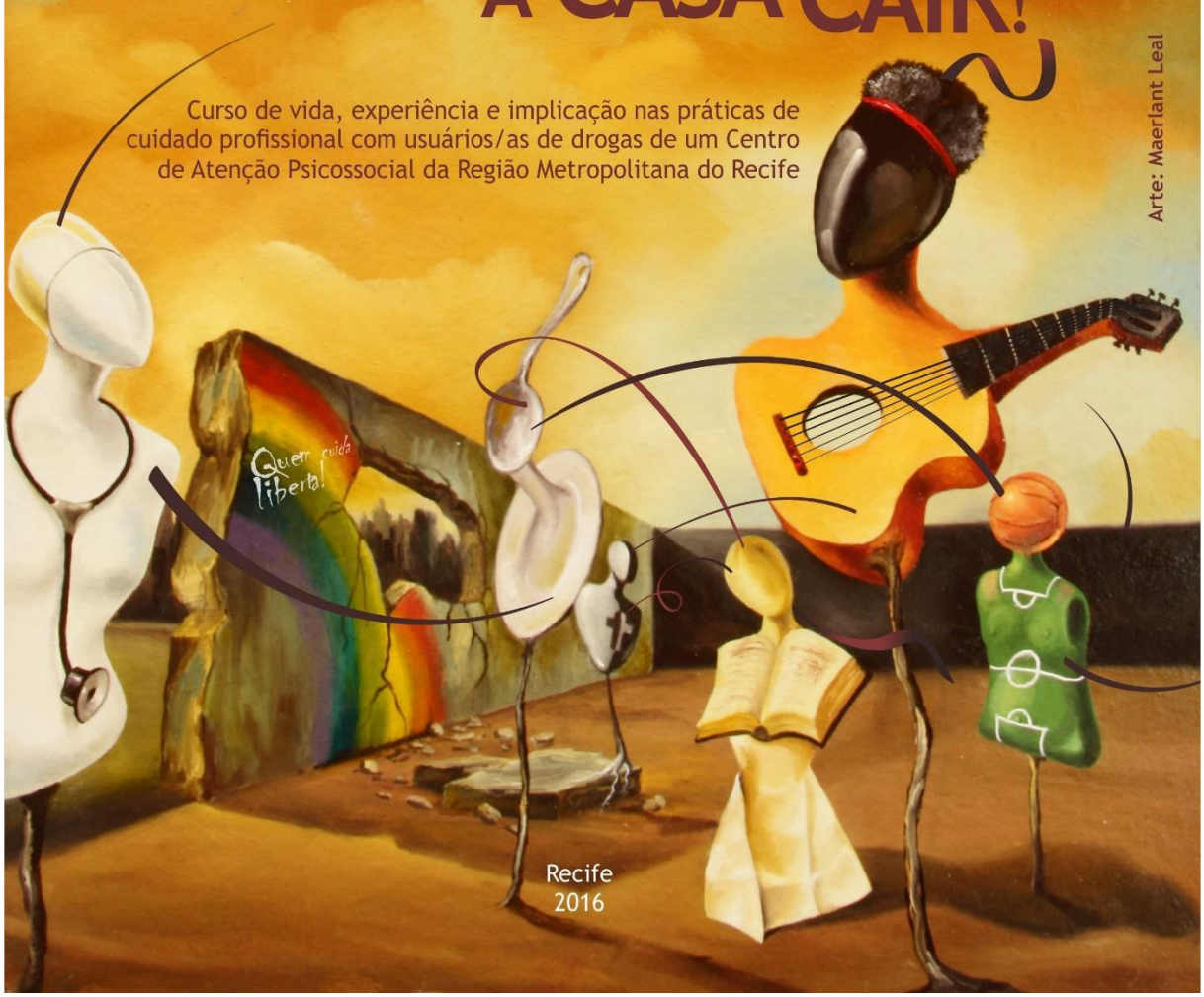
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Marilyn Dione de Sena-Leal

PARA NÃO DEIXAR A CASA CAIR!

Curso de vida, experiência e implicação nas práticas de cuidado profissional com usuários/as de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife



Arte: Maerlant Leal

Recife
2016

Marilyn Dione de Sena Leal

PARA NÃO DEIXAR A CASA CAIR!

Curso de vida, experiência e implicação nas práticas de cuidado profissional com usuários/as de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Luís Felipe Rios

RECIFE

2016

Catalogação na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

L435p Leal, Marilyn Dione de Sena.
Para não deixar a casa cair! : curso de vida, experiência e implicação nas práticas de cuidado profissional com usuários/as de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife / Marilyn Dione de Sena Leal. – 2016.
225 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Luís Felipe Rios.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2016.
Inclui referências e anexos.

1. Psicologia. 2. Serviços de saúde mental. 3 Profissionais. 4. Experiência. 5. Drogas. 6. Estigma (Psicologia social). I. Rios, Luís Felipe (Orientador). II. Título

150 CDD (22. ed.) UFPE (BCFCH2017-255)

Marilyn Dione de Sena Leal

PARA NÃO DEIXAR A CASA CAIR! Curso de vida, experiência e implicação nas práticas de cuidado profissional com usuários/as de drogas de um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovada em: 14/12/2016

BANCA EXAMINADORA:

_____

Prof. Dr. Luís Felipe Rios do Nascimento
(Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos
(Examinador Externo)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof.ª Dr.ª Marcia Reis Longhi
(Examinadora Externa)
Universidade Federal da Paraíba

_____

Prof.ª Dr.ª Jaileila de Araújo Menezes
(Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof./ª Dr./ª Marion Teodósio de Quadros
(Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Ao Sistema Único de Saúde (SUS), que não seja dizimado pelo golpe na democracia do Brasil!

