiram na realização de palestras e de apresentações artístico-culturais no espaço do serviço com a presença de convidados, usuários, familiares e pessoas da comunidade:

...tem uma proposta, a gente faz, a gente começou mensalmente, depois fomos perdendo o fôlego, eventos de arte e cultura, né? Onde os pacientes apresentam suas oficinas, a gente convidava pessoas de fora, às vezes a gente trazia um grupo de capoeira, é... musicoterapia, a gente já fez uma exposição com Bel Borba, né? O pessoal Ritual do Fogo, a gente trouxe, fez todo um processo... Todo mês a gente fazia isso. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

...no ano passado a gente fez um ciclo de palestras e a gente chamou é... [...] Que nós convidamos as pessoas da comunidade, os usuários, familiares e durante todo o mês de fevereiro, carnaval foi no fim, a gente fez encontro todas as quartas-feiras pra falar de temas ligados ao carnaval, a gente não foi para a rua, né? A gente tava chegando aqui, a gente abriu em janeiro, em fevereiro é... já foi carnaval. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Os *eventos de arte e cultura* no CAPSad aconteciam durante um dia uma vez por mês e produziam uma mobilização de toda equipe e dos usuários, que tinham a liberdade de levar ao serviço seus convidados – familiares, amigos, vizinhos. A despeito da importância desta mobilização produzida e da possibilidade de aproximação e construção de vínculo com a comunidade, esta atividade de portas abertas havia sido descontinuada, em janeiro de 2007, pela *perda de fôlego da equipe* frente ao esforço que a organização do evento demandava:

Essa intervenção assim com os amigos... eu diria que a gente abre as portas nesses eventos, né? Que eu disse que a gente é... faz e que convida a comunidade, né? Eles convidam as famílias, quem eles quiserem: “Posso trazer meu filho, posso trazer meu irmão?”, “Pode”. Nesse momento é um evento que é aberto, que tinha uma periodicidade maior, mas eu diria que a gente perdeu um pouco o fôlego, né? [...] Era um momento, depois a gente passou a fazer o dia todo e aí ficou muito pesado para organizar. (Entrevista Coordenação CAPSad 1)

As propostas de atividades extramuros previam articulação com os dispositivos sociais e de saúde acessados no Distrito Sanitário. Os principais parceiros do CAPSad Pernambués nestas atividades eram o Centro Social Urbano (CSU), as unidades de saúde da família e as escolas. Estas propostas integravam o projeto *CAPS nas Ruas*, em fase de elaboração em janeiro de 2007, e tinham por objetivo principal a promoção da discussão sobre o tema do consumo de álcool e outras drogas nos espaços da comunidade:

...aí a gente fez um projeto que era maior, que é o CAPS na Rua, um projeto de intervenção na comunidade. (Entrevista Coordenação CAPSad 2)

A gente percebe, a partir do trabalho que a gente faz na comunidade, que existe uma dificuldade de as pessoas falarem sobre a questão droga. Esses trabalhos das ações comunitárias prega, também, a possibilidade de que as pessoas possam interagir e tá interagindo, discutindo mais de uma forma ou de outra a questão da droga, né? (Grupo Focal Profissionais)

O projeto *CAPS na Rua* havia sido inspirado na experiência do Consultório de Rua do CETAD (OLIVEIRA, 2009), que consistia na abordagem de pessoas usuárias de drogas no espaço da rua por uma equipe multiprofissional, composta por médico, psicólogo, assistente social, redutor de danos e enfermeiro. A intervenção do Consultório de Rua era norteadada pela estratégia de redução de danos. Por meio desta intervenção era oferecida atenção à saúde a um público que dificilmente busca espontaneamente pelo serviço de saúde. Alguns técnicos e redutores de danos do CAPSad tiveram uma trajetória no Consultório de Rua, cujas ações consistiam em orientação para prevenção e redução de danos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, encaminhamento, atendimento individual, oficinas no espaço da rua. No contexto do CAPSad, a proposta do Consultório de Rua teria sido reformulada, recebendo o título de *CAPS na Rua – “um projeto de intervenção na comunidade”*. Como elementos de distinção entre as duas propostas foram referidos a noção de territorialidade e o estabelecimento de parcerias com dispositivos sociais e de saúde no território imediato do CAPSad:

...o que norteia a gente é a territorialidade, não é? Então assim a gente tem um trabalho que é o CAPS na rua, que é... não chega a ser o formato do Consultório de Rua, mas é com a mesma lógica, né?, vai pra rua, faz a intervenção em loco, só que a gente ampliou um pouco mais, trabalha junto com escola, com PSF, com redução de danos também... (Entrevista Coordenação CAPSad 2)

As atividades extramuros do CAPSad Pernambués haviam sido intensificadas no final do ano de 2006 e início de 2007. Dentre as atividades realizadas pelo CAPSad no âmbito do território duas foram destacadas pelos seus profissionais pela sua envergadura e pioneirismo. A primeira, realizada no início de 2007, consistiu em um *Carnaval* realizado na principal avenida do bairro de Pernambués, com o objetivo de mobilizar a comunidade para a prevenção de DST/AIDS e redução de danos em relação ao consumo de álcool e outras drogas durante o período de festa na cidade. Para a organização desta atividade foram acionadas as parcerias do CAPSad no território e valorizados os recursos locais, como o carro de som, grupos artísticos e culturais:

O Centro Social Urbano... o Centro Social Urbano as pessoas recebem a gente: “Não, pode vir, precisando de alguma coisa a gente tá disponível”. A gente vai fazer esse evento agora, né, do carnaval e o perfil que tá utilizando que é daqui da comunidade, então grupo de percussão, grupo de dança, o carro de som saiu daqui da comunidade, não quero usar nada de fora. [...] Eu quero usar o que tem aqui. (Entrevista Coordenação CAPSad 2)

Outra atividade extramuros do CAPSad realizada no início de 2007 foi uma intervenção de prevenção e redução de danos durante o *Festival de Verão de Salvador*. A atividade consistiu na abordagem ao público, em sua maioria jovens, o qual era orientado acerca de estratégias de redução de danos e a utilização de preservativos:

...a gente não vai panfletar, a gente vai tá falando para as pessoas, né, que isso que é fazer intervenção comunitária. [...] então as meninas também vem pegar preservativo, né, os meninos adoravam, né? Eles questionavam isso: “ah, que bacana, antigamente...” – umas sete ou oito pessoas falavam assim – “...antigamente vocês diziam não bebam, hoje vocês fazem intercalem bebida com água, não beba mais do que cinco latas de cerveja numa única noite. Que bom que vocês estão falando isso”, né? (Entrevista Coordenação CAPSad 2)

Dentre as dezesseis oficinas que vinham sendo oferecidas pelo CAPSad em janeiro de 2007, apenas duas eram realizadas fora do CAPS. A oficina de informação, cidadania, arte e cultura apresentava em sua programação a realização de visitas a espaços públicos, como teatros e museus, uma vez ao mês. Por sua vez, a oficina de futebol vinha acontecendo semanalmente em uma quadra do Centro Social Urbano até ser interrompida pela necessidade de atestar a aptidão física dos usuários para a atividade:

...a oficina de cidadania e informação [...] que uma vez por mês o pessoal vai pra fora, né, e se faz uma análise do que precisa ser visitado, precisa ser conhecido... [...] Futebol é outra

oficina que a gente faz no Centro Social Urbano, outra atividade que a gente faz fora... (Entrevista Coordenação CAPSad 4)

Outra iniciativa de levar uma oficina do CAPSad para fora do serviço havia sido interrompida. A oficina de teatro havia preparado a peça “*Os Saltimbancos*” que inicialmente era apresentada nos eventos promovidos no âmbito do serviço e posteriormente levada para outros contextos. De acordo com a avaliação feita pelo profissional que coordenava esta oficina, os efeitos produzidos em alguns usuários, a exemplo do consumo de substâncias psicoativas antes das apresentações, justificaram sua descontinuidade:

...começamos a apresentar os Saltimbancos aqui dentro, aí a gente ampliou [...], mas a demanda era tanta que os pacientes começaram a “pipocar”, que essa é uma questão do paciente toxicômano, não suportar a demanda do outro. Então, a gente parou um pouquinho com isso... (Entrevista Coordenação CAPSad 4)

As visitas domiciliares constavam entre as atividades extramuros do CAPSad Pernambúes, ainda que não fossem realizadas de forma sistemática. Compreendidas como uma intervenção clínica, foram poucas as visitas domiciliares realizadas pela equipe do CAPSad desde a sua implantação. Uma dificuldade mencionada para a sua realização referia-se ao fato do serviço atender usuários residentes em vários bairros do município de Salvador e também da Região Metropolitana, comprometendo um trabalho de base mais comunitária:

...visita domiciliar, que tá considerada, a gente não faz muito, mas é uma estratégia que tá incluída nessa proposta... (Entrevista Coordenação CAPSad 4)

Não é uma coisa comum, não é uma coisa que a gente faça como uma estratégia, né, sistemática, não. São casos, assim, bem especiais. (Grupo Focal Profissional)

A gente trabalha... é o único CAPSad no município de Salvador. Então, não tem como dar conta do território, né? Mudando a realidade daquele... daquele... daquela localidade. A gente já usa visita domiciliar desde quando a gente tem necessidade, uma necessidade pontual daquele paciente específico. Mas, não que seja... É uma questão mais clínica [...] É mais atendendo à questão clínica, né? Acho que se a gente tivesse território teria uma outra conotação essa... essa visita. E, eu acho que aconteceria com uma frequência maior. (Grupo Focal Profissional)

Outra questão levantada quanto às visitas domiciliares refere-se à especificidade da clientela do CAPSad. Nesta direção, os profissionais ponderaram que os objetivos da visita

domiciliar na atenção a usuários com transtornos mentais não poderiam ser transpostos sem uma reflexão crítica ao contexto da atenção a usuários de álcool e outras drogas:

Porque a... a... a questão da psicose tem uma especificidade que exige que a gente faça uma visita domiciliar. Exige que a gente faça um... uma avaliação do ambiente onde vive, do ambiente onde ele tá inserido, e poder chamar também a comunidade pra é... é... é... da qual ele faz parte, pra compreender e poder é... incluir essa pessoa. Então, é... a gente vê que a gente tem uma clínica bem... bem diferente dessa, né? Então, assim, é... a gente vê a visita domiciliar como um recurso diferente do que os outros CAPS fariam. (Grupo Focal Profissional)

A decisão quanto à realização de uma visita domiciliar vinha sendo orientada pela especificidade de cada caso. Além de aspectos clínicos, eram levadas em consideração variáveis psicossociais, a exemplo da necessidade de uma intervenção junto à família:

A gente vê a gravidade, a gente vê... a gente sente de que a intervenção com a família é necessária e essa família não vem, né? Então, a gente, aí, faz essa visita domiciliar. (Grupo Focal Profissional)

Essa visita na casa de [...] foi uma questão de incluir a família. E, também, conhecer a realidade do lugar que ele morava, né? Tinha dificuldade de ir, então ficava pela rua. E tinha uma história assim. E aí decidiu-se fazer uma visita mais de cunho social mesmo, saber que realidade era essa que ele vivenciava. (Grupo Focal Profissional)

As visitas domiciliares vinham suscitando algumas inquietações na equipe do CAPSad Pernambués. Esta ponderava principalmente acerca de sua função terapêutica em um contexto de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Tendo em vista a liberdade de escolha do usuário, mesmo aquela de não freqüentar o serviço por um período de tempo determinado ou não, uma preocupação manifesta por profissionais reportava-se ao caráter *invasivo* que uma visita domiciliar poderia produzir neste contexto assistencial. Em consonância com esta inquietação, a busca ativa de usuários não se caracteriza como uma intervenção rotineira da equipe:

Seja terapêutica, né? Até... Que não percamos de vista também a nossa direção de poder tá respeitando a escolha do paciente que tá realizando o tratamento, de também até poder é... pensar que a espera, o tempo sem vir a... tem um lugar também no tratamento. Então, ir à casa de alguém, intervir lá é algo que, se não for muito cuidadoso, pode ser muito invasivo e muito anti-terapêutico, nesse sentido, né? (Grupo Focal Profissional)

Ao longo do período de coleta de dados, acompanharam-se algumas atividades extramuros promovidas a partir do CAPSad Pernambués. Expõe-se, a seguir, breve descrição e análise daquelas que apresentaram uma continuidade temporal: 1) a atividade de sala de espera em um centro de saúde do Distrito Sanitário Cabula-Beiru; 2) os fóruns de saúde mental da comunidade de Pernambués; 3) as intervenções do Projeto EspaSSos da Rua junto à crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, expostas ou em consumo de álcool e outras drogas.