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador e amigo Luís Felipe Rios, sem ele não teria conseguido chegar até aqui, que com o seu senso ético sempre soube separar amizade de trabalho e quando teve que ser duro foi, mas na hora mais difícil soube usar a meiguice para que a caminhada prosseguisse tranquila. Posso dizer que trabalhamos juntos e que esta tese nasceu em decorrência de uma parceria muito intensa. Aprendi muito com você! Seu senso ético e lealdade, fazem de você uma pessoa doce e leve nesse caminho duro, apesar de prazeroso, que a academia nos impõe. Obrigada, de coração! Ter você no meu caminho iluminou e encheu de cores os momentos mais cinzas. Com muito amor, a parceria segue...

Ao meu "orientador-local", denominação utilizada pela FACEPE, Eduardo Mourão Vasconcelos, cujo contato inicial na qualificação só me levou a uma maior admiração e, em seguida se tornou um presente que ganhei, fruto de um processo de doutoramento sanduíche na UFRJ. Deste encontro nasceu um dos principais conceitos desta pesquisa, que aliado a outro que já vinha trabalhando com o meu orientador, deu o tom da tese. Sempre disponível, carinhoso, amigo e parceiro, muito obrigada! A caminhada segue...

À Rita Cavalcante Lima, profissional competente na área dos estudos de drogas, também fruto desta frondosa árvore de doutoramento sanduíche. Esta tese tem a sua marca, com certeza. Obrigada por me conduzir nos debates da área durante minha estadia no Rio de Janeiro, pelas contribuições valiosas na banca de qualificação, pela solidariedade, disponibilidade e palavras carinhosas nesse processo final.

Aos demais professores/as que compuseram a banca de qualificação com contribuições valiosas para o trabalho Jaileila Araújo e Karla Galvão Adrião, pessoas e profissionais a quem admiro profundamente. Aprendi muito com vocês durante o doutorado.

À contribuição significativa à tese da Profª Ivia Maksud, em visita ao Lab-ESHU/UFPE.

A outros/as professores/as do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em especial, os que estiveram mais perto e que teceram contribuições significativas como Fátima Santos e o meu também colega de turma, Eniel Sabino.

À turma do doutorado, representada por Amanda Duque e Eniel Sabino. O carinho de vocês foi muito significativo!

À Marion Teodósio de Quadros (UFPE), amiga desde os tempos de colégio, que ao reencontrá-la durante o mestrado vem contribuindo para os meus aprofundamentos metodológicos. Você não tem ideia de como esteve presente na elaboração do método desta tese e em alguns conceitos! O que aprendi com você está escrito também nestas linhas. Feliz pelo nosso reencontro também na banca de doutorado!

À Márcia Reis Longhi (UFPB), amiga querida, representando aqui neste agradecimento todas e todos que enviaram artigos e referências para ser utilizada no marco teórico deste estudo. Muito bom tê-la na banca do doutorado!

A todos/as docentes, colegas do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da FCM/UPE, em especial, àqueles/as cujo apoio para ao meu afastamento para me dedicar à tese foi fundamental durante o processo final, Joselma, Eudes Lorena, Dione Maciel, Charmênia Cartaxo, Tânia Lago Falcão, Bernadete Antunes e Paulette Cavalcanti. Esta última, mesmo antes do doutorado já se revelou disponível e bastante acolhedora. Obrigada, sem vocês seria muito mais difícil todo este processo. E junto está a turma de graduação em saúde coletiva 2014.2 que compreendeu quando precisei estar no campo e me ajudou a reorganizar o cronograma para fechar a carga horária de forma tranquila. Prometi um agradecimento na tese e aqui vai com muito bom humor e carinho! Ainda no âmbito do trabalho na UPE, Cléo Queiroz, preceptora do PETe Jessyka Mary, cujo apoio nas minhas ausências foi fundamental.

Aos/às colegas do GEAD/UFPE por permitirem tantas ausências em nossas reuniões e projetos neste processo.

Aos/às profissionais do CapsAD e da Raps, *lócus* desta pesquisa pela disponibilidade e carinho, sempre! Aprendi muito com vocês. Admiração e Gratidão!

À Aline Neiva, orientanda da residência multiprofissional em saúde mental da UPE, cujo TCC foi no mesmo campo de estudo e que estava comigo durante todo o trabalho de campo desta pesquisa. Obrigada pela parceria significativa.

Neste meu percurso biográfico tenho muitos amigos/as e amigo/a-casa, em cada fresta um sentimento, um lamento, alegria, pensamento, raiva, desabafo, estresses cotidianos de amigos e amigas na estrada, mas sempre juntos. Alguns anônimos aqui, mas presentes no meu coração e cotidiano, vocês me fazem mais feliz, obrigada por existirem.

À Roseane Amorim, ex-orientanda que muito me orgulha, hoje amiga e colega de doutorado, pessoa leal que muito me emociona em cada gesto de cuidado que ela revela, muitas vezes, de

forma inesperada. Obrigada pela ajuda incondicional sempre! Também, fruto deste vínculo também de orientadora na docência na UPE, orgulho de sua trajetória, hoje no mestrado, Patrícia Ivanca, obrigada pela disponibilidade e amizade sempre.

Às “amigas-casa” pela identificação no momento, Juliana Batistuta Vale, Rossana Rameh, Marcela Lucena e Telma Melo, que nesse processo de construção de conhecimento e doutoramento de todas, estabeleci diálogos, troca de textos, contribuições, articulações significativas, reflexões conjuntas sobre a tese e a vida foram fundamentais. R3M, Renata Almeida, pela inserção inicial no campo fundamental e trocas. À Alda Roberta pelo apoio e disponibilidade, obrigada meninas! À Rossana-Rameh e Juliana Batistuta pela parceria, amizade e trocas durante a elaboração desta tese.

À família, a qual sempre considerarei parte da minha família, Cynthia Perreard e seus pais Godofredo e Claire de Oliveira Neto vocês foram o combustível em muitos momentos desta caminhada no Rio de Janeiro.

À minha amada família do Rio, Diana Leal e seu esposo Stéfano, muito obrigada pelo amor e risos que tivemos quando me acolheram na casa de vocês aí no Rio. Daniel (meu Daninho), Mônica Sena, Alexandres (pai e filho) e Nalvinha, família carioca sempre acolhedora e muito amada, obrigada pelo enorme amor que nos une! Aos meu Tio Leo e Tia Edinha, pelo exemplo de luta e sacrifício na vida a favor da democracia, valores preciosos que hoje precisamos manter cada vez mais vivo na luta pelo nosso Brasil.