6.3.2.1. Atividade de sala de espera em um centro de saúde

A proposta da atividade de sala de espera era recente no CAPSad quando iniciada a coleta de dados. Consistia em uma atividade extramuros realizada em dois centros de saúde do Distrito Sanitário Cabula-Beiru. A atividade tinha por objetivo divulgar informações sobre o serviço a pessoas da comunidade. A estratégia metodológica adotada era a ação educativa que privilegiava a prevenção de DST/AIDS, o que, por sua vez, favorecia a aproximação e participação das pessoas, em sua maioria mulheres. Tratando-se de um tema tabu, a abordagem sobre o consumo de álcool e outras drogas muitas vezes produzia reações de negação entre os participantes, como se este fosse um tema alheio ao seu cotidiano. A intervenção da equipe, entretanto, possibilitava um mapeamento mais sensível da questão e, em alguns casos, resultava na busca de maiores informações sobre o CAPSad e o tipo de assistência por este oferecida:

Deu-se início à atividade com uma apresentação do CAPSad. Depois, perguntou-se às pessoas se alguma delas fazia uso de drogas. Houve quase que um coro respondendo “não”. Uma senhora respondeu que era “cristã”. Outra respondeu que sua droga era “Jesus”. O profissional insistia com a indagação, com um tom de quem duvidava das respostas. Então uma moça disse que usava “álcool”, tomava cerveja de vez em quando. Outra disse que fumava. Outra mencionou a cafeína. A que fumava acrescentou que toda vez que fuma tem vontade de tomar um cafezinho. Outras pessoas também fizeram referência a beber “socialmente”. A impressão que eu tinha era de que com aquela conversa, íamos saindo de uma situação em que o uso de álcool e drogas era negado ou tido como uma realidade alheia e ia sendo assumido como algo presente no cotidiano. Antes da atividade finalizar, duas senhoras pegaram alguns panfletos informativos, distribuídos com preservativos, e procuraram saber mais sobre o CAPS, relatando que os maridos bebiam muito. (Diário de campo, agosto de 2007)

O profissional inicia a atividade com o questionamento sobre o uso de drogas. A reação imediata das pessoas (na maioria mulheres com crianças pequenas para a consulta de pediatria) é de negação de uso. Até que alguém, refletindo um pouco mais, responde que não usa drogas, “apenas álcool”. Outra jovem em seguida acrescenta que usa remédio e por aí

todos vão descobrindo que fazem uso de alguma substância que pode causar dependência (café, cigarro, refrigerante, coca-cola, chocolate...). Esta conversa inicial conduz a uma reflexão sobre a distinção entre uso e consumo abusivo. Esta serve de ponte para a explicação oferecida pelo profissional quanto à proposta do CAPSad, afirmando ser esta de “redução de danos”. O profissional explica que as pessoas que são atendidas no CAPSad não são tratadas necessariamente para a abstinência, mas para um uso com controle sobre a substância. (Diário de campo, setembro de 2007)

A atividade foi iniciada com a apresentação da equipe e do CAPSad. Indagou-se se era considerada importante a existência de um serviço para tratamento de usuários de álcool e outras drogas naquela localidade. Uma senhora exclamou que era muito importante a existência do serviço, pois reconhece que há muitos jovens com problemas com drogas no bairro. Esta mesma senhora contou no final da atividade ter amigos, vizinhos e familiares que fazem uso de álcool e ou outras drogas. (Diário de campo, setembro de 2007)

Outra estratégia que favorecia a aproximação entre a equipe do CAPSad e as pessoas da comunidade no contexto da atividade de sala de espera no centro de saúde era a abordagem dialógica, com valorização dos relatos e problematização de situações retratadas pelos participantes, assumindo-os como ponto de partida para a ação educativa em saúde (ALVES, 2005). Apesar do planejamento da atividade, os profissionais demonstraram flexibilidade para adequação dos conteúdos da ação educativa às demandas e expectativas dos participantes.

Ao final da atividade de sala de espera no centro de saúde, eram distribuídos preservativos masculinos. A atividade envolvia ainda a escuta individualizada daqueles sujeitos que demandavam mais informações sobre o funcionamento do CAPSad ou esclarecimentos sobre os temas abordados. Nesta abordagem personalizada, a problemática do consumo abusivo de álcool e outras drogas na família, entre amigos e/ou na vizinhança podia emergir, assumindo-se como objeto de atenção dos profissionais e podendo resultar em encaminhamentos para o serviço.

Dentre as dificuldades referidas pelos profissionais do CAPSad responsáveis pela condução da atividade de sala de espera encontram-se a escassez de material para a divulgação do serviço e as ações educativas, como panfletos, cartazes, álbum seriado e preservativo feminino (tanto para demonstração de uso quanto para a distribuição). Apesar de insistentes contatos e convites feitos pelos profissionais do CAPSad, durante o período de observação não houve qualquer participação de profissionais do centro de saúde na atividade de sala de espera, com a argumentação de que o número de profissionais era restrito e a demanda do centro de saúde muito grande.

De acordo com os profissionais do CAPSad, esta dificuldade era percebida em outros serviços de saúde, inclusive nas unidades de saúde da família, e comprometia a expectativa de que as atividades pudessem ser gradativamente assumidas pelos serviços de forma que o CAPSad figurasse como apoio às mesmas, ampliando, por conseguinte, a sua colaboração com outras unidades de saúde do território. Em consequência, a despeito da receptividade dos serviços quanto à proposta de desenvolvimento de atividades pela equipe do CAPSad no contexto das unidades de saúde do distrito sanitário, não se observou um engajamento dos profissionais destes serviços no planejamento, execução e acompanhamento das intervenções propostas, restringindo assim o alcance da articulação e parceria entre os serviços e suas equipes para o desenvolvimento de ações compartilhadas.

6.3.2.2. Fórum de saúde mental da comunidade de Pernambucoés

Os Fóruns de Saúde Mental da Comunidade de Pernambucoés consistiram em uma atividade extramuros resultante da iniciativa de um grupo de residentes de saúde mental ⁶⁸ com prática no serviço, entre março e dezembro de 2007. Estes atores voltaram o seu olhar para o território imediato do CAPSad – o Distrito Sanitário Cabula-Beiru – incrementando as ações de mapeamento, acesso e construção de parceria com lideranças comunitárias e dispositivos das redes de saúde e intersetorial. A proposta destes fóruns comunitários foi referenciada na abordagem metodológica da educação popular em saúde (CARNEIRO, OLIVEIRA e SANTOS, 2008) e acabou por precipitar a emergência de um novo desenho de intervenção comunitária no contexto do CAPSad.

O primeiro Fórum de Saúde Mental da Comunidade de Pernambucoés foi realizado em agosto de 2007. Para além da proposta de divulgar o serviço e de promover ações educativas para a prevenção DST/AIDS e redução de danos relacionados ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, os fóruns comunitários favoreceram uma aproximação mais estreita do serviço com a comunidade. Esta intervenção propôs-se à sensibilização da comunidade no que tange às questões da rede de saúde mental, despertando o interesse pela problemática e encorajando os atores participantes para a ação solidária e política. Assim, a discussão crescente e aprofundada sobre as questões de saúde mental e do consumo de álcool e outras drogas na comunidade pôde contemplar, ainda, as possíveis estratégias de enfrentamento, implicando os serviços de saúde, os dispositivos da rede intersetorial e a própria comunidade.

⁶⁸ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Núcleo de Saúde Mental. Grupo constituído por cinco residentes com formação em psicologia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional.

Os fóruns comunitários conseguiram reunir e mobilizar um número expressivo de atores, representantes de diferentes segmentos e instituições sociais e de saúde em funcionamento no Distrito Sanitário Cabula-Beiru: profissionais de serviços de saúde (UBS, PACS, PSF), profissionais, usuários e familiares de serviços de saúde mental (CAPSad, CAPS II e Hospital Juliano Moreira); docentes e estudantes de instituições de ensino superior; lideranças comunitárias e pessoas da comunidade; representantes de dispositivos sociais diversos (escolas públicas locais, associações de bairro, polícia comunitária, conselho tutelar), representantes da Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental (AMEA). O aprofundamento da compreensão sobre as questões de saúde mental, a reforma psiquiátrica, a conformação da rede de atenção em saúde mental e os direitos de cidadania entre os atores participantes pode ser realçado como principal resultado alcançado a partir destes fóruns comunitários, com repercussão significativa para a constituição e o *empoderamento* dos sujeitos.

A potencialidade desta atividade revelou-se, ainda, na forma como os atores da comunidade foram demandando a sua realização mensal e assumindo gradativamente a sua organização. A cada fórum, observava-se que tanto a participação dos sujeitos quanto a discussão propriamente dita ia sendo ampliada, diversificada e amadurecida. Embora esta intervenção extramuros tenha sido proposta por residentes de saúde mental com prática no CAPSad, esta atividade teve continuidade no território, assumindo um novo formato – o *Grupo de Trabalho Ação é Saúde* – cuja proposta era planejar e realizar ações de saúde em dispositivos comunitários diversos, tais como escolas e instituições religiosas (CARNEIRO, OLIVEIRA e SANTOS, 2008).

As razões da continuidade desta atividade extramuros, mesmo com a saída dos residentes deste cenário, podem ser atribuídas à organização social que a própria intervenção produziu entre os atores participantes. O *Grupo de Trabalho Ação é Saúde* foi constituído por representantes da comunidade, de dispositivos sociais locais e de profissionais de saúde de diferentes serviços do distrito sanitário que tiveram uma participação mais permanente e protagonista nos fóruns comunitários. Estes atores expressaram acreditar que as discussões sobre o tema da saúde mental já haviam avançado o suficiente para subsidiar ações concretas no território, tendo em vista a ampliação do debate junto à comunidade. A primeira destas intervenções propostas pelos atores comunitários correspondeu ao I Encontro Cultura e Saúde Mental, uma atividade artístico-cultural e de informação organizada pelos participantes do fórum comunitário e realizado em dezembro de 2007. Outra proposta de intervenção que

começou a ser discutida era a realização de visitas por representantes do *Grupo de Trabalho Ação é Saúde* a dispositivos sociais como escolas, associações de bairro e instituições religiosas (CARNEIRO, OLIVEIRA e SANTOS, 2008). Esta experiência remete para a potencialidade do alcance das atividades extramuros promovidas a partir de serviços de saúde quanto ao fomento de uma atuação protagonista da comunidade, indispensável para a responsabilidade compartilhada aludida pela política nacional sobre drogas (BRASIL, 2005a).

6.3.2.3. Projeto EspaSSos da Rua e a atenção à saúde de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas

À semelhança do projeto *CAPS na Rua*, o Projeto *EspaSSos da Rua* corresponde a um conjunto de intervenções comunitárias promovidas a partir do CAPSad e inspirado na experiência do Consultório de Rua, concebido no final de década de 1990 pelo CETAD. No desenvolvimento destas intervenções pela equipe do CAPSad Pernambués, a parceria com o CETAD mantinha-se preservada.

Em certa medida, o Projeto *EspaSSos da Rua*, ao ser proposto em outubro de 2007, representava a retomada de atividades extramuros interrompidas no serviço por ocasião do desligamento de alguns profissionais da equipe. A contratação de novos profissionais, em setembro de 2007, para recomposição da equipe multiprofissional do CAPSad Pernambués possibilitou a constituição de uma equipe de trabalho para atuação dedicada a este projeto de intervenção específico. Esta equipe era integrada por um profissional de psicologia, um de serviço social, um de enfermagem, um motorista/agente de saúde e três oficinairos/redutores de danos – estes últimos com carga horária compartilhada com outras atividades do serviço. A colaboração de estagiários e residentes oferecia suporte e apoio a esta equipe mínima.

A elaboração do Projeto *EspaSSos da Rua* havia sido precipitada por uma ação do Ministério Público que demandava de diferentes instituições sociais e de saúde intervenções para a atenção à questão do consumo de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes em situação de moradores de rua em uma região do município de Salvador. Assim, este projeto correspondia a uma proposta de enfrentamento à questão apresentada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

Dentre os profissionais engajados no Projeto *EspaSSos da Rua*, quatro apresentavam larga experiência acumulada em Programas de Redução de Danos do CETAD, inclusive o Consultório de Rua. Esta circunstância contribuía enormemente para que esta figurasse como

principal referência nas discussões de trabalho da equipe e no planejamento das suas intervenções.

O Projeto EspaSSos da Rua apresentava por objetivo promover ações de saúde junto a uma população que não dirige uma demanda espontânea de atenção ao serviço, com ênfase no segmento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, expostas ou que fazem consumo de substâncias psicoativas. Para além das intervenções de saúde no âmbito do território, o projeto propunha-se a articular a rede de atenção às demandas e necessidades sociais de saúde de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, mapeando e acessando as instituições que oferecem atenção a este segmento populacional no território do município de Salvador. A nomenclatura EspaSSos da Rua fazia alusão justamente a uma atuação peripatética da equipe no âmbito do território.

As intervenções extramuros promovidas pela equipe do Projeto EspaSSos da Rua contemplavam: atendimentos individuais, oficinas (música, teatro, prevenção DST/AIDS e uso de drogas), visitas institucionais e domiciliares. As atividades desenvolvidas no contexto do Projeto EspaSSos da Rua estruturavam-se em torno da lógica de redução de danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. A abordagem aos sujeitos realizada no cenário da rua, orientava-se para o acolhimento e o estabelecimento de vínculo como estratégias privilegiadas para a intervenção.

No período de coleta de dados, o Projeto EspaSSos da Rua contava com duas áreas de intervenção comunitária, com um turno noturno e outro vespertino. Estas áreas haviam sido definidas após mapeamento do território do município e identificação de agrupamentos de crianças e adolescentes em torno do consumo de substâncias psicoativas. Embora contemplassem a região apontada pela ação do Ministério Público, estas duas áreas encontravam-se geograficamente distantes do território mais imediato do CAPSad. Acompanhou-se a intervenção da equipe em uma praça da cidade no turno noturno. O encontro dos jovens nesta praça incluía o consumo compartilhado ou individualizado da cola de sapateiro, principal substância psicoativa de consumo naquela população.

De acordo com o ponto de vista de pessoas que viviam na região, as intervenções promovidas pela equipe do Projeto EspaSSos da Rua haviam transformado o espaço da praça em que estas eram realizadas. A própria equipe chegou a ser considerada “*corajosa*” pelo trabalho desenvolvido em uma praça reconhecida pela população local como “*com muitos problemas e sem segurança*”. Se coragem pode ser traduzida pela iniciativa de ir ao encontro

dos sujeitos das intervenções de saúde, ainda que estes não manifestem, a princípio, indícios de receptividade, pode-se admitir que a coragem corresponda a uma habilidade imprescindível à intervenção na rua.

No primeiro dia de acompanhamento da equipe do Projeto EspaSSos da Rua, aproximadamente após dois meses de interrupção da intervenção por problemas enfrentados com o veículo, o cenário e as cenas presenciadas eram verdadeiramente desconcertantes. Na praça, um grupo de adolescentes envolvia uma lata de cola de sapateiro em um saco plástico e, assim, preparava-se para o consumo compartilhado da substância. Um cachorro *pit bull* encontrava-se sob a posse dos adolescentes, que lhe ofereciam cuidados ao mesmo tempo em que se sentiam protegidos pelo animal. A equipe aproximou-se, cumprimentando os adolescentes, sem qualquer postura de recriminação ou intimidação. Não tardou muito para que outros adolescentes chegassem à praça para se reunir ao grupo e compartilhar da lata de cola de sapateiro que circulava livremente no espaço da praça. A disponibilidade da equipe para a escuta e interação com os adolescentes, mediada ou não pelas oficinas, revelou-se então como estratégia que aproxima e vincula, dissolvendo as “defesas” de ambas as partes. Na semana seguinte, o cachorro *pit bull* havia sido apreendido por policiais e nenhum outro recurso de “proteção” foi adotado em substituição pelos jovens na praça, os quais passaram a receber a equipe com expectativas, sorrisos, abraços e demandas de atenção.

Antes das intervenções do Projeto EspaSSos da Rua, a praça era ocupada principalmente para o consumo de substâncias psicoativas por crianças e jovens em situação de vulnerabilidade social. Alguns se encontravam em situação de morador de rua, outros apresentavam uma relação muito tênue entre a rua e o convívio com a família. Com o início das intervenções, a praça foi aos poucos sendo ocupada por outros sujeitos – algumas famílias com crianças pequenas e outros adolescentes – que antes evitavam circular pelo espaço, sendo um dos motivos referidos a oferta de drogas. Estas novas presenças, entretanto, não expulsaram ou intimidaram os adolescentes que faziam consumo de substâncias psicoativas na praça, os quais eram assistidos pela equipe em suas demandas e necessidades de saúde. A revitalização da praça também representava uma diversificação das demandas dirigidas à equipe. Embora a atividade assumisse as crianças e os adolescentes como público-alvo privilegiado, as intervenções não se restringiam a este segmento populacional e outros sujeitos no contexto da rua podiam ser assistidos pela equipe:

Ao chegarmos, o primeiro comentário é de que a “praça está vazia”. Descemos todos da kombi, que ficou estacionada ali mesmo na praça. Uma dupla de profissionais caminhou na

frente, em direção a um grupo de adolescentes reunidos em um dos bancos da praça. Alguns destes, ou sua maioria, eram conhecidos da equipe. [...] Quando nos aproximamos do grupo de adolescentes, muitas cenas me chamaram atenção. A primeira foi o fato de um dos meninos está atravessando um espaço da praça com uma espécie de corda e ter comentado “pronto, daqui ninguém passa”. Parecia estar delimitando o território. Se este era um propósito, a nossa chegada parece ter integrado outra vez o espaço, pois aí circulamos, mantendo contato com todos aqueles que chegaram à praça. Outra cena a me atingir de imediato foi o fato do grupo ter uma lata de cola de sapateiro em sua propriedade e preparar a mesma para o consumo compartilhado. A lata foi aberta em nossa frente, sem qualquer censura, envolta em saco plástico, no qual se fez um buraco para a inalação. Durante o período da atividade, a lata circulou entre os adolescentes, com a inalação sendo feita em nossa presença. Percebi-me em dilema: “com o nosso consentimento?”. Não fiz nenhuma menção à lata de cola, embora fosse impossível ignorá-la. O cheiro de cola suspensa no ar incomodava, eu prendia a respiração, interrompia a conversa, afastava-me. Como me portar? Sabia que a censura não tinha lugar naquele espaço de intervenção. Então, passei a observar como os técnicos estavam lidando com aquela situação. [...] A lógica de redução de danos serve de via para a construção do vínculo. Os meninos não param de inalar a cola de sapateiro. [...] Um adolescente me disse que ainda não conhecia aquele trabalho feito na praça, eu lhe falei a respeito de forma muito breve. Ele também estava interessado na lata de cola que circulava, estava chegando a sua vez. (Diário de campo, fevereiro de 2008)

Diferentemente do observado na semana passada, em que a cola era consumida de forma coletiva, com uma lata grande circulando entre os jovens, esta noite o consumo era mais individualizado, com cada adolescente carregando sua garrafa de água mineral com cola. Alguns a levavam sob a camisa. (Diário de campo, fevereiro de 2008)

...dois rapazes preparam um cigarro. Um dos jovens disse em tom alto depois do cigarro pronto: “Olha o tamanho da papaia!”. O cigarro foi aceso e consumido ali mesmo na praça. (Diário de campo, fevereiro de 2008)

A intervenção no contexto da rua, no encontro com os sujeitos em situação de consumo de substâncias psicoativas, revela toda a complexidade da abordagem de redução de danos. Nas interações com os adolescentes, os profissionais disputavam atenção com a droga. Trata-se de uma intervenção verdadeiramente desafiante. Investia-se, então, na construção do vínculo, através do qual qualquer outra intervenção dirigida aos adolescentes poderia se tornar possível e efetiva. O acolhimento e vínculo caracterizam-se, portanto, como o ponto de partida desta intervenção. O acolhimento, neste contexto, inclui um nível de tolerância ao consumo de substâncias psicoativas de forma explícita e mesmo imposta pelos sujeitos aos profissionais de saúde. Tolerar o consumo, controlando o ímpeto de arrancar dos sujeitos a lata ou a garrafa de cola de sapateiro, apresentou-se como uma condição necessária para a aproximação daquela população, com inserção em seu território e acesso às suas histórias de vida.

A partir do vínculo, então, a equipe intervém. No lugar de interdições, abre-se a possibilidade de interações dialógicas que pautam a negociação de redução/suspensão do consumo, ao menos durante as intervenções realizadas na praça. O aprofundamento do vínculo com os profissionais conferia aos adolescentes a oportunidade de produção de demandas por atenção e outras necessidades sociais de saúde:

Um adolescente está sentado em um batente e tem uma garrafa com cola na mão. Quando sento ao seu lado e o cumprimento, ele leva a garrafa até a boca. O gesto me chama atenção, ao tampar a boca com a garrafa ele mantém-se em silêncio. Permaneço sentada ao seu lado e quando ele tira a garrafa da boca, pergunto há quanto tempo ele faz uso de cola. Em silêncio, ele conduz outra vez a garrafa à boca. Acho que a minha pergunta pode não ter sido muito feliz. Outra vez, ele retira a garrafa da boca. Desta vez, comento que me lembro dele ter estado conosco na semana passada, mas que não conseguia recordar-me de seu nome e indago se ele pode me lembrar. Ele então responde. Comprometo-me a não mais esquecer e coloco-me a disposição para conversar com ele quando desejar. Ele já estava com a garrafa outra vez na boca... (Diário de campo, fevereiro de 2008)

Um jovem se aproximou do banco onde estávamos com o grupo de adolescentes e sentou-se. Observei que ele traz muitas cicatrizes pelo corpo. O machucado na região dos olhos observado na semana passada já está cicatrizado, mas vejo que tem os lábios feridos, como se tivesse levado um soco ou caído. Pergunto pelo machucado nos lábios e ele responde escondendo o mesmo sob a camisa. Parecia menos embriagado de cola que os outros dias. Cheguei a pensar que não a estava consumindo esta noite, até que com um gesto ele recupera sob as vestes a garrafinha com cola e passa a aspirá-la. Este é um fenômeno ainda muito difícil de lidar. Diante do fato da atenção do jovem voltar-se para a substância, não consegui manter a tentativa de interação. (Diário de campo, março de 2008)

Para o acolhimento e a construção de uma relação de vínculo e confiança com os adolescentes assistidos pelo Projeto EspaSSos da Rua, as oficinas figuraram como uma tecnologia potente. Especialmente a música e outras atividades lúdicas despertavam a curiosidade dos sujeitos que transitavam pelo espaço da intervenção e contribuía para a sua aproximação e participação:

Os instrumentos de percussão logo atraíram alguns meninos e adolescentes. Dois profissionais começaram a tocar os instrumentos e depois foram transferindo-os aos jovens, orientando quanto ao ritmo da batida. Um menino de aproximadamente 8 anos olhava timidamente os outros tocarem. Perguntei se ele queria tocar também, ele sorriu envergonhado para mim, mas logo assumiu a batida de um dos instrumentos quando outro menino deixou o posto e eu lhe chamei com um sinal em cumplicidade. O menino parecia encantado com aquela oportunidade. Foi um dos que mais aproveitou a tarde. Tocou na percussão, brincou de bambolê, pintou no painel, acompanhou a mesa de hip hop e foi embora no final da tarde todo sorridente. [...] Um adolescente cantou um rap falando sobre as drogas. Outros manusearam e produziram sons na mesa de hip hop. Outro grupo de meninos se interessou em jogar bola... (Diário de campo, fevereiro de 2008)

Embora tenhamos chegado um pouco mais cedo, encontramos os adolescentes na praça já aguardando pela equipe. Um dos meninos, ao avistar a chegada do veículo, correu em direção ao mesmo, cambaleante, aspirando uma garrafa de água mineral com cola. Ao aproximar-se do veículo, perguntou imediatamente pelos instrumentos de percussão. Outros dois adolescentes também se aproximaram interessados nos instrumentos musicais. (Diário de campo, fevereiro de 2008)

As intervenções de saúde promovidas pelo Projeto EspaSSos de Rua junto a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e que faziam consumo de substâncias psicoativas produziu uma necessidade de organização das práticas intramuros do CAPSad Pernambués para a continuidade da assistência a este público. O CAPSad vinha sendo compreendido como um dispositivo da rede de atenção integral a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, tendo em vista a especificidade da atenção ao consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Nesta perspectiva, o serviço passou a delinear a organização de um turno da semana específico para o atendimento desta clientela. Discutia-se, assim, uma estratégia que viabilizasse o atendimento individual e grupal das crianças e adolescentes no contexto do CAPSad, reservando-os, contudo, da convivência com os adultos em tratamento no serviço.

A equipe do Projeto EspaSSos da Rua estava particularmente engajada nestes atendimentos, tendo em vista a lacuna da rede assistencial no município para a atenção de crianças e adolescentes que fazem consumo de substâncias psicoativas. Para a atenção a este grupo populacional específico, a equipe vinha discutindo acerca da lacuna na formação profissional para a atenção a suas demandas e necessidades sociais de saúde, considerando a interface com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e outras questões transversais (vida nas ruas, violência, sexualidade, etc). Para além das intervenções de saúde voltadas para crianças e adolescentes que fazem consumo de substâncias psicoativas no contexto da rua e do próprio CAPSad, outra vertente de discussão entre profissionais do serviço era quanto à prática de matriciamento de equipes de outros serviços, a exemplo de CAPS de modalidade infanto-juvenil (CAPS i) e da atenção básica/estratégia de saúde da família. Uma dificuldade percebida, entretanto, era a absorção deste tipo de demanda por outros serviços de saúde.

As intervenções da equipe junto a crianças e adolescentes no contexto da rua poderia resultar em encaminhamento para o CAPSad Pernambués, outro serviço de saúde ou dispositivo social da rede de atenção, a exemplo de projetos sociais e instituições de abrigo. Um caso acompanhado pode ser tomado como exemplo do alcance destas intervenções.

Durante o período de coleta de dados, observou-se a intervenção de saúde dirigida a um adolescente que fazia uso de cola de sapateiro e desmaiou na praça. Com a chegada da mãe do adolescente, avisada do ocorrido por pessoas que o presenciaram, a intervenção promovida por um profissional de enfermagem buscou envolvê-la e produziu um encaminhamento para o CAPSad, resultando no comparecimento de ambos ao serviço no dia e horário agendado para continuidade do atendimento.

Nos encaminhamentos para o CAPSad decorrentes das intervenções na rua, particularmente aquelas realizadas pela equipe do Projeto EspaSSos da Rua, buscava-se privilegiar os dias e horários em que a pessoa encaminhada poderia encontrar no serviço o profissional que a atendeu no contexto comunitário. Esta orientação mostrava-se coerente com a premissa de importância do vínculo para uma possível adesão à proposta terapêutica. Destes encaminhamentos, alguns adolescentes compareceram ao CAPSad para atendimento. Entretanto, verifica-se que muitos sujeitos encaminhados não chegam ao serviço e aqueles que o fazem podem não ter uma frequência continuada, fato muitas vezes atribuído a dificuldade de deslocamento, haja vista que as intervenções do Projeto EspaSSos da Rua eram promovidas em territórios não adjacentes ao CAPSad Pernambués.

Diante desta realidade, alguns atendimentos a crianças e adolescentes assumiam o contexto da rua como *setting* terapêutico possível, com o acompanhamento sendo realizado durante os encontros dos profissionais com os sujeitos nos dias e horário da intervenção na rua. Comparada à assistência oferecida no contexto do serviço, esta intervenção na rua pode figurar como descontínua e pontual, mas de potencialidade reconhecida diante da restrita ou completa falta de acesso desta população às ações e serviços de saúde.

Dentre os pontos contemplados nas reuniões da equipe do Projeto EspaSSos da Rua, acompanhadas pela pesquisa, encontrava-se a definição de critérios para abertura de prontuário de sujeitos atendidos na rua. Para tanto, uma primeira necessidade percebida pela equipe era quanto à distinção do que caracterizava um atendimento sistemático de uma intervenção de caráter mais pontual. Dentre estes critérios, considerava-se a qualidade do vínculo estabelecido pelo sujeito com os profissionais da equipe e da escuta/intervenção por este proporcionada; frequência às atividades, com o comparecimento espontâneo dos sujeitos ao espaço da intervenção nos dias e horários divulgados; formulação de demanda por atendimento às questões relacionadas com as situações de risco e de vulnerabilidade social, inclusive o consumo de álcool e outras drogas; realização de atendimentos individuais e grupais sistemáticos. A partir destes critérios, admitia-se a possibilidade de que algumas

crianças e adolescentes assistidas pelo Projeto EspaSSos da Rua no contexto do território poderiam ser classificados como “*usuários do CAPSad*”.

No que concerne ao conjunto de iniciativas de intervenções extramuros promovidas a partir do CAPSad estudado, cabe ainda a discussão de duas questões. A primeira refere-se à noção de território. Como o CAPSad Pernambués constitui, até então, único serviço desta modalidade em funcionamento no município de Salvador, as suas intervenções extramuros vinham sendo desenvolvidas sem um recorte preciso de seu território de abrangência, o qual acabava por confundir-se com o espaço da cidade. A análise das experiências concretas deste serviço aponta, contudo, para a necessidade de delimitação de seu território de atuação como uma condição favorável ao fortalecimento de suas atividades extramuros e, por conseguinte, do estreitamento do vínculo com a comunidade adscrita e da conformação de uma rede local de atenção integral às questões relacionadas com o consumo de álcool e outras drogas. Para tanto, ressalta-se a importância de implementação de outros CAPSad no município de Salvador.