Aos meus pais, Murilo e Ivonilde pelos valores, ensinamentos e apoio na vida. Cada passo tem a evocação de uma saudade gostosa de vocês e do exemplo de luta em vida. À Lourdes que cuidou de mim e da minha família, nossa mãe adotada pelo carinho que sempre teve e aos meus irmãos, Márcio e Denis, sempre companheiros, solidários com tudo o que vem de mim. Meu muito obrigada! Márcio, desculpa as ausências durante esse tempo de imersão, orgulhosa da pessoa sensível que se tornou através da vida e da escrita. Denis, me orgulho muito do artista que você é. Obrigada pela arte da capa da tese e pela atenção em todos os detalhes! Amo muito todos vocês.

Aos Amigos, Ernani, Naiva, Haroldo e Sil vocês foram fundamentais nessa caminhada. Não tenho nem palavras para agradecer! Sil, amiga-irmã com quem sei que posso contar em todas as horas da minha vida.

À Gabriela Frota, pessoa linda desta caminhada. Sua torcida e apoio foram fundamentais! Obrigada pela contribuição direta no trabalho nessa reta final! Obrigada por estar presente ajudando neste momento significativo.

À FACEPE, pela bolsa que financiou esta tese durante o processo de doutoramento.

“O sofrimento ético-político abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma que mutilam a vida de diferentes formas. Qualifica-se pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, o conteúdo e qualidade são determinados pela organização social. Portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivencia cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade”. (SAWAIA, 2010)

RESUMO

O trabalho apresenta resultados de uma pesquisa etnográfica que teve por objetivo investigar o curso de vida de profissionais de saúde na caracterização da resposta governamental ao agravo, Vulnerabilidade Programática (VP), de usuários/as de álcool e outras drogas (AD) em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco. Para atingir os fins do estudo, foi realizada observação participante no serviço e na Rede de Atenção Psicossocial do município, e entrevistas com doze profissionais (nível médio e superior) visando construir seus *percursos biográficos*. Os dados sugerem que, no caso em estudo, a VP se revela em dois níveis: 1) Organizacional: Descrita pelos interlocutores como *sucateamento*, e envolve a carência de recursos financeiros para a manutenção do serviço e precariedade das relações de trabalho; 2) Pessoal: Constituída ao longo da vida do profissional, é caracterizada por: a) presença de estigma, periculosidade e marginalidade constituídos mediante as redes de significação da sociedade e contato com o abuso de AD na família, ou enquanto usuário, anterior à entrada no serviço, b) incapacidade da educação formal de resignificar o objeto e ofertar recursos teóricos-técnicos para atuação, o que se revela na ausência inicial de desejo dos/as profissionais em trabalhar com AD por conta do estigma, e é sinalizada na expressão *cair de paraquedas*; c) precariedade de estratégias de requalificação de conhecimentos, técnicas e implicações dos/as profissionais, de modo a ampliar a efetividade da atuação profissional. Ainda assim, a inserção no serviço possibilitou, para muitos, a ressignificação de AD, construindo implicação empática no cuidado, que pôde ser ampliada para familiares dos/as profissionais. No entanto, o paradigma da Redução de Danos, que embasa a normativa do serviço exige outros componentes, os quais para serem agregados nos recursos técnicos dos/as profissionais exige formação e treinamento apropriados. Em síntese, o trabalho enfatiza a centralidade das implicações organizacionais e pessoais na reprodução de estigmatização e na produção da VP no campo da atenção em saúde no que se refere aos problemas decorrentes do uso de AD, sinalizando a importância de investimento na educação permanente em saúde, em um formato que considere a qualificação teórica e técnica, mas também a subjetividade do profissional, que podem interferir significativamente na produção do cuidado.

Palavras-chave: Curso de vida. Experiência. Percursos Biográficos. Implicação. Profissionais. Drogas. Estigmatização. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The work presents the results of an ethnographic research which aimed investigate the life course of health professional in characterisation of governmental response to grievance, Programmatic Vulnerability (PV), of users of alcohol and other drugs (AD) in a Psychosocial Attention Centre in Alcohol and Drugs of Recife's Metropolitan Zone, in Pernambuco. To achieve the study's goals, was realized participant observation in the service and in the city's Psychosocial Attention Network, and interviews with twelve professionals (medium and high education level) aiming to construct their *biographical routes*. The data suggest that in the case in study, the PV reveals in two levels: 1) Organisational: described by interlocutors as *scrapping*, and evolves lack of financial resources to maintenance of the service and precariousness of work relationships; 2) Personal: built along the life of professional, is characterized by: a) presence of stigma, dangerousness and marginality constituted by society's meaning networks and contact with abuse of AD in family, or as users, prior to entry into service, b) inability of formal education to reframe the object and offer technical-theoretical resources for acting, what reveals in initial absence professionals' desire in working with AD because of the stigma, and is signed in the expression *falling in parachute*; c) precariousness of knowledge requalification strategies, techniques and implications of the professional, to enlarge the effectiveness of professional acting. Even so, the insertion in service, allowed, for many, the resignification of AD, building empathic implication in caring, that could be expanded to professionals' relatives. However, the paradigm of Harm Reduction, that serving as a base for the rules of service requires other components, which to be aggregated to technical resources of the professionals, requires proper formation and training. In synthesis, the work emphasises the centrality of organizational and personal implications in reproduction of stigmatization and in production of PV in the camp of attention in health regard to problems arising from use of AD, signalling the importance of investment in permanent education in health, in a shape that considers the theoretical and technical qualification, but also the subjectivity of the professional, that can significantly interfere in the production of caring.

Keywords: Life Course. Experience. Biographical Paths. Implication. Professionals. Drugs. Stigmatization.Vulnerability.