A segunda questão suscitada pela presente análise refere-se às habilidades dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de intervenções extramuros. Uma concepção manifesta no CAPSad Pernambués era de que os profissionais para a atuação no território deveriam ser dotados de um determinado “perfil”. Segundo esta racionalidade, haveria profissionais com um perfil mais voltado para a clínica e outros que se adequariam mais para as intervenções no território. A respeito deste último, foram ressaltadas características pessoais, como apresentar uma postura mais despojada, desde o vestir ao vocabulário adotado, e também experiência profissional acumulada em programas sociais e/ou comunitários. A seleção de novos profissionais para a recomposição da equipe do serviço buscou, inclusive, contemplar, entre os seus critérios, a experiência prévia e o referido perfil para atuação no território. Observou-se, neste sentido, que aqueles profissionais que tiveram inserção em programas de redução de danos e experiência prévia de intervenção com grupos e com crianças e adolescentes em conflito com a lei eram aqueles identificados pela equipe com “perfil” para as intervenções comunitárias.

Esta consideração da equipe contribuiu para que a observação das experiências de intervenção extramuros promovidas a partir do CAPSad fosse acompanhada de uma problematização acerca deste referido perfil. Assim, a partir da observação participante conclui-se que este perfil pode ser traduzido em termos de disponibilidade de encontro com o outro em um cenário de adversidade social e sanitária, o qual muitas vezes defronta a equipe

com as lacunas de sua formação profissional para a intervenção. Ainda que a precariedade das condições de vida de pessoas atendidas no contexto do CAPSad se manifeste em suas narrativas e, por vezes, no odor que exala de seus corpos, nada se compara à experiência de aproximação desta realidade de marginalização e exclusão social.

O espaço delimitado pelos muros do serviço revela-se extremamente confortável em relação à ausência de muros e de escoras do *setting* comunitário. Quanto ao perfil profissional para a intervenção no território, depreende-se, então, como essencial, esta disponibilidade de encontro com o outro, sabendo-se que este pode proporcionar o desencontro com os referenciais teórico-científicos e com as próprias referências de vida. Por que, então, sair dos muros do serviço? Simplesmente porque é fora dos muros de um serviço especializado na atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas que se encontram os sujeitos das práticas de saúde.

6.4. Avaliação das práticas de cuidado no contexto do CAPSad Pernambués: o ponto de vista de profissionais, usuários e familiares

A avaliação das práticas de saúde desenvolvidas pelo CAPSad Pernambués apresentou-se como uma questão relevante para os sujeitos da pesquisa. Entre os profissionais, identificou-se uma prática cotidiana de avaliação das atividades desenvolvidas, a qual pode ser descrita em termos do julgamento do alcance dos objetivos propostos (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Usuários e familiares, por sua vez, recorriam às experiências pregressas de assistência – ou de desassistência – para emitir julgamentos de valor quanto à qualidade e a resolutividade do serviço e dos cuidados por este proporcionados.

Esta seção aborda as questões suscitadas pela pesquisa em torno no alcance dos objetivos das práticas de cuidado no contexto do CAPSad Pernambués, considerando três temáticas: 1) a frequência e adesão dos usuários ao tratamento; 2) a avaliação das práticas de cuidado segundo o ponto de vista de usuários e familiares em tratamento; e, 3) as expectativas de profissionais quanto ao tratamento e a alta terapêutica.

6.4.1. Frequência e adesão dos usuários ao tratamento

A adesão de usuários ao tratamento no contexto do CAPSad estudado foi descrita pelos profissionais como baixa ou *frouxa*, o que, por sua vez, foi remetido à especificidade da clínica de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. O abandono ou interrupção do

tratamento, com descontinuidade de frequência ao serviço, nem sempre justificada pelos usuários, apresenta-se como uma realidade que aproxima o CAPSad Pernambués de outros serviços extra-hospitalares de atenção a usuários de álcool e outras drogas (SILVA, 2006):

A gente tem uma questão de adesão [...] já fui questionada em relação a essa questão. Expliquei na questão dessa clínica, que a gente tenta avaliar e criar novas estratégias em relação a... a... pra aumentar esta adesão, mas que ainda é um desafio e, pelo que sabemos, não é um desafio só nosso, mas de CAPSad, de serviços que trabalham com essa população, que é a especificidade dessa clínica, né? (Entrevista coordenação CAPSad 1)

Sobre o serviço, a profissional retrata o que considera ser sua especificidade. Dos usuários em atendimento, estima que 30% freqüentem realmente o serviço. Declara que houve um período que houve frequência de 50% dos usuários, o que é considerado uma frequência elevada para o CAPSad. (Diário de campo, agosto de 2007)

A interrupção do tratamento aparece associada ao fenômeno observado quanto à rotatividade de usuários no serviço. Por outro lado, esta interrupção do tratamento pode não ser definitiva, com a possibilidade de sua retomada pelos sujeitos em outro momento, geralmente por demanda espontânea. Esta circunstância caracteriza uma *freqüência flutuante* do usuário ao serviço e suas atividades:

Escutei quando [o usuário] lhe disse que freqüentava o CAPSad desde a época do Canela, que passava um tempo e depois deixava de freqüentar. Quando tinha uma recaída, retornava ao serviço. Hoje ele estava retornando. (Diário de campo, setembro de 2007)

...a flutuação da frequência dos usuários no serviço. Esta impressão fortaleceu-se com a observação da oficina de prevenção de drogas. Em três semanas, os participantes mudaram, mantendo-se um pequeno grupo de freqüentadores assíduos. (Diário de campo, novembro de 2007)

Tenho sentido falta de outros usuários no CAPS nas últimas segundas-feiras. [...] Alguns usuários novos também não retornaram. Imagino que alguns poderão retornar à atividade a qualquer momento, como hoje aconteceu com um rapaz que há semanas não participava da oficina de prevenção de drogas. Um senhor também se ausentou por um tempo. É deste modo que os usuários apresentam uma frequência “flutuante” nas atividades e no próprio CAPS. (Diário de campo, novembro de 2007)

Quanto aos motivos da descontinuidade da frequência ao CAPSad, as narrativas de alguns usuários permitem algumas inferências: dificuldades de acesso (falta de dinheiro para o transporte); inserção no mercado formal ou informal de trabalho com restrição do tempo para comparecimento ao serviço; episódios de recaída; situação de crise ou agravamento da

condição de saúde seguida de internação; viagem a outros municípios; envolvimento com práticas delituosas; agravos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, como queda, atropelamento, espancamento, etc. Nas situações em que a ausência dos usuários foi por estes justificada em virtude de sua inserção no mercado formal ou informal de trabalho, evidencia-se que a descontinuidade da frequência do usuário ao serviço não pode ser traduzida simplesmente como falta de adesão do sujeito com o tratamento, seu envolvimento com práticas delituosas ou ainda insucesso das práticas de cuidado. De acordo com os dados produzidos pela pesquisa, ressalta-se ainda que a ausência do usuário ao CAPSad nem sempre esteve relacionada ao consumo de álcool e outras drogas, com episódios de recaída ou situações de crise sendo retratados como um entre os possíveis fatores explicativos da interrupção do tratamento, não se constituindo necessariamente um fator determinante:

De acordo com [um usuário], algumas pessoas deixam de frequentar o serviço por motivo de ter obtido um trabalho. Ele próprio, que frequenta o CAPS três turnos da semana, declara que às vezes falta por necessidade de cumprir alguma demanda de seu trabalho. (Diário de campo, dezembro de 2007)

Nas minhas últimas idas ao CAPS, acabei tendo notícias de alguns usuários que andaram sumidos nas últimas semanas. Ao comentar com um rapaz que havia sentido sua falta, este contou que tinha realizado uma viagem para outra cidade. No sábado, encontrei um senhor durante o Encontro Cultura e Saúde Mental que explicou, para mim e alguns profissionais da equipe que assinalaram sua ausência no serviço, que estava trabalhando e com dificuldade de encontrar um horário para ir ao CAPS. [...] Uma senhora, que esteve no CAPS na sexta, contou que havia passado por um período de internação. Um senhor, que eu havia visto há muito tempo no CAPS e depois sumido, hoje apareceu. Ele contou que estava trabalhando como pintor em outro município. [...] Estas declarações chamam a minha atenção para o fato do uso abusivo de drogas não ser apontado como motivo de ausência ou evasão do tratamento. Nos relatos destes e de outros usuários a busca por trabalho (formal ou informal, temporário ou permanente) aparece como justificativa para a descontinuidade de frequência ao serviço. Algumas pessoas, inclusive, mencionaram a tentativa de negociação com o empregador quanto aos horários no trabalho para continuar frequentando o CAPS. (Diário de campo, dezembro de 2007)

Aí, voltei, fui pro trabalho. No trabalho, bota mais não bota pra fora. Mandaram eu voltar a trabalhar e até hoje eu estou lá trabalhando. Graças a Deus! Negocieei com a empresa uns horários pra eu poder, eu poder participar do CAPS aqui. (Entrevista usuário 03)

A partir da observação pode-se ainda considerar que a organização do serviço e de suas práticas de saúde também pode repercutir na adesão dos usuários ao tratamento. Durante o período de mudanças na composição da equipe multiprofissional, em que o serviço esteve funcionando com uma equipe extremamente reduzida e algumas oficinas e grupos foram

suspensos, muitos usuários se declararam insatisfeitos com a situação do serviço, percebida por estes como de instabilidade:

Um senhor se diz muito chateado com a situação atual do CAPS e afirma que outros usuários antigos também percebem a diferença. Acrescenta que muitos usuários novos do serviço deixaram de freqüentá-lo. (Diário de campo, julho de 2007)

Uma relação pode ser traçada entre a adesão do usuário e o posicionamento da equipe frente ao consumo de substâncias psicoativas durante o período de tratamento no serviço. Nesta perspectiva, a equipe do CAPSad estudado assinalou a importância de uma abordagem de tolerância, isenta de julgamentos morais e de imperativos coercitivos, para o favorecimento da adesão dos usuários às práticas de cuidado. Trata-se de uma abordagem orientada para a construção de intervenções sensíveis, pautadas na negociação, na problematização do consumo de álcool e outras drogas durante o tratamento, tendo em vista a produção da adesão dos sujeitos com a demanda de atenção endereçada ao serviço e da coresponsabilidade com o projeto terapêutico individual construído com o técnico de referência. Para intervenções como estas, os profissionais participantes da pesquisa buscavam respaldos em referenciais da clínica para a produção de subjetividades, assim distanciando-se de posturas moralistas com o propósito de induzir a mudança normativa de comportamentos. Nesta direção, foram reiterados os desafios de uma clínica de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que, sem receitas prontas, encontrava-se em permanente construção e aperfeiçoamento no contexto do CAPSad estudado:

O uso de drogas... A gente sempre se propõe a... a... a, por exemplo, a um tratamento intensivo, que eles podem passar manhãs e tardes aqui, e são usuários importantes. Então, como é que eles vão passar o dia aqui sem usar drogas? Então, eles saem, usam drogas. Então, como lidar com isso? Porque, a gente também não vai entrar no referencial repreensivo. [...] A equipe já se mobilizou muito mais. Hoje em dia, a gente não tá mais no referencial de tá controlando comportamento. Como já houve um momento inicial, né, de cada coisinha que o paciente realizava, a gente tá meio que monitorando, assim muitas regras. Hoje em dia, a gente tá muito mais focado na questão da direção do tratamento, entendendo mais clinicamente... é... cada situação dessa. Mas esse é um processo que tá em construção ainda. Não tem nada pronto não. (Grupo Focal Profissional)

De acordo com os dados produzidos pela pesquisa, a interrupção da freqüência ao CAPSad mostrou-se mais recorrentes entre usuários em entrevistas de acolhimento, recém admitidos ou com pouco tempo de tratamento no serviço. Esta circunstância pode ser remetida ao fato do vínculo com o serviço e sua equipe ainda não se encontrar estabelecido ou

apresentar-se frágil. De acordo com os profissionais, neste momento de inserção do usuário ao serviço a demanda por tratamento pode não ter sido ainda elaborada pelo usuário de forma a produzir uma implicação subjetiva. Em outra polaridade do fenômeno da adesão, alguns usuários encontravam-se em tratamento continuado no CAPSad estudado por um período superior a um ano, alguns inclusive declararam ter iniciado o tratamento no serviço no seu primeiro ano de funcionamento.

Os fenômenos da *freqüência flutuante* e da *adesão frouxa* ao tratamento no contexto do CAPSad reforçam a relevância das intervenções extramuros como estratégia de promoção do acesso às ações de saúde à população a que se destinam as práticas de cuidado do serviço:

Paciente usuário de droga quase nunca... quase nunca não, exagero, mas tem dificuldades em vir pros Centros, não é? Pra chegar no Centro tem que tá realmente no fundo do poço, né?, ou vem encaminhado pela família... às vezes é a família que chega, o paciente não chega. (Entrevista coordenação CAPSad 2)

...eu acho que tem mesmo que ir pra rua porque é onde tá a maioria do público. E mesmo esses que chegam a adesão é difícil, é uma clínica difícil, com muitas recaídas, com muito sofrimento. (Entrevista coordenação CAPSad 1)

A análise empreendida por este trabalho quanto às questões relacionadas à freqüência e adesão dos usuários ao tratamento no contexto do CAPSad apresenta-se ainda superficial. Nesta direção, aponta-se a necessidade de uma abordagem aprofundada destes fenômenos em estudos e pesquisas subsequentes.

6.4.2. Avaliação das práticas de cuidado segundo o ponto de vista de usuários e familiares em tratamento

Eu agradeço a todos os técnicos e funcionários do CAPS e que eles... se eu nunca falei isso pra ninguém, que eles saibam que eu sou agradecida a todos eles!