RÉSUMÉ

Notre travail présente les résultats d´une recherche de souche etnographique qui a pour but d´enquêter sur le cours de la vie des professionnels de santé dans la caractérisation de la réponse gouvernementale à la Vulnérabilité Programmatique (VP), d´usagers d´alcool et autres drogues (AD) dans un centre d´Assistance Psychosociale en alcool et drogue dans la région métropolitaine de Recife, Pernambouc. Pour atteindre le but de notre étude, nous avons observé et participé aux services du Réseau de soins Psychosociaux de la ville, et interviewé douze professionnels (de niveau secondaire et supérieur) en essayant d´élaborer leurs *parcours biographiques*. Les données suggèrent que dans le cas étudié, la VP apparaît à deux niveaux: 1) Organisationnelle: décrite par les interlocuteurs comme *laissé à l´abandon* et comprend le manque de ressources financières pour le maintien du service et la précarité des relations de travail; 2) Personnelle: consitituée tout au long de la vie du professionnel, elle est caractérisée par : a) la présence d´un stigmate, dangerosité et marginalité constituées à travers les réseaux de signification de la société et du contact avec l´abus de AD dans la famille, ou en tant qu´usager, avant l´entrée dans le service, b) incapacité de l´éducation formelle à resignifier l´objet et à offrir des ressources théoriques et techniques pour agir, ce qui est perçu dans le manque initial de désir des professionnels de travailler avec AD en raison du stigmate, et révélé par l´expression *arriver par hasard;* c) précarité des stratégies de requalification de connaissances, techniques et implications des professionnels, de façon à élargir l´activité professionnelle. L´insertion dans le service a permis pour beaucoup, la resignification de l´AD, en construisant une implication empathique dans les soins, qui peut être élargie aux proches des professionnels. Toutefois, le paradigme de la Réduction des Dommages, qui repose sur les règles du service, exige d´autres éléments qui, pour être ajoutés aux ressources techniques de professionnels, exige une formation et un entraînement appropriés. En résumé, notre travail met l´accent sur la centralité des implications organisationnelles et personnelles dans la reproduction de la stigmatisation et de la production VP en ce qui concern les problèmes qui découlent de la consommation de AD et qui montrent l´importance de l´investissement dans l´éducation permanente en santé, sous une forme qui tienne compte de la qualifications théorique et technique, mais aussi de la subjectivité du professionnel, qui peut avoir un rôle important dans la production des soins.

Mots clés: Cours de la vie. Experience. Parcours Biographiques. Implication. Professionnels. Drogues. Stigmatisation. Vulnerabilité.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Equipamentos – SUS 85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Rede de Atenção Psicossocial 75

Quadro 2: Grade de Atividades do CapsAD EDS 115

Quadro 3: Relação de participantes da pesquisa por profissão 126

Quadro 4: Perfil dos sujeitos pesquisados 128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI	**Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**
ABORDA	**Associação Brasileira de Redução de Danos**
ANVISA	**Agência Nacional de Vigilância**
CapsAd	**Centro de Atenção Psicossocial para Usuários/as de Álcool e Outras Drogas**
CapsI	**Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**
CapsSM	**Centro de Atenção Psicossocial para Usuários/as**
CEBES	**Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**
CECRH	**Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana**
CPTRA	**Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo**
FPA	**Fundação Perseu Abramo**
IBGE	**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**
MS	**Ministério da Saúde**
MTSM	**Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental**
OMS	**Organização Mundial de Saúde**
ONG	**Organização Não Governamental**
ONU	**Organização das Nações Unidas**
OPAS	**Organização Pan-Americana da Saúde**
PTS	**Projeto Terapêutico Singular**
RAAS	**Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde**
RAID	**Instituto Rede de Atenção Integral às Dependências**
RAPS	**Rede de Atenção Psicossocial**
RD	**Redução de Danos**

REDUC	**Rede Brasileira de Redução de Danos**
RLS	**Fundação Rosa Luxemburgo**
RP	**Reforma Psiquiátrica**
SENAD	**Secretaria Nacional Antidrogas**
SPA	**Substância Psicoativa**
SUS	**Sistema Único de Saúde**
UA	**Unidade de Acolhimento**
UDI	**Usuário de Droga Injetável**
UNDCP	**Programa das Nações Unidas para Controle Internacional de Drogas**
UPA	**Unidade de Pronto Atendimento**
VI	**Vulnerabilidade Individual**
VP	**Vulnerabilidade Programática**
VS	**Vulnerabilidade Social**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....20

2. SAÚDE MENTAL, USO DE DROGAS E POLÍTICAS PÚBLICAS 26

2.1 A assistência à saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil 27

2.2 Do Lícito ao ilícito: vicissitudes e licitudes da Política de Drogas no contexto geopolítico.....35

2.2.1 ***Álcool: licitude dos dilemas e contribuições à construção da Política de Drogas no Brasil*** **……47**

2.2.2 ***Redução de Danos: princípios e estratégias para o cuidado com usuários/as de álcool, crack e outras drogas no Brasil*** **.....51**

2.2.3 ***Crack: as vicissitudes de uma 'epidemia do significado' redesenhando a política de drogas do Brasil*** **.....61**

2.3 Da política aos dispositivos de cuidado.....72

2.4 Alinhavando 77

3 PERCURSOS INSTITUCIONAIS CONSTITUINDO A PESSOA-PROFISSIONAL DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES DO CURSO DE VIDA NO CUIDADO OFERTADO A USUÁRIOS/AS DE DROGAS.....82

3.1 Indivíduos, sociedade e instituições: interlocuções teóricas.....83

3.2 Da carreira moral do "doente mental" ao curso de vida dos/as profissionais de saúde: para uma teoria sobre a produção da subjetividade da pessoa-profissional 87

3.2.1 ***Careira moral, assujeitamento e estigma*** **.....89**

3.2.2 ***Curso de vida, experiência e mudança*** **.....96**

3.3 Abordagem acerca das Implicações.....100

3.3.1 ***Implicações pessoais*** **.....102**

3.3.2 ***Implicação Organizacional*** **.....104**

4 TRAJETOS DO MÉTODO: ETNOGRAFIA DE UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA USUÁRIOS/AS DE DROGAS.....108