Usuária CAPSad Pernambués

As práticas de cuidado produzidas no contexto do CAPSad Pernambués foram consideradas satisfatória por usuários e familiares em tratamento no serviço. Nos julgamentos emitidos por estes sujeitos acerca da qualidade destas práticas, foram especialmente ressaltados: 1) a humanização, descrita em termos de acolhimento, escuta qualificada, atendimento respeitoso e ineto de julgamentos morais; 2) a integralidade do cuidado, que

enfoca o sujeito e sua biografia, não se restringindo a abordagem do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas como doença; 3) a abordagem de redução de danos, enunciada por alguns sujeitos como a “filosofia” que distingue o CAPSad de outros recursos terapêuticos; a abordagem de redução de danos foi ressaltada por usuários e familiares pela autonomia conferida aos sujeitos quanto a um posicionamento pessoal em relação às substâncias psicoativas, o qual pode contemplar ou não a abstinência; 4) a abordagem à família e a releitura proporcionada quanto à questão do consumo de álcool e outras drogas, repercutindo em mudanças na relação com o usuário e na qualidade de vida da família; 5) a relação de vínculo e confiança estabelecida com a equipe multiprofissional; 6) a obtenção de ajuda no serviço e a percepção de melhora na condição de saúde e nas relações sociais; 7) acesso à medicação psiquiátrica:

Acho que eu trocaria a palavra psicossocial - psiquê, mente - por humanitário. Acho que a humanização aqui dentro do CAPS, o calor humano é... como a própria palavra já diz, o... ah, esqueci! Fugiu, agora! Mas eu lembro depois! A questão do... não é aconchego, mas só tá vindo aconchego. Você se sente meio que protegido socialmente. (Entrevista usuário 01)

...tô emplacando mais de um ano aqui no CAPS. Tranqüilo. E aqui que foi o lugar mesmo que eu encontrei apoio, que aqui sou aplaudido aqui por todo mundo, começando da recepção à última médica... (Entrevista usuário 07)

...porque na rua, por exemplo, você tá ali deitado e tal, e as pessoas falam que você é ninguém, ninguém liga pra você, né? E aqui não, aqui somos valorizados, né? O pessoal trata as pessoas como gente. (Entrevista usuário 05)

É o caso de não de tratar a doença em si, trata o doente. É a diferença das outras. (Grupo Focal Familiares)

...a diferenciação está exatamente em pegar o todo, né, porque a problemática não é apenas aquele usuário, né, mas como compromete todo o sistema familiar, todo o sistema social, envolve o profissional... (Grupo Focal Familiares)

Então aqui eu acho que trabalha exatamente isso, de forma integral, na vida do ser humano, ver ele como indivíduo, mas também como parte, né, de um sistema social que ele está inserido. (Grupo Focal Familiares)

...a partir do momento que eu comecei a freqüentar o CAPS, as coisas mudaram dentro de casa, o tratamento inclusive. Que eu fui diminuindo a quantidade da bebida, apesar de continuar bebendo. Mas fui diminuindo para... fazendo com que eu não bebesse em excesso, que eu já estava situado em casa, discutindo o assunto. Ninguém falava mais comigo, discutia mais nada, era como se fosse uma pedra dentro de casa. Parecia que ninguém me via

ali. Aí, foi mudando... foi mudando a partir de cada vez que ia passando aqui no CAPS, as coisas foram melhorando. O tratamento foi sendo melhor, os parentes, inclusive, foi sendo melhor, foi me tratando de maneira melhor. [...] É o tratamento aqui do CAPS, pra mim foi muito bem, viu?! Me dei muito bem e eu acredito que vai ficar melhor ainda. (Entrevista usuário 02)

A avaliação que usuários e familiares fazem do cuidado recebido no CAPSad muitas vezes assume como referência a experiência pessoal em outros recursos terapêuticos, com as abordagens e estratégias de enfrentamento da problemática do consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas vivenciadas sendo muitas vezes comparadas. Nesta comparação, as práticas de cuidado produzidas pelo CAPSad foram retratadas sob o prisma da integralidade:

A diferença é que aqui no CAPS a coisa é integrada, a necessidade do usuário de drogas e de álcool é de buscar as tendências deles, as oficinas, em função do que ele gosta, do que dá prazer, aí vem dança, vem teatro, vem ioga e a integração da família de participar de um grupo onde toda a problemática familiar é tratada. E nas instituições outras, nas instituições tradicionais, que vêm ao longo dos anos trabalhando esse tipo de problema, isso não existe. É o paciente visto como paciente e tem que tomar remédio, o psiquiatra ouve, passa lá o remédio ou a droga que ele precisa e entrega, e nem fala, não procura conversar, manda embora. O psicólogo também, na sua postura, fica vendo aquilo ali, mais nada, nenhuma... porque falta exatamente a coisa de buscar a origem do problema e o CAPS vem buscando isso. Ver qual é o nó daquela família, o que é que tá ali pra gente poder desatar esse nó e poder andar. Então o grande diferencial do CAPS é isso. (Grupo Focal Familiares)

Quando comparado com outros recursos terapêuticos, as práticas de cuidado produzidas pelo CAPSad também foram distinguidas quanto ao tipo de suporte psicossocial proporcionados aos sujeitos em tratamento. De acordo com a narrativa de alguns usuários, a assistência recebida no contexto do CAPSad caracteriza-se pela qualificação técnica da escuta e do cuidado e pela abordagem isenta de uma entonação coercitiva e moralista:

A questão do... do... do A.A. é a seguinte: eles trabalham com a filosofia do primeiro gole. Não tome o primeiro gole! Só que o que acontece é o seguinte: as dinâmicas, que elas são feitas, são única e exclusivamente sem narrativas. Não existe um suporte psicológico, um apoio direto. Existe um apoio em si - aquele local, onde existe uma irmandade que todo mundo conta seus problemas, suas frustrações, mas que o A.A., em si, ele não ajuda você a fazer essa volta, esse retorno. Você tem um foco em um problema, o interessante seria que ele desse um suporte. Não que ele dissesse: “O caminho é esse ou, então, o caminho é aquele”. Ele deixa você muito que... que solto. Pra mim... pra mim, não deu certo por conta disso. Apesar dessa... dessa pressão psicológica do “não primeiro gole, não primeiro gole, não primeiro gole!”, que é uma espécie de lavagem cerebral. Não é também muito interessante isso, porque chega a hora que você não quer tomar o primeiro gole de água, de refrigerante, porque você tem medo de abrir uma geladeira e ver uma garrafa de vinho ou

uma garrafa de cerveja. E a questão do espiritual, do Centro Espírita, é que se você não tiver... ele lhe dá muito apoio espiritual, conforto, mas precisa que você tenha uma força de vontade maior, porque, caso contrário, você vai achar que tudo o que acontece na sua vida é espiritual, que existe uma força maior que lhe... digamos assim, você só funciona como marionete. Tem isso também. Não que a Doutrina Espírita defenda isso, só que tem pessoas que interpretam de outras maneiras. Precisa que... que... Existem voluntários? E bons? Existem! Mas têm muitos voluntários dentro de Casas Espíritas que não estão preparados para fazer atendimento. Talvez, no meu caso, tenha sido isso. (Entrevista usuário 01)

E posso dizer que no CAPS eu encontrei assim... pelo menos coisas que a gente não pode falar lá fora. Coisas que você sente que você tem que dizer! Você tem que chegar pra uma pessoa e falar o porquê que isso tá te acontecendo. Mas lá fora você sabe que tudo é o que? É vagabundagem! É... a pessoa, melhor amiga que tem sua, aí diz logo... [...] é porque é “descaração”, é droga... (Entrevista usuário 03)

Em relação à proposta terapêutica do CAPSad, os familiares destacaram ainda a importância da flexibilidade de um modelo de atenção que não vislumbra a abstinência como único fim terapêutico nem baseia-se na imposição de condutas de comportamento. O enfoque da abordagem terapêutica do CAPSad foi assim percebida como centrada no sujeito e em suas necessidades, distinguindo-se de uma perspectiva centrada no consumo de álcool e outras drogas como uma doença:

E essa é a diferença do tratamento daqui para essas outras instituições. É isso, que não é a abstinência que vai resolver. É o caso de tratar, né, a doença, tem que tratar é o doente! E uma outra coisa é que ele é que tem de descobrir o mal que tá fazendo a ele, não adianta mais aquela educação tradicional, de você é... dizer “você não faça isso!”. (Grupo Focal Familiares)

A comparação com outros recursos terapêuticos, particularmente aqueles referenciados na internação, permitiu aos familiares participantes da pesquisa assinalar outro aspecto de distinção da proposta terapêutica do CAPSad. Ressaltou-se o fato deste constituir-se em um serviço aberto orientado para a produção de autonomia dos usuários para o cuidado com a própria saúde e para o fortalecimento da sua vinculação com a família e a comunidade. Nesta perspectiva, o CAPSad figura, nos relatos de familiares em tratamento no serviço, como um lugar que pode contribuir para a emergência de novos posicionamentos frente à problemática das drogas, no qual o sentimento de negação pode vir a ser substituído por relações de entendimento e de suporte no núcleo familiar:

No caso da [comunidade terapêutica], ele isola aquele individuo problemático pra tentar resolver aquela causa ali, né? No caso daqui não, dá um suporte pra que ele aprenda a

conviver e se fortaleça e crie resistência a tudo isso, que ele possa ter a dependência, que ele próprio... a sua força de como conviver com isso e aí dá esse suporte para a gente também pra gente poder conviver. A diferença do CAPS é essa, basicamente é essa, né? Porque ensina ao usuário a conviver, a viver dentro de uma sociedade, onde tem tudo, todos os tipos de doença, porque a droga também é uma doença, e se defender. Porque é isso que faz o indivíduo. (Grupo Focal Familiares)

É o seguinte, tava se falando sobre [comunidade terapêutica], esses lugares. O problema desses lugares também é que eles funcionam assim, o interno vai ficar aqui e visita só uma vez por semana, no caso, ou então de quinze em quinze. E já aqui temos a possibilidade de nossos filhos virem aqui pras oficinas, eles têm o acompanhamento e eles retornarem para a família novamente, pra a gente conversar e estar sempre junto, que esse negócio do afastamento da família eu acho que é pior... (Grupo Focal Familiares)

Na avaliação das práticas de cuidado produzidas pelo CAPSad, os familiares atribuíram especial valor ao Grupo de Família, reconhecido como um espaço de suporte e de construção de uma rede de solidariedade e de apóio mútuo. Sendo o consumo de drogas uma realidade muitas vezes velada ou negada mesmo no contexto familiar, os familiares avaliaram positivamente a existência de um espaço para a troca de experiências, constituindo-se esta em oportunidade de aprendizagem para o enfrentamento da questão, fortalecimento e redimensionamento da própria vida. Alguns relatos põem em evidência a produção de mudanças significativas na vida de quem cuida do usuário de álcool e outras drogas no contexto da família. Depreende-se que estas mudanças resultam da possibilidade de compreensão da questão sob um novo prisma, em que sentimentos de culpa e relações de dependência podem ser ressignificados. A qualidade de vida alcançada desponta, portanto, como um importante elemento da satisfação de familiares com o cuidado recebido no contexto do CAPSad:

...e também o Grupo de Família que é muito importante, esse aconchego com os outros, né?, outros familiares... porque um vai fortalecendo o outro. Às vezes nós olhamos assim o que estamos passando, estamos até sem suportar, agüentar, e quando chega outro familiar, né?, tá muito pior do que nós, né? Eu estou falando assim do... do que eles estão passando, um vai confortando o outro. Então, se anima, né? Todo mundo junto, cada um fala do seu familiar, o que está passando e é um trabalho assim muito importante, né? (Grupo Focal Familiares)

Eu, por exemplo, minha família não sabia, né, eu achava também que podia resolver sozinha. E eu sou separada, tenho dois filhos, né, achava que minha mãe também não tinha condição de entender, minha mãe é uma senhora de setenta e poucos anos, meu padrasto, com sessenta e pouco... e ficou sem falar e expor a filha, né? E aí você vai... o pai não quer nem saber, finge que não sabe. Este ano foi a primeira vez que eu, num acesso de desespero, falei com a avó dela, a mãe do pai, e simplesmente eles nunca mais falaram com a gente. Entendeu? O

pai finge que não sabe para não participar e não ajudar, porque não quer ter trabalho, apesar de saber. (Grupo Focal Familiares)

E o CAPS dá uma força a gente, que às vezes você tá pensando que o seu problema é o maior de todos, quer até desistir. Eu tenho uma filha que chegou a dizer que ia pegar o irmão para botar no passeio, quando ele se visse lá sem mãe, sem mulher, sem ninguém, ele ficava bom. Mas quando a gente vê que não é bem assim e quando a gente chega aqui, nas reuniões, que a gente encontra problemas pior que o da gente, a gente diz “o meu é uma água na minha vida”. Então tudo que você tá sofrendo... então é o mundo todo cheio de problemas, né isso? (Grupo Focal Familiares)

E a gente aprende a acolhê-los, né, sendo acolhidos aqui, porque a gente já tava num desespero tão grande que a gente acha que a melhor forma é abandonar porque a gente não suporta mais aquilo. (Grupo Focal Familiares)

Então, graças a Deus, eu continuo aqui, me sinto assim muito bem, sabe?, que é uma força para mim, tem me ajudado muito, porque eu vivia assim aquele desânimo, uma coisa que doía aqui no braço, no peito, eu sentia assim, sabe? Mas com a ajuda do CAPS eu me senti mais forte, porque vejo que o problema não está numa pessoa só, em duas, está em muitas. (Grupo Focal Familiares)

Eu acho que a função é a gente procurar um caminho, a função que pelo menos que eu sinto, que elas tentam passar pra gente, é procurar um caminho de libertação, de desligamento com o problema que não seja abandono, mas de reconstituição de outro tipo de relacionamento com dependentes, para que... a possível mudança total de vínculo, na qualidade de vida dos dois, entende?, e de todo o familiar, né, de todo familiar. [...] Eu acho que a gente encontra uma saída, eu realmente tô encontrado uma saída... e viver melhor, sem esse abalo físico. Por exemplo, agora que eu estou sentindo a repercussão de tudo, com problema de coração, estou com problema de gastrite, já tive três vezes, essa é a terceira. E assim por diante... (Grupo Focal Familiares)

A satisfação quanto ao cuidado recebido no CAPSad fez emergir duas importantes questões entre os familiares participantes da pesquisa. A primeira refere-se à qualidade de um serviço público, o que remete para a valorização dos sujeitos assistidos e a garantia de um direito de cidadania:

E quanto ao CAPS, eu acho o CAPS tão bom, que quando eu digo às pessoas, as pessoas perguntam: “Você tem dinheiro! Você paga quanto?”. A maneira que eu falo... “Você tem dinheiro! Você paga quanto?”. “Eu não pago nada, lá tudo é de graça e lá o acolhimento é total, os atendentes... teve um rapaz da portaria, que é o vigilante... aos médicos. Todos atendem por igual”. (Grupo Focal Familiares)

E eu vejo que aqui existe esta diferença. Eu também procurei a [comunidade terapêutica] e o atendimento foi... por telefone, eu senti a questão financeira, a questão comercial... eu disse: “Meu Deus...” (Grupo Focal Familiares)

A segunda questão refere-se à percepção da necessidade de uma maior divulgação do serviço. Partindo de suas próprias trajetórias e das mudanças em suas vidas atribuídas às práticas de cuidado produzidas pelo CAPSad estudado, os familiares afirmaram a importância de ampliação do acesso ao serviço para outras famílias. Para tanto, vislumbravam a possibilidade de intensificação das ações de divulgação do serviço e de discussão da temática do consumo de álcool e outras drogas nos espaços comunitários:

...que nós todos aqui, nós somos unânimes em dizer que o CAPS é bom e que seja mais divulgado. Eu já vi alguma coisa em televisão falando sobre o CAPS, mas muitas pessoas ainda não procurou o CAPS porque a divulgação está sendo muito pouca. Tem muitas mães que sofrem muito, porque eu cuidei tanto sem conhecer o que era a droga, a bebida alcoólica, estudei tanto sobre ela... por meus filhos serem drogados, que eu esqueci que o álcool é uma droga também. Então ele não usa droga, tipo de droga química nenhuma, mas o álcool é uma droga que persegue muito e muitas mães que moram num bairro pobre muitas vezes ela sofre muito, mas não acredita que exista o CAPS. Então eu acho que deveria ser mais divulgado. (Grupo Focal Familiares)

6.4.3. Expectativas de profissionais do CAPSad quanto ao tratamento e a alta terapêutica

De acordo com os resultados deste estudo de caso, depreende-se que o modelo de atenção do CAPSad Pernambués encontra-se orientado segundo a racionalidade da redução de danos. Em conformidade com esta orientação, a expectativa da equipe multiprofissional em relação ao tratamento tem sido quanto à minimização dos danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. A organização das práticas de cuidado mostrou-se centrada nas demandas e necessidades sociais de saúde dos usuários e familiares em tratamento. Esta demanda muitas vezes foi formulada pelos sujeitos em tratamento como desejo de obter o controle considerado perdido em relação ao próprio consumo. Nesta direção, as práticas de cuidado produzidas pelo serviço apresentaram-se como um importante suporte à redução da frequência e da intensidade do consumo de substâncias psicoativas, não por emissão de mensagens de conteúdo moralista e coercitivo, mas pelo convite à reflexão sobre a relação estabelecida com estas substâncias e a possibilidade de sua ressignificação.

Para profissionais do CAPSad Pernambués – assim como para usuários e familiares em tratamento –, a condição de abstinência apresenta-se como uma meta terapêutica desejável que poderá ser alcançada através da abordagem de redução de danos. Nesta direção, no CAPSad Pernambués, a abstinência não tem se constituído em pré-requisito ou meio de

tratamento, salvo nos casos em que esta condição se expressa como uma demanda formulada pelo próprio usuário. Ainda em conformidade com a lógica da abordagem de redução de danos, admite-se que o tratamento de um sujeito pode ser exitoso e resultar na concessão de sua alta terapêutica sem que a abstinência do consumo de álcool e outras drogas tenha sido alcançada, prevalecendo como critério de avaliação da sua condição de saúde outros aspectos psicossociais. A permissão de frequência de usuários sob efeito de substâncias psicoativas ao serviço, o acolhimento livre de julgamentos morais e a atenção aos episódios de recaída destacam-se entre as práticas de cuidado descritas ao longo deste estudo de caso que caracterizam um modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas coerente com a lógica da abordagem de redução de danos.

A alta terapêutica constitui um dos objetivos terapêuticos do CAPSad Pernambués. Em conformidade com esta concepção, os profissionais participantes da pesquisa referiram-se ao serviço como um “*lugar de passagem*”. Trata-se de uma concepção que mantém coerência com a proposta de desinstitucionalização preconizada pela reforma psiquiátrica. Nesta direção, observou-se que os profissionais reiteravam em suas intervenções grupais e individuais a necessidade de comprometimento dos usuários com sua demanda de tratamento e co-responsabilidade pelos resultados terapêuticos. Afirmava-se cotidianamente que o CAPSad constitui um “*lugar de tratamento*” e não um lugar de entretenimento, para “*passar o tempo*”:

Outra coisa, também, o CAPS é... é um local de passagem. (Entrevista coordenação CAPSad 3)

Eu acho assim, no CAPSad, um desafio que eu acho que a gente tem que se colocar é... é o CAPS assim como geral, você fala que é um lugar de passagem. Por que isso? Acho que o desafio maior é... é... É a questão da saída, eu acho que é a questão da saída. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

A gente pensa o CAPS como um tipo de passagem, né? Essa também é uma longa, longa, longa discussão nossa, né? Qual é esse momento, né? Mas, a gente já criou, inclusive, estratégias, grupos, pra trabalhar essa saída do paciente. (Grupo Focal Profissionais)

Em relação à pergunta sobre o final de semana, o profissional explica que não tem nenhuma intenção de estar regulando a vida de ninguém. O objetivo da pergunta é fazer cada um pensar no que está fazendo no CAPS, pois quem está ali deve ter o objetivo do tratamento. Para aqueles que referiram ter feito consumo de álcool ou outra droga durante o final de semana, o profissional logo em seguida indaga: “com redução de danos?”. Acrescenta que quem está no CAPS apenas para passar o tempo ocupa a vaga de alguém que está precisando e desejando o tratamento. (Diário de campo, novembro de 2007)

Para os profissionais participantes da pesquisa, o tempo de tratamento no serviço não constitui um critério para decisão da equipe em conceder alta terapêutica a usuários e familiares assistidos. Nesta direção, atenta-se para a temporalidade de cada sujeito, bem como para as mudanças na relação com a substância psicoativa de consumo e na reorganização da própria vida. O percurso terapêutico compreendido entre a admissão ao serviço e à alta terapêutica revela-se, portanto, muito particular, não cabendo o estabelecimento de um *script* ou roteiro linear de acompanhamento ou evolução de cada caso.

Entre os usuários que receberam alta terapêutica do CAPSad estudado e que foram contatados pela pesquisa, o tempo de tratamento no serviço variou de um ano e três meses a dois anos e quatro meses. Entre alguns destes usuários identificou-se um aspecto comum: o alcance da abstinência do álcool. A exceção de um sujeito, que declarou haver feito opção pela abstinência em sua admissão ao serviço, outros dois usuários atingiram a abstinência mediante a abordagem de redução de danos, com o estabelecimento de metas intermediárias e a diminuição gradativa da frequência e da intensidade do consumo de bebidas alcoólicas. Dois usuários foram identificados, durante o período de coleta de dados, como casos em que a alta terapêutica foi concedida pelo serviço sem que a abstinência de substância psicoativa tenha sido atingida com o tratamento. Um dos casos refere-se a um rapaz que fazia consumo de crack e que teve alta terapêutica do CAPSad após ter sua vida reorganizada, com a reinserção no mercado de trabalho e reconfiguração da rede de relações sociais, mantendo o consumo diário de três cigarros de maconha ao dia – um pela manhã, um à tarde e outro à noite, conforme explicava.

Dentre os critérios valorizados pelos profissionais do CAPSad estudado como indicadores de melhora da condição de saúde dos sujeitos em tratamento e de possibilidade de concessão de alta terapêutica, identificaram-se: 1) a co-responsabilização do usuário com o tratamento e com a construção das condições para o seu processo de alta; 2) as mudanças nas relações sociais e familiares, com fortalecimento ou constituição de redes de solidariedade e de proteção ao consumo abusivo de álcool e outras drogas; 3) a (re)inserção no mercado de trabalho e/ou retomada de estudos. Frente a estes critérios, os profissionais argumentaram que a abstinência não pode constituir o único e absoluto indicador de cura ou melhora da condição de saúde dos sujeitos em tratamento no serviço. Os profissionais ressaltaram, nesta direção, ser relevante o acompanhamento de outras mudanças consideradas significativas na vida dos usuários, como o deslocamento da centralidade da droga em sua vida e a emergência de outras

demandas de atenção, a conquista de autonomia para administração da própria vida e de sua relação com as drogas, o alcance de projetos de vida traçados pelo próprio usuário:

Mas assim, criar os indicadores... Acho que o desafio é criar indicadores é... dentro da nossa concepção, dentro dos nossos critérios, é... do que é uma alta. Porque, por exemplo, como a gente não trabalha... se você trabalha a lógica da abstinência, é muito claro qual é o indicador, né, o paciente abstinente, é a abstinência que dá... A gente não trabalha especificamente com isso e também eu não acho que a abstinência seja indicador de uma alta dentro da proposta que a gente tem, dentro da proposta clínica. Pode ser um paciente que realmente deixou é... de usar drogas, mas a vida dele siga sendo exatamente igual como era antes, né, no sentido da relação dele com o mundo, da relação dele com as escolhas, da relação dele com o futuro, etc. Então, um dos desafios eu acho que é isso. (Entrevista coordenação CAPSad 4)

Esse é o tema que a gente discute. Seria parar de usar drogas? Não, depende, depende do que o sujeito também constrói como objetivo, né, o que ele traça como objetivo. A gente faz o acompanhamento disso. (Grupo Focal Profissionais)

A avaliação das práticas de cuidado produzidas pelo CAPSad Pernambués segundo o ponto de vista de profissionais, usuários e familiares aponta para as potencialidades deste serviço enquanto dispositivo da rede de atenção integral às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Os dados demonstram que os atores que têm participado cotidianamente, no contexto de um CAPSad, da construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da abordagem de redução de danos acreditam na humanização e na integralidade das intervenções de saúde e, sobretudo, na produção de mudanças significativas na vida de usuários de álcool e outras drogas e suas famílias atribuíveis a estas intervenções. O alcance e a extensão destas mudanças, particularmente no que diz respeito à inclusão social dos sujeitos egressos destes serviços, ainda carecem de aprofundamento. Para estudos e pesquisas subseqüentes, recomenda-se a investigação sobre as trajetórias daqueles sujeitos que receberam alta terapêutica do CAPSad.

7. Considerações finais

*De tudo ficaram três coisas
A certeza de que estamos sempre começando
A certeza de que é preciso continuar
E a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...*

Fernando Sabino

Diante dos primeiros rumores de que o processo de municipalização do CAPSad Pernambués – tantas vezes anunciado e, por vezes, tão temido por seus atores – estava em vias de se concretizar, senti que eu não tinha muito tempo para concluir este trabalho de doutoramento. Mais uma vez, o tempo da pesquisa precisava se adequar ao tempo do serviço. O CAPSad Pernambués passou à gestão do município de Salvador em 1º de julho de 2009. Este dado recente defrontou a pesquisadora com aquele compromisso assumido com o serviço nos momentos da entrada de campo e da devolução de resultados preliminares da pesquisa: tornar pública a experiência de construção de um serviço substitutivo de saúde mental especializado na atenção a usuários de álcool e outras drogas, as potencialidades e os limites das intervenções de saúde para a atenção às demandas e necessidades sociais de saúde da população assistida e, a partir de uma análise crítica, contribuir com o aprimoramento e fortalecimento deste serviço e suas práticas de saúde. Embora a pesquisa tenha partido de um estudo de caso único, espera-se que as contribuições derivadas deste trabalho se façam extensivas a outros Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Esta tese de doutorado enquanto produção científica *destina-se* à interlocução com a comunidade acadêmica, mas *dedica-se*, sobretudo, aos gestores, profissionais, usuários, familiares e todos aqueles que têm construído o CAPSad Pernambués. Diante de mais um importante momento de transição pelo qual o serviço atravessa, espera-se que os resultados desta pesquisa possam oferecer alguma contribuição à eventual necessidade de reorganização de seus processos de trabalho, tendo em vista a continuidade e o fortalecimento de uma experiência que se caracteriza exitosa quanto à construção de práticas de saúde referenciadas nos princípios da reforma psiquiátrica e na abordagem da redução de danos.

A análise do modelo de atenção à saúde em construção a partir do CAPSad Pernambués demonstra que a abordagem de redução de danos representa uma estratégia

potente para a atenção psicossocial de usuários de álcool e outras drogas. Ao produzir práticas de saúde orientadas pela lógica da redução de danos, o CAPSad estudado caracteriza-se pelo acolhimento aos sujeitos em tratamento, inclusive nas situações em que se encontram sob efeito de substâncias psicoativas e intoxicação aguda, constituindo-se em um serviço de referência para atenção a suas demandas e necessidades sociais de saúde. A lógica da redução de danos incide ainda nas intervenções extramuros, notadamente naquelas que almejam promover o acesso às ações de saúde para aqueles sujeitos que não endereçam aos serviços uma demanda espontânea de atenção.

O presente estudo de caso retrata, contudo, que os desafios para a construção de um modelo de atenção no contexto de um CAPSad, em conformidade com os princípios e diretrizes da política de saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, são de grande envergadura. A organização das práticas de saúde a partir do CAPSad estudado, seja no âmbito do serviço seja no território, revelou-se vulnerável à conjuntura política e à fragilidade das redes de saúde e intersetorial. Esta circunstância converge com os dados produzidos por outros estudos empíricos (SILVA, 2006; FODRA, 2008).

A necessidade de formação e qualificação para a atuação na área de álcool e outras drogas, tão enfatizada nos trabalhos de Moraes (2005, 2008), Silva (2006) e Souza et al. (2007), foi retratada neste estudo como uma lacuna importante. Neste sentido, o processo de implementação do CAPSad Pernambués aponta para a particularidade que certamente encontra-se no lastro do êxito de sua experiência. A parceria com o Centro de Estudos e Terapia ao Abuso de Drogas (CETAD-UFBA) proporcionou que a construção do projeto institucional do CAPSad estudado assumisse como referência a experiência técnico-científica acumulada por aquela instituição, pioneira no desenvolvimento de programas oficiais de redução de danos e reconhecida nacionalmente como centro de excelência (MACHADO, 2006; ALMEIDA, 2008; OLIVEIRA, 2009).

Por outro lado, e diferentemente da trajetória de outros CAPSad que foram criados a partir da experiência e da infraestrutura de serviços já existentes (OLIVEIRA, 2005; MORAES, 2005, 2008; FODRA, 2008), o CETAD e o CAPSad não se fundiram institucionalmente. A análise do processo de implementação do CAPSad Pernambués permite então retratar a mudança do serviço do bairro do Canela para o bairro de Pernambués como uma transição com repercussão significativa para a construção de seu modelo de gestão, organização dos processos de trabalho e delineamento de suas práticas de saúde. Depreende-se que aquela mudança geográfica implicou não apenas em melhoria da infraestrutura do serviço, mas

acarretou a oportunidade de construção de sua identidade institucional: o CAPSad-CETAD tornou-se CAPSad Pernambués. A dissociação institucional, contudo, não representou prejuízo à parceria entre os serviços, cujos papéis na rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas não se sobrepõem.

A importância da parceria entre o CAPSad Pernambués e o CETAD destaca-se pelo processo de supervisão institucional e de qualificação técnica de sua equipe multiprofissional. O desafio colocado para esta equipe tem sido fazer convergir os saberes e as práticas acumulados pelas experiências do CETAD ao contexto de um serviço substitutivo de saúde mental. Nesta direção, o CAPSad Pernambués tem construído suas próprias intervenções de saúde.

Quanto às práticas de saúde produzidas a partir do CAPSad assinala-se o desafio do desenvolvimento de estratégias para a promoção da inclusão social. Dentre as práticas observadas por esta pesquisa, ressalta-se a potencialidade não explorada do espaço das assembleias do serviço para o fomento da organização social e política dos sujeitos em tratamento e para o exercício de sua cidadania. A complexidade da demanda de atenção formulada pelos usuários em termos da afirmação de limites pelos profissionais do serviço apresenta-se como uma questão relevante: como conjugar a assertividade e a construção da autonomia dos sujeitos? Em outra vertente, a promoção da inclusão social no contexto do CAPSad estudado tem esbarrado em articulações frágeis e incipientes com a rede intersetorial.

A experiência de construção do modelo de atenção no contexto do CAPSad Pernambués caracteriza-se, portanto, por avanços e desafios. A partir deste estudo de caso único e de cunho etnográfico, que *teses* então defender?

- O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) constitui um serviço de saúde mental de alta complexidade que integra uma rede de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas ao mesmo tempo que desempenha o importante papel de articulá-la, promovendo o mapeamento, o acesso e a construção de parcerias entre seus dispositivos sociais e de saúde;
- Para a atenção às demandas e necessidades sociais de saúde de usuários de álcool e outras drogas e suas famílias, as práticas de saúde produzidas a partir do CAPSad precisam ser organizadas a partir das expectativas dos sujeitos em tratamento, inclusive aquelas relativas quanto ao alcance ou não da meta de abstinência do consumo de substâncias psicoativas e quanto aos seus projetos de vida;

- O modelo de atenção no contexto do CAPSad, ao conjugar os princípios da reforma psiquiátrica e a lógica da abordagem de redução de danos, caracteriza-se pelo desenvolvimento de práticas de saúde humanizadas e compromissadas com o resgate da cidadania de um segmento populacional estigmatizado e em situação de exclusão social, expressão mais pronunciada dos danos relacionados ao consumo abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Nesta perspectiva, considera-se que a análise do modelo de atenção à saúde em construção no contexto do CAPSad Pernambués reitera os princípios e as diretrizes das políticas de saúde mental e de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Algumas lacunas na produção do conhecimento científico sobre esta temática, contudo, persistem, notoriamente aquelas referentes ao aprofundamento das concepções e das estratégias para a redução de danos entre profissionais de saúde, à noção de territorialidade nas intervenções de saúde voltadas para usuários de álcool e outras drogas e às práticas de atenção a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e que fazem consumo de substâncias psicoativas.

Referências

- ALMEIDA, A.R.B. **Os avatares institucionais no campo da drogadição e suas incidências na construção de práticas terapêuticas alternativas**. 187f. Tese [Doutorado]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.
- ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L.R.C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, supl. 1, p.51-53, 2004.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ALVEZ-MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v.36, n.129, p.637-651, 2006.
- ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F.G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 9-14.
- BALL, A.L. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. **Addiction**, v.102, n.5, p.684-690, 2007.
- BASTOS, F.I.; BERTONI, N.; HACKER, M.A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v.42, supl. 1, p.109-117, 2008.
- BASTOS, F.I.; TELLES, P.R.; OLIVEIRA, M.L.; MORGADO, M.G. Infecção pelo HIV e HTLV e hepatitis virais entre UDIs no Rio de Janeiro. In: MESQUITA, F.; SIEBEL, S. (Orgs.). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 67- 79.
- BEEK, I.V. Harm reduction: an ethical imperative. **Addiction**, v. 104, n. 3, p. 342-343, 2009.
- BEHAR, R. Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicâncias. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria**, v. 42, n.3, p. 183-194, 2004.
- BRASIL, 2001. Lei nº. 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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 17-20.
- BRASIL, 2002. Portaria GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 125-136.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n^o. 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em 20 dez. 2008.

BRASIL. Decreto n^o. 2.632, de 19 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1998b.

BRASIL. Decreto n^o. 3.696, de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 2000.

BRASIL. Decreto n^o. 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei n^o 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2006b.

BRASIL. Decreto n^o. 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, mai. 2007.

BRASIL. Decreto n^o. 78.992, de 21 de dezembro de 1976. Regulamenta a Lei n^o 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1976b.

BRASIL. Decreto n^o. 85.110, de 2 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 1980.

BRASIL. Lei n^o. 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jan. 2002b.

BRASIL. Lei n^o. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

BRASIL. Lei n^o. 11.754, de 23 de julho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei n^o 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis n^{os} 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jul. 2008.

BRASIL. Lei n^o. 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência

física ou psíquica e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1º. nov. 1971.

BRASIL. Lei nº. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 1976a.

BRASIL. Medida Provisória nº. 1.689-2, de 29 de julho de 1998. Altera a Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jul. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 6**, Ano IV, nº 6, junho de 2009. Brasília, 2009. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 17p. Disponível em www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso em 21 jul 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório do Seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS – Agosto, 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001b. p. 106-111.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. rev. ampl. Brasília:Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Portaria GM nº. 816, de 30 de abril de 2002d. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.141-150.

BRASIL. Portaria GM nº. 817, de 30 de abril de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 151-155.

BRASIL. Portaria nº. 1.028, de 1º. de julho de 2005. Regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substância ou drogas que causem

dependência. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jul. 2005b.

BRASIL. Portaria SAS nº. 189, de 20 de março de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 273-290.

BRASIL. Portaria SAS nº. 305, de 3 de maio de 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 291-297.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidroga**. Brasília, 2002a.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, 2005a.

BRASIL. Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mai. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 21-29.

CANTY, C.; SUTTON, A.; JAMES, S. Strategies for community-based drug law enforcement: from prohibition to harm reduction. In: STOCKWELL, T.; GRUENEWALD, P.J.; TOUMBOUROU, J.M.; LOXLEY, W. (Eds.). **Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice**. Chicester, UK: John Wile & Sons, 2005. p. 225-236.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 70-75, 2008.

CARLINI, E.A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.4, p. 314-317, 2006.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005. p. 11-27.

CARNEIRO, A.C.; OLIVEIRA, A.C.M.; SANTOS, M.M.S. **Saúde mental e educação popular**: construindo saberes e práticas. 24f. Monografia [Especialização]. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Núcleo de Saúde Mental, Universidade do Estado da Bahia. Salvador, 2008.

CARVALHO, D.B.B. (Coord.) **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CARVALHO, H.; BUENO, R. PROJETO BRASIL. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: MESQUITA, F.; SIEBEL, S. (Orgs.). **Consumo de drogas**: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 21-53.

CASAL, A.Y. **Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica**. Lisboa: Edições Cosmos, 1996.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p. 973-986, 2005.

CHALUB, M.; TELLES, L.E.B. Álcool, drogas e crime. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, supl. 2, S69-73, 2006.

DELGADO, P.G. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 165-181.

DELGADO, P.G.G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A.F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; PÔRTO, K.; HOFFMANN, M.C.C.L., MARTINS, R.; GRIGOLO, T. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andrea de Abreu Feijó; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

DIAS, J.C.; PINTO, I.M. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p.39-49.

EMMANUELLI, J.; DESENCLOS, J. Harm reduction interventions, behaviours and associated health outcomes in France, 1996-2003. **Addiction**, v. 100, n.11, p. 1690-1700, 2005.

FERREIRA, P.E.M.; MARTINI, R.K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.2, p.96-99, 2001.

FIGLIARELLI, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005. p. 257-290.

FONSECA, E.M.; BASTOS, F.I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 289-310.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.1, p.17-27, 2008.

FODRA, R.E.P. **Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas: análises dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial**. 167f. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista. Assis, 2008.

FODRA, R.E.P.; COSTA-ROSA, A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad): análises dos discursos e das práticas no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 129-139, 2009.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.165-181, 2001.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, R.O. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.11. p. 2671-2680, 2008.

GALDURÓZ, J.C.F. ; NOTO, A.R. ; NAPPO, S.A. ; CARLINI, E.A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, número especial, p. 888-895, 2005.

GALDURÓZ, J.C.F.; CAETANO, R. Epidemiologia o uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, supl. 1, p.3-6, 2004.

GARCIA, M.L.T.; LEAL, F.X.; ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v.20, n.2, p. 267-276, 2008.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 64-89.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GEERTZ, C. **Obras e vidas: o antropólogo como autor**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

GOSSOP, M. Maintenance treatments across countries. **Addiction**, v.103, n.9, p. 1493-1494, 2008.

HEIM, J.; ANDRADE, A.G. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 61-64, 2008.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 90-113.

KARAM, M.L. Legislação brasileira sobre drogas: história recente – a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 155-164.

KEEN, J.; PACKWOOD, T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 61-69.

KELLOGG, S.H. On “gradualism” and the building of the harm reduction-abstinence continuum. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.25, n. 4, p. 241-247, 2003.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 31-40.

KOHN, R.; MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F.; KOHN, R. (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 199-207.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Construindo o campo da pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n.3, p. 169-177, 2007.

MACHADO, A.R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 151f. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

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, Ciência, Saúde – Manguinhos**, v.14, n.3, p. 801-821, 2007.

MACMASTER, S.A. Harm reduction: a new perspective on substance abuse services. **Social Work**, v.49, n.3, p.356-363, 2004.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H.B.; BOTEAGA, N.J. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998-2002. **Psicologia em Estudos**, v.12, n.1, p. 115-121, 2007.

MARLATT, G.A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed: 1999.

MARTINS, G.A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MASUR, J. **O que é toxicomania**. 5 ed. 1ª. reimpr. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MASUR, J.; CARLINI, E.A. **Drogas: subsídios para uma discussão**. 4 ed. 1ª. reimpr. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, supl. 1, p.7-10, 2004.

MINAYO, M.C.S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**, v.25, n.3, p.233-238, 1991.

MINAYO, M.C.S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-51.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.1, p. 35-42, 1998.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p. 121-133, 2008.

MORAES, M.M. **O modelo de atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais**. 151f. Dissertação [Mestrado]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Recife, 2005.

MORAIS, P.C.C. **Drogas e políticas públicas**. 313f. Tese [Doutorado] – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

MOTA, L.A. **Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?** São Paulo: Paulus, 2007.

MUSUMECI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 83-96.

NASI, C.; HILDEBRANDT, L.M. O tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na ótica de seus usuários. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v.14, n.3, p. 240-248, 2004.

NUNES, M. **O Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um estudo sobre novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil**. Relatório de Pesquisa. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

OLIVEIRA, E. **O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas**. 186f. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, M.G.P.N. **Consultório de Rua: relato de uma experiência**. Dissertação [Mestrado]. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.5, p. 1053-1062, 2006.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-586.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

PERDUCA, M. Vamos criminalizar a proibição! In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 51-63.

PONCE, J.C.; LEYTON, V. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 65-69, 2008.

PONCE, J.C.; ANDREUCETTI, G.; JESUS, M. G. S.; LEYTON, V.; MUÑOZ, D.R. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, supl. 1, p. 13-16, 2008.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos observacionais em estabelecimentos de atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 41-49.

QUEIROZ, D.T.; VALL, J.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.2, p.276-283, 2007.

REGHELIN, E.M. **Redução de danos: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

REHM, J.; MONTEIRO, M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.18, n.4/5, p.241-248, 2005.

REIS, A.D.; FIGLIE, N.B.; LARANJEIRA, R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.28, n.3, p. 191-195, 2006.

RIBEIRO, M.M. Aspectos legais. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 469-476.

RIBEIRO, M.M.; ARAÚJO, M.R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 457-468.

RICOUER, P. **Do texto à ação: ensaios de hermenêutica II**. Porto, Portugal: RÊS Editora, 1989.

RICOUER, P. **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significado**. Lisboa: Edições 70, 1976.

RITTER, A.L.; CAMERON, J. **A systematic review of harm reduction**. Fitzroy: Turning Point Alcohol and Drug Centre, 2005.

RODRÍGUEZ, D.C.R.; BAREÑO, C.M.D; RUEDA, S.J.G.; HERRERA, Z.M.S.; DÍAZ-MARTÍNEZ, L.A.; RUEDA-JAIMES, G.E.; CAMPO-ARIAS, A. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.5, p.1402-1407, 2005.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Salvador, 2006.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SCHELEIERMACHER, F.D.E. **Hermenêutica: arte e técnica da interpretação**. 5 ed. Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2006.

SIEBEL, S.; CARVALHO, H.B. HIV, hepatite C e sífilis entre UDIs no Centro-Oeste. In: MESQUITA, F.; SIEBEL, S. (Orgs.). **Consumo de drogas: desafios e perspectivas**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 55-66.