4.1 CapsAD e seu cotidiano 111

4.1.1 *Dos flertes à primeira vez* 112

4.1.2 *Atividades e Raps* 114

4.1.3 *Convivendo com o cuidado* 118

4.1.4 *Usuário de crack e mudança de foco* 120

4.2 Profissionais e cursos de vida 122

4.2.1 *Entrevista com enfoque biográfico e roteiro* 123

4.2.2 *Os participantes da pesquisa* 126

4.2.3 *Qualificação dos dados* 130

4.3 Experiências e implicações, pessoais e organizacionais 132

4.3.1 *Análise temática e hermenêutica* 132

4.3.2 *Minhas implicações* 134

4.3.3 *Eixos analíticos* 136

5 "A CASA CAIU!" IMPLICAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO A UNIÁRIOS/AS DE DROGAS .. 137

5.1 Sucateamento 137

5.1.1 *O contexto de trabalho* 140

5.1.2 *Vínculos profissionais* 145

5.1.3 *Gestão e (des)cuidado* 150

5.1.4 *Rede e (des)responsabilização* 153

5.2 Enfrentando a precariedade 159

5.2.1 *Assembleia* 159

5.2.2 *Do limão à limonada* 163

5.3 Reciclando Sucatas na produção do cuidado: pequeno apontamento 165

6 CURSO DE VIDA E IMPICAÇÕES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO COM USUÁRIOS/AS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SUS 167

6.1 Redução de Danos e produção do cuidado 168

6.2 O profissional e o serviço: percurso formativo 176

6.2.1 *Caindo sem paraquedas no campo AD* 176

6.2.2 *A Formação Profissional como Paraquedas* 179

6.2.3 *Supervisão* 182

6.3 Experiências anteriores 187

6.3.1 *Droga em família* 189

6.3.2 *Eu, usuário* 193

6.4 Da experiência pessoal à experiência profissional: e vice-versa 194

6.5 Curso de vida e implicações 198

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 202

REFERÊNCIAS 210

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA CapsAD 220

ANEXO B – FICHA COMPLEMENTAR 224

1. INTRODUÇÃO

Neste trabalho apresento os resultados de uma pesquisa etnográfica que teve por objetivo investigar o Curso de Vida de profissionais de saúde na caracterização da Vulnerabilidade Programática (VP) de usuários/as de álcool e outras drogas em um Centro de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco.

O objeto do estudo foi elaborado a partir de minha própria prática profissional em suas diferentes frentes: como técnica, psicóloga e gestora em equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do Município do Recife de 2004 a 2010. Também como professora da Universidade de Pernambuco, nas áreas de psicologia e de saúde coletiva, com ações de pesquisa e extensão na Raps de Garanhuns e Recife, de 2007 até os dias atuais.

Realizando, gerindo, pesquisando ou intervindo sobre as práticas de cuidado, muitas vezes me questionei sobre as dificuldades enfrentadas pelas equipes da rede no atendimento aos/as usuários/as de drogas, principalmente no que tange ao uso do paradigma da Redução de Danos (RD), bem como na identificação das vulnerabilidades que envolvem estas pessoas. Identificava uma visão estigmatizante dos/as profissionais de saúde acerca dos/as usuários/as de *crack*, muitas vezes, calcada em valores morais ligados à noção de periculosidade e marginalidade. Mas essa percepção não é apenas minha, pois em revisão não exaustiva da literatura, nos deparamos com vários estudos que tem apontado para a dificuldade no uso da Redução de Danos nos serviços de atenção a álcool e drogas (ESPÍNDOLA,2010;PASSOS;SOUZA,2011;PACHECO,2013) à visão estigmatizante de usuários/as, dentro (RONZANI,SILVEIRA,2015) e fora (SOUZA,2016; ANNAN, K. et al.,2016) dos serviços, e para a recorrente vulnerabilidade programática que marca o enfrentamento do uso de drogas (SANTOS;ALMEIDA;BRITO,2016;SILVA;MOURA;ZUGMAN,2015).

Vale situar que conceito de Vulnerabilidade migrou do campo do direito para o campo da AIDS e procurava dar corpo, de uma forma geral, "[...] à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV [e] ao adoecimento pela AIDS não [seria] a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas, também coletivos, contextuais que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento" (AYRES et al,2009, p.396-398).

No entanto, alguns autores (SANTOS; PAIVA, 2007; PAIVA;PUPO;BARBOSA, 2006; SODELLI,2015;SCHENKER;CAVALCANTE,2015;NAPPO et al, 2015;GOMES, 2015; SILVA, MOURA;ZUGMAN,2015), já operaram novo deslocamento no conceito, migrando-o do campo da

AIDS para o das drogas, direção seguida também nesta tese. Eles sugerem o referencial da vulnerabilidade como caminho para se chegar numa interpretação sintética dos fatores que, considerando o contexto, influenciam a emergência de determinado agravo em saúde. Porém, vale a pena situar que, na medida em que as estratégias de abstinência no campo da AIDS eram empregadas, as pessoas que tinham contraído o HIV/AIDS sofriam mais em decorrência do processo de estigmatização e do isolamento social em que se viam. Nesse contexto, surgiram estratégias mais vastas para minimizar os danos causados aos portadores/as de HIV/AIDS[1], a exemplo da difusão de informações, orientações para uso de preservativos e prática de "sexo seguro", *estratégias de redução de danos* para usuários/as de drogas injetáveis, dentre outras (PAIVA;AYRES, BUCHALLA,2012). Percebia-se que estes/as usuários/as compartilhavam seringas e o risco de contrair HIV/AIDS crescia, então, "[...] a retirada de circulação das seringas potencialmente contaminadas e sua substituição por equipamentos de injeção estéreis e descartáveis [levaria] à redução do risco de infecção" (BRASIL, 2001, p.27).

Ayres et al (2009, p.375-417) distinguem três dimensões: a *dimensão individual*, denominada vulnerabilidade individual (VI) refere-se ao modo de vida das pessoas, que tende a facilitar ou dificultar a exposição ao vírus da AIDS na medida em que, a partir da "intersubjetividade", construída no processo de interação "eu-outro", revela-se a qualidade da informação que as pessoas possuem sobre AIDS, sexualidade, serviços e **uso de drogas.** A qualidade das informações é revelada através da capacidade de elaboração e incorporação de preocupações com os temas em questão, transformando-as em práticas preventivas de proteção (AYRES et al, 2009,;AYRES, PAIVA, BUCHALLA,2012) e autocuidado.

A *dimensão Social* ou vulnerabilidade social (VS), mediante o processo saúde-doença vivenciado pela pessoa, busca apreender o acesso, conteúdo, qualidade e significado que as informações adquirem de acordo com, os valores e interesses pessoais. As possibilidades efetivas de colocar a informação em prática através da incorporação de mudanças práticas, não dependem apenas das pessoas, de forma individual, mas, de aspectos sócio-político-culturais e morais, presentes na sociedade. [...]". (AYRES et al, 2009; AYRES, PAIVA, BUCHALLA,2012).

Para fins deste estudo, nos interessa diretamente a ***dimensão programática***, a dita vulnerabilidade programática ou institucional (VP), que visa avaliar como os serviços de saúde, educação, cultura e outros estão favorecendo aos sujeitos via emancipação das situações de vulnerabilidade. Ou seja, busca apreender mediante que circunstâncias sociais, tais

[1] Para aprofundamento sobre o assunto ver *"A AIDS no Mundo"* (MANN;TARANTOLA;NETTER, 1993).

instituições/serviços [representadas, inclusive, pelo cuidado profissional], "atuam como elementos que reproduzem, quando não [...] aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade" (Ayres et al, 2009, p. 397).

Faz parte também da dimensão programática (VP), a busca da "análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde" (Ayres et al, 2009, p.87), por meio dos seguintes componentes: "elaboração de políticas específicas; aceitabilidade; sustentabilidade; articulação multissetorial [e] governabilidade". Dentro da VP no que tange à **"organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade"**, estão os seguintes componentes:

> acesso e equidade; integralidade; integração entre prevenção, promoção e assistência; equipes multidisciplinares/interdisciplinares; **preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes**; **compromisso e responsabilidade dos profissionais**; participação comunitária na gestão dos serviços; planejamento, supervisão e avaliação dos serviços; responsabilidade social e jurídica dos serviços (AYRES et al, 2009, p.87, grifo nosso).

Como pode-se notar nesta breve apresentação da teoria da vulnerabilidade, embora os autores ressaltem que essa apresentação é didática e que os três componentes se interseccionem, talvez porque o foco da teoria seja no/a usuário/a, as dimensões pessoais do profissional dos serviços ficam subsumidas a componentes mais organizacionais do serviço, alocados na vulnerabilidade programática. Assim, dentre os componentes desta dimensão, conforme já apontado anteriormente, o que nos interessa nesse estudo é o **componente profissional**, este, que se apresenta evidenciando a "organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade". Vale ressaltar que em relação à vulnerabilidade programática, costuma-se estudar mais os componentes ligados à política, no entanto, nesta pesquisa, o enfoque será na figura do/a profissional. Pensamos que nas práticas de cuidado, os/as profissionais de saúde podem reproduzir processos de estigmatização presentes em diferentes fontes de estigmas. Deste modo, o cuidado profissional pode ser elemento, não apenas de reprodução, mas, de aprofundamento das fontes de estigmas. Tais fontes, por sua vez, podem ser adquiridas na socialização das pessoas, ou seja, advindas do curso de vida dos/as profissionais e reproduzidas em suas práticas cotidianas.

Resolvi, então, orientar meu estudo para a pessoa-profissional por meio de uma tessitura teórica que dá relevo aos percursos dos/as profissionais de saúde nas diferentes instituições ao longo do curso de vida (GOFFMAN,1988,2008; ELDER,1998; SEGALEN,1996) nos modos como confluem para formar uma pessoa afeita à sua instituição de trabalho. Nesse bojo, achei pertinentes as reflexões dos institucionalistas, com forte influência da psicanálise, sobre a centralidade das implicações na produção do saber. Nessa linha, este conceito foi utilizado para pensar em aspectos extra teóricos e técnicos,

constituídos ao longo do curso de vida, e que possuem importância singular para refletir sobre os processos de estigmatização e produção das vulnerabilidades.

Parker e Aggleton (2001, p.14), tomam o estudo clássico de Erving Goffman (1988) para pensar que a estigmatização tem ligação com o "posicionamento" de um grupo social numa determinada sociedade. Os autores ressaltam que o processo de estigmatização expressa à sinalização de diferenças que servem para categorizar as pessoas. Para estes autores, tais marcações desenham a inserção das pessoas nos sistemas ou estruturas de poder. Assim,

> [...] o estigma e a estigmatização funcionam [...] no ponto de intersecção entre *cultura, poder* e *diferença*[2] – e é somente explorando as relações entre essas categorias diferentes, que se torna possível entender o estigma e a estigmatização não simplesmente como fenômenos sociais isolados, ou como expressões de atitudes individuais ou de valores culturais, e sim como centrais para a constituição da ordem social. (PARKER; AGGLETON, 2001, p.14)

Nessa linha, tomamos como hipótese, à luz dos autores supracitados, que o estigma e a estigmatização, envolvem marcadores sociais, que contribuem para legitimar as "estruturas da verdade" que os profissionais de saúde constroem ao longo de seu curso de vida, elemento que vai resvalar na configuração e/ou reforço da dimensão programática da vulnerabilidade.

Vale dizer que tais "verdades", além de evidenciarem as relações de poder construídas pelas categorias envolvidas, expressando desigualdades em várias dimensões, seja gênero, classe social ou outras já citadas, reproduzem "sistemas de hierarquia e dominação" numa cultura/sociedade (PARKER e AGGLETON,2001, p.15).

Assim, a tese que defendo neste trabalho é a de que o curso de vida dos/as profissionais contribui para a vulnerabilidade programática, que caracteriza o serviço estudado. Não obstante, isso não deve significar responsabilizar individualmente a pessoa-profissional. Como mostrarei ao longo dos capítulos que se seguem, o profissional é fruto de suas condições sociais de existência, ademais a organização do próprio serviço reforça processos de estigmatização anteriores à entrada do profissional à rede.

Em outras palavras, o argumento que irei desenvolver é o de que a vulnerabilidade programática, no caso em estudo, se revela em dois níveis:

---

[2] Parker e Aggleton (2001, p.13), ressaltam que "ao se deter em questões similares àquelas examinadas por Goffman na sua obra sobre estigma [...], o trabalho de Foucault enfatizou mais claramente a produção cultural da diferença a serviço do poder. Embora a obra de Goffman sobre o estigma mal mencione a noção de poder, e a obra de Foucault sobre o poder pareça não estar preocupada com o estigma em si, quando os dois trabalhos são lidos concomitantemente vem à tona, inevitavelmente, a questão da estigmatização culturalmente construída (ou seja, a produção da diferença valorizada negativamente) como central para o trabalho do poder – e, portanto, para o estabelecimento e a manutenção da ordem social".

a) Organizacional. Descrita pelos interlocutores como *sucateamento*, e envolve a carência de recursos financeiros para a manutenção do serviço e precariedade das relações de trabalho;
b) Pessoal. Constituída ao longo da vida do profissional, é caracterizada por:
    1) O contato com o álcool e drogas na família ou enquanto usuário/a é anterior à entrada do/a profissional no serviço, em que é apreendido pelas redes de significação estigmatizantes da sociedade e experienciado como algo negativo; o que, a posteriori, se desvela em implicações pessoais moralistas;
    2) Talvez por isso, há ausência inicial de desejo dos/as profissionais em trabalhar com usuários/as de álcool e outras drogas por conta dos estigmas da periculosidade e marginalidade;
    3) No serviço há precárias estratégias de requalificação de conhecimentos, técnicas e implicações dos/as profissionais, de modo a ampliar a efetividade da atuação profissional e, portanto, da qualidade do serviço, expressas em: i) ausência de formação profissional que situe o/a profissional quando chega ao serviço, ii) formação continuada que possibilite reflexão sobre a sua lida e requalifique as experiências anteriores, fontes de estigmatização, iii) inadequação da supervisão técnica, que na tentativa de manter os profissionais trabalhando nas condições precárias de serviço, impede a criação de acolhimento e vínculo capaz de fazer se expressar e serem trabalhadas as dificuldades teóricas, técnicas e implicações.

Neste bojo, podemos afirmar a centralidade de implicações organizacionais e pessoais, enquanto aspectos que não se configuram como normativos, técnicos e teóricos inerentes ao serviço e atendimento prestado, na reprodução de estigmatização e na produção da vulnerabilidade programática no campo da atenção em saúde ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Visando a produzir argumentos para sustentar a minha tese, este trabalho está organizado em cinco capítulos.

O primeiro capítulo "Saúde mental, uso de drogas e políticas públicas", oferece uma breve incursão histórica acerca do panorama normativo da atenção à saúde mental e dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas no Brasil, com ênfase às conferências de saúde mental, seus marcos e o papel pedagógico que estas possuem para os/as participantes. Este, apresenta os principais marcos paradigmáticos e legais para pensar o enfrentamento das drogas.

A última parte é dedica ao modo como se organiza a Raps e o lugar do CAPSad na atenção em saúde. No capítulo 2, intitulado "Percursos institucionais constituindo a pessoa-

profissional de saúde: implicações do curso de vida no cuidado ofertado a usuários/as de drogas", apresento o marco teórico produzido para instrumentalizar a coleta e análise dos dados, em função de responder ao objetivo acima apresentado. O capítulo discute o lugar das instituições na produção de subjetividades. Ênfases são dadas aos conceitos de curso de vida e de implicação, conceitos operatórios para a análise e interpretação empreendidas.

Na sequência, em "Trajetos do método: etnografia de um serviço de saúde para usuários/as de drogas", Capítulo 3, apresentamos os recursos metodológicos utilizados, os quais se centraram na observação participante de um CAPSad e da Raps em que ele se situa e na realização de entrevistas com enfoque biográfico com profissionais do serviço. Além de discutir a pertinência da metodologia eleita, apresenta o serviço e seus integrantes de modo a oferecer uma primeira aproximação ao pano de fundo, cenário e atores, cujas cenas serão analisadas nos dois próximos capítulos. "A casa caiu! " Implicações das condições de trabalho dos/as profissionais de saúde no cuidado a usuários/as de drogas" é o capítulo 5. Ele é dedicado a discutir os processos de trabalho que ocorrem no CAPSad, focando nas condições materiais que apontam para o que os profissionais chamam de sucateamento do serviço. Do mesmo modo, mostram os esforços dos/as profissionais para atuar em conformidade com as normativas, em que pese a precariedade de condições.

O último dos capítulos, "Curso de vida e implicações na produção do cuidado com usuários/as de álcool e outras drogas no SUS" analisa o curso de vida dos/as profissionais na perspectiva de compreender as dificuldades de entendimento e realização do paradigma da Redução de Danos. Em "Considerações finais", apresento uma síntese dos principais achados da pesquisa e algumas recomendações para a superação de processos que contribuem para constituir vulnerabilidades programáticas nos serviços a partir da minha experiência analítica no CAPSad e Raps, objetos deste estudo.

2. SAÚDE MENTAL, USO DE DROGAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo pretende servir como um pano de fundo que permita ao leitor compreender melhor as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais, objeto de análise dos próximos capítulos, em resposta ao uso abusivo de álcool e outras drogas no Brasil de 2016.

A reforma psiquiátrica (RP) e os paradigmas proibicionista e antiproibiconista, ainda que não sejam desdobramentos uni-causais dos modos como a atenção em saúde mental vem sendo realizada ao longo dos tempos, historicamente dialogam tensionando o cuidado em saúde mental e drogas. A perspectiva de cuidado pautada na RP, e no antiproibicionismo tem como alicerces os princípios calcados nos direitos humanos, com valorização da liberdade e autonomia do sujeito, bem como segue a concepção de cuidado da clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009), cuja construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) é realizada de forma coletiva com a equipe e o/a usuário/a. Diferentemente do que preconizam as concepções citadas, a abordagem manicomial e o proibicionismo defendem um cuidado pautado no controle e assujeitamento do/a usuário/a às condições de tratamento planejadas pela equipe que cuida.

Macerata, Dias e Passos (2014, p. 16 *apud* Dias, 2008), em um texto em que discutem o paradigma de guerra às drogas, ao evidenciarem as diferenças que mobilizam o embate paradigmático redução de danos *versus* abstinência[3], não negam que "[...] esses dois paradigmas podem ser encontrados em qualquer [equipamento] de atenção (seja CAPSad, [ou outros]) e, por vezes, [fazem-se] presentes juntos no mesmo [equipamento]", confirmando um cuidado pautado em um modelo pertinente à instituição total, apesar do contexto ser de serviço substitutivo no bojo da RAPS.

Nesse sentido, para a apreensão do cuidado profissional e do contexto institucional em que este cuidado é realizado torna-se fundamental a consideração do contexto macro e micro social em que se encontra a instituição onde se produz a gestão do cuidado. Mas não podemos esquecer as implicações que as práticas de cuidado tendem a assumir devido ao desenho internalizado pelos profissionais ao longo do seu processo de formação profissional e/ou

[3] Embora nunca seja demais frisar que a RD não exclui como possibilidade de **escolha** do/a usuário e usuária a abstinência como parte do cuidado.

pessoal através de concepções adquiridas na sua trajetória pessoal, dispositivos que permitem que a memória da coletividade se inscreva nos sujeitos.

De modo a adensar a discussão sobre a produção dos atuais paradigmas que sustentam a abordagem ao uso abusivo de drogas, em um primeiro momento, esboçarei brevemente um viés histórico, de modo que possamos compreender o percurso que fez com que a atenção ao/à usuário/a de drogas no Brasil caminhasse rumo ao interior da política em saúde mental, com ênfase para as lógicas de cuidado pautadas nas perspectivas antimanicomial e antiprobicionista. Na sequência, apresento a atual política de saúde mental e de atenção ao uso de drogas, e o quadro institucional que dela decorre.

2.1 A assistência à saúde mental e reforma psiquiátrica no Brasil

A implementação do processo da reforma psiquiátrica, bem como o da reforma sanitária no Brasil, teve início no contexto da redemocratização nacional mediante a luta contra a ditadura militar, na década de 1970. Em fins desta década, o clima de contestação teve histórico de violência em diversos locais, a exemplo de bombas implantadas por militares nas sedes da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), dentre outros, além do assassinato de dissidentes políticos, porém, foi neste cenário que surgiu uma militância robusta no campo da saúde. Foi gerado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), formado inicialmente por um grupo de médicos da área de saúde pública visando à construção de um pensamento crítico na saúde, que culminou na reforma sanitária. Esta, de acordo com Escorel (2012), emergiu com uma "abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde", que

> significa a adoção da teoria do materialismo histórico e dialético, do marxismo, para analisar os processos de saúde e de adoecimento numa determinada sociedade. Isso envolve considerar a determinação da infraestrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais (ESCOREL, 2012, p.330).

Na década de 1970, a assistência psiquiátrica brasileira estava bastante confusa, com um alto número de internações e hospitais psiquiátricos desprovidos de especialistas, cujo tempo médio de internação dos quadros agudos girava em torno de 07 meses. Ainda neste momento, no Rio de Janeiro, três médicos recém-formados denunciaram os maus-tratos, violência e desrespeito aos direitos humanos existentes nos hospitais psiquiátricos do próprio órgão do Ministério da Saúde, a Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), cujas vítimas

eram os internos e também alguns presos políticos no regime da ditadura vigente. Tal denúncia teve como resposta do MS a demissão dos funcionários que denunciaram. Entretanto, estas demissões geraram manifestações contrárias e a resposta do MS ocorreu sob a forma de demissão de 260 profissionais dos quatro hospitais vinculados ao MS, todos situados no Rio de Janeiro. Eis o contexto do episódio conhecido como "crise da Dinsam", que em 1978 foi o estopim do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (VASCONCELOS, 2009). Este foi o primeiro movimento social brasileiro organizado na área da saúde mental, que foi responsável pela implementação de uma reflexão crítica acerca da natureza e base epistemológica do saber psiquiátrico, a função social da psiquiatria como estratégia de manutenção da ordem social e da repressão, além de colocar em xeque a natureza das instituições totais dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2012).

Podemos dizer que o ano de 1978 teve forte impacto no que concerne às mobilizações visando transformações na política de saúde mental. Tais ações foram protagonizadas pelo MTSM e por outros movimentos sociais que surgiram em outras cidades do país de forma concomitante. O referido cenário sucedeu um longo período de repressão política devido ao regime militar, que inviabilizava a liberdade de expressão da sociedade civil. (VASCONCELOS, 2009)

No contexto em que estamos situando o leitor acerca da reforma psiquiátrica brasileira, é importante ressaltar dois eventos fundamentais que ocorreram em 1978: 1- I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições que contou com a presença de profissionais ilustres do marco da Reforma Psiquiátrica Internacional, a exemplo de Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari e Erving Goffman; 2- V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú/SC. Este evento propiciou ao MTSM a organização do movimento nacionalmente e, por este motivo, ficou sendo denominado como o "Congresso da Abertura", já que o MTSM realizou no evento um amplo debate político acerca do modelo de assistência psiquiátrica brasileiro. Em 1979, no Congresso do MTSM, o clima político do país possibilitou a apreensão pelos participantes de que a transformação da atenção à saúde estaria vinculada à luta de outros setores da sociedade através do fortalecimento das associações e sindicatos articulados aos movimentos sociais. Em seguida, houve