SILVA, A.M. **Tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II – leste Natal/RN: uma avaliação da efetividade**. 171f. Dissertação [Mestrado]. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2006.

SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.3, p. 145-151, 1999.

SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-7.

SOARES, L.E. **O rigor da indisciplina**. Rio de Janeiro: Relumê/ Dumará, 1994.

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: novas propostas, novos desafios. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.2, p. 210-217, 2007.

SOUZA, J. **Intervenções de um serviço de saúde mental direcionadas aos usuários sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas: das políticas e documentação à prática cotidiana**. 152f. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2007.

TAMMI, T.; HURME, T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. **International Journal of Drug Policy**, v. 18, n. 2, p. 84-87, 2007.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006. p. 19-58.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006. p. 129-167.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

WEATHERBURN, D. Dilemmas in harm minimization. **Addiction**, v.104, n.3, p. 335-339, 2009.

WODAK, A. Harm reduction is now the mainstream global drug policy. **Addiction**, v.104, n.3, p. 343-345, 2009.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZILBERMAN, M.L.; BLUME, S.B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, supl. 2, S51-55, 2005.

Apêndice A

Categorias Temáticas – Estudo de Caso CAPSad Pernambués

- **POSIÇÃO GEOPOLÍTICA DO CAPS (PG)**
 - **Processo de implementação (PGPI)** – Descrição de todo processo de implementação do CAPSad, desde a concepção do projeto até o início do seu funcionamento;
 - **Posição geográfica e estrutura física (PGGF)** - Localização geográfica do CAPSad e facilidade/dificuldade de acesso; condições físicas da casa e necessidades percebidas por usuários e profissionais em termos de infraestrutura; Circulação de usuários, familiares, profissionais pelos espaços físicos do CAPSad (permissões de acesso, restrições etc);
 - **Relação com a Coordenação de Saúde Mental (PGCS)** - Tipo de relação estabelecida entre a Coordenação do CAPSad e a Coordenação de Saúde Mental (apoio, interlocução, limitações, carências, etc.); questões relacionadas ao tipo de contrato de trabalho; processo de contratação de novos profissionais; questões referentes a orçamento/financiamento;
 - **Modelo de gestão (PGMG)** – processo de gestão; atribuições e relação entre coordenação geral e coordenações de ações específicas; participação dos profissionais na tomada de decisão; relações hierárquicas; condições de trabalho; normas instituídas de funcionamento e de convivência no CAPSad (regras estruturantes, afirmação de limites etc); funções ou papéis atribuídos ao CAPSad (atividades de docência e pesquisa, capacitação de profissionais); critério de escolha dos gestores do serviço; questões referentes a orçamento e produtividade;
 - **Avanços e dificuldades (PGAD)** – Descrição dos avanços alcançados e das dificuldades e necessidades que ainda não foram superadas desde a implementação do CAPSad.

- **PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR (PT)**
 - **Supervisão e capacitação (PTCA)** – Necessidades ou ações de supervisão ou de capacitação dos profissionais do CAPSad ou de outros trabalhadores da saúde; visitas a outras instituições para conhecer experiências de atenção a usuários de álcool e outras Drogas; grupos de Estudo; leituras de material sobre álcool e outras drogas; manifestações de opção quanto a um referencial teórico para a clínica;

- **Trabalho interdisciplinar (PTIN)** – Sentidos atribuídos ao trabalho interdisciplinar; processo de trabalho em equipe (oficinas e grupos); relação entre os profissionais (hierarquias, parcerias, divergências de ponto de vista etc); relação dos profissionais com os residentes; relação entre profissionais *antigos* e *novos* no CAPSad; reunião de equipe e/ou momentos de discussão de procedimentos e casos; definição das atribuições dos profissionais e organização do processo de trabalho; Dificuldades e facilidades;
- **Trajetória Profissional (PTTP)** - Referência às experiências profissionais na saúde, particularmente na saúde mental, na atenção a usuários de álcool e outras drogas e ao trabalho no CAPSad; Processo de inserção dos novos profissionais no CAPSad; Sentidos atribuídos pelos profissionais ao trabalho no CAPSad; Atividades propostas e desenvolvidas.

- **USUÁRIO (US)**

- **Consumo de álcool e outras drogas (USAD)** – Significados atribuídos ao consumo de álcool e outras drogas; narrativas sobre o consumo de drogas (início do consumo, substância consumida, percepção da dependência, decisão de buscar tratamento, itinerário terapêutico); perdas e sofrimentos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas; consumo de álcool e outras drogas durante o tratamento;
- **Relação com o CAPS (USRC)** – Sentidos atribuídos ao CAPSad; Expectativas do usuário em torno do tratamento; demandas dirigidas ao serviço (atenção à saúde, proteção, alimentação, vale transporte, documentos, emprego etc); sugestões e reivindicações; necessidades e mudanças percebidas em relação ao serviço; o CAPS como *referência*, *visitas* de usuários que já não são atendidos no serviço;
- **Relação com profissionais (USRP)** – Descrição da relação entre usuário e/ou familiar com os profissionais do CAPSad, inclusive técnicos de referência (vinculação, conflito, etc); critério de escolha dos técnicos de referência, possibilidade de substituição;
- **Redução de danos/ Abstinência (USRA)** – Sentidos atribuídos e opções dos usuários quanto à redução de danos e/ou abstinência; estratégias adotadas por usuários para a redução de danos e/ou abstinência; dificuldades vivenciadas e experiências exitosas;

- **FAMÍLIA (FA)**

- **Modos de cuidar (FAMC)** - Narrativas de familiares acerca das práticas relacionadas ao cuidado ao usuário de álcool e outras drogas no contexto da família; participação da família no cuidado/tratamento do usuário; participação da família das atividades do CAPSad;

- **Significados do cuidado (FASC)** - Sentidos construídos acerca do que seja ocupar o lugar de cuidador na família e sentimentos dos envolvidos nesse cuidado uns em relação aos outros (ex: do usuário relacionado à família ou sentimentos que o usuário acha que a família atribui ao usuário); relação do usuário com a família (apoio, conflitos, fragilidade do vínculo, etc).
- **Demandas (FADE)** – Demandas, sugestões, reivindicações e necessidades percebidas em relação ao CAPSad por parte de familiares.
- **SUPORTE SOCIAL (SS)**
 - **Relações de solidariedade e conflito (SSSC)** – Relações entre usuários do CAPSad (interações, parcerias, associações, amizade, conflito, consumo de drogas, etc); Relação dos usuários desenvolvidas fora do CAPSad (apoio, solidariedade, conflito, ameaça, consumo de drogas etc);
 - **Relações amorosas (SSRA)** - Relações afetivo-sexuais desenvolvidas pelos usuários no CAPSad e na comunidade, a importância que as mesmas adquirem em suas vidas e as percepções dos profissionais em torno das mesmas.
- **INCLUSÃO SOCIAL (IS)**
 - **Situações de discriminação e maus tratos (ISSD)** - Relatos de situações que evidenciam discriminação e/ou maus tratos contra usuários ou familiares; estratégias e ações do CAPSad para enfrentamento da discriminação; situações de discriminação relacionadas ao tipo de substância psicoativa de consumo;
 - **Exclusão social (ISEX)** – Relatos sobre as condições sócio-econômicas nas quais vivem os usuários e seus familiares (analfabetismo, pobreza, desemprego etc); sobre a violência estrutural que dificulta o processo de adesão ao tratamento e a inclusão social, bem como narrativas que abordem os moradores de rua;
 - **Estratégias e expectativas de inclusão (ISEI)** - Estratégias desenvolvidas pelo CAPSad com o objetivo de promover a inclusão social; expectativas dos usuários quanto à inclusão social e suas iniciativas; projetos de vida dos usuários; a relação do usuário com o dinheiro; Dificuldades apontadas para o êxito das estratégias de inclusão social.
- **TECNOLOGIAS (TE)**
 - **Planejamento e avaliação das atividades (TEPA)** – descrição de momentos de planejamento e/ou avaliação das atividades desenvolvidas por profissionais (quem propõe, como é discutido, elaboração de planos e projetos, etc.); considerações sobre o planejamento e a avaliação; critérios adotados pela

equipe; modos de participação da equipe no planejamento e avaliação das atividades (momentos de discussão das atividades, processo de tomada de decisão etc); repercussões da avaliação para o planejamento; referências ao Projeto Terapêutico do CAPSad; dificuldades apontadas no planejamento e execução das atividades realizadas.

- **Recepção e Acolhimento (TERC)** – descrição de situações e narrativas em torno da recepção e acolhimento no CAPSad; os motivos (comportamentos, sintomas, necessidades sociais, etc.) que justificam a necessidade do tratamento no CAPSad; relatos dos sentimentos relacionados aos primeiros momentos de chegada ao CAPSad.
- **Encaminhamentos de usuários atendidos na comunidade (TEEC)** – Referência aos casos atendidos a partir da intervenção comunitária e encaminhados ao CAPSad; dificuldades referidas; estratégias adotadas pela equipe;
- **Plano Terapêutico Individual (TEPT)** - Elaboração e acompanhamento do Plano Terapêutico Individual (PTI); participação dos usuários na elaboração do PTI e sentidos atribuídos; registro nos prontuários dos atendimentos realizados e acompanhamento terapêutico;
- **Oficinas e Grupos (TEOF)** - Sentidos atribuídos; distribuição de oficinas e grupos pelos turnos da semana; referência e considerações quanto às oficinas e grupos por usuários e familiares; necessidades percebidas e sugestões; incorporação dos produtos das oficinas ao espaço físico do CAPSad e a suas atividades; considerações sobre oficinas profissionalizantes ou de geração de renda; admissão e participação dos usuários; mudanças realizadas na oferta de atividades (revisão do quadro de oficinas e grupos terapêuticos); disponibilidade de material;
- **Assembléias (TEAS)** - Descrição do seu modo de funcionamento (quem coordena, elaboração da pauta e da ata, participantes, frequência, disposição espacial, divisão de tarefas, etc.); avaliação das assembléias pela equipe e considerações sobre sua condução; dinâmica das Assembléias.
- **Atividades extra-muros (TEEX)** - Descrição do modo de funcionamento das atividades extra-muros (quem organiza, participantes, frequência, etc.); referências a atividades de portas abertas ao público. sentidos atribuídos; intervenções na comunidade; participação dos profissionais (quem participa?); considerações sobre o perfil do profissional para as ações comunitárias; participação de usuários e familiares nas atividades extra-muros (eventos, visitas a locais públicos); participação da comunidade; ações de divulgação e comunicação das atividades desenvolvidas pelo CAPSad na comunidade, na mídia, etc.
- **Manejo das crises (TEMJ)** – situações caracterizadas como *crise*; sentimentos, recursos e formas de enfrentamento desenvolvidas na tentativa de resolução das crises; intervenção dos profissionais a usuários sob efeito de álcool e outras drogas no serviço; referências aos atendimentos feitos na

enfermaria do CAPSad e utilização de seus leitos de desintoxicação; encaminhamentos para serviços de emergências ou solicitação do SAMU; desafios da clínica de atenção a usuários de álcool e outras drogas;

- **TERRITÓRIO (TR)**

- **Rede setorial atenção básica (TRAB)** - Relações e parcerias estabelecidas com os ACS e ESF ou equipes matriciais (inclui vários tipos de relação, por exemplo, ações conjuntas, trocas de informações, etc.); dificuldades e facilidades na relação;
- **Rede setorial secundária e terciária (TRST)** – Relações e parcerias estabelecidas com hospitais gerais, psiquiátricos, policlínicas, CRAS, CTAS, hospitais de custódia (Manicômio Judiciário), ambulatórios, outros CAPS, etc; Dificuldades e facilidades na relação;
- **Rede intersetorial (TRIN)** - Relações e parcerias do CAPSad com dispositivos da rede intersetorial (Associações de Moradores, Centro Social Urbano, Conselho Tutelar, Justiça, Ministério Público, etc.); encaminhamentos; abordagem do CAPSad aos “usuários da justiça”; Dificuldades e facilidades na relação;
- **Relação da comunidade com o CAPSad (TRCM)** – Caracterização da comunidade que constitui território imediato do CAPSad; identificação do CAPSad no território e reconhecimento dos serviços ofertados; Sentidos atribuídos ao serviço; Ausência de informação/ desconhecimento; demandas dirigidas ao CAPSad e parcerias estabelecidas;
- **Movimento de Usuários e Familiares (TRMU)** - Referência à mobilização política organizada e/ou informal de usuários e familiares (Associação de Usuários, movimento de greve, abaixo-assinado; participação em reuniões da AMEA etc); Dificuldades para a mobilização;

- **AVALIAÇÃO (AV)**

- **Adesão/Frequência dos usuários (AVAD)** – considerações sobre a adesão/frequência dos usuários às atividades e ao serviço; volume de usuários no serviço; justificativas dos usuários às ausências; situação de retorno de usuários ao tratamento; estratégia do CAPSad para promover a adesão; elementos facilitadores e dificultadores relativos à adesão.
- **Avaliação dos cuidados (AVAC)** – Considerações de usuários e/ou familiares sobre os cuidados recebidos no CAPSad e em outros dispositivos terapêuticos e as diferenças percebidas entre os mesmos; mudanças percebidas por usuários e familiares na organização do CAPSad e suas repercussões no cuidado.

- **ALTAS E CURA (AC)**
 - **Significados (ACSG)** - Reconhecimento da perspectiva de alta entre os profissionais; o que qualificam como alta, relato de altas efetivadas, bem como os critérios utilizados; perspectivas de cura e seus significados, relatos de cura.
 - **Expectativas dos profissionais em relação ao tratamento (ACET)** - Expectativas dos profissionais sobre a evolução do tratamento; discurso e intervenção dos profissionais acerca a redução de danos e a abstinência; considerações do CAPSad como “*lugar de passagem*”; co-responsabilização dos usuários pelo tratamento;
 - **Mudanças percebidas na vida dos usuários (ACMP)** – Evolução favorável ou desfavorável, mudanças, transformações, ganho de autonomia e melhoras na vida do usuário e/ou da família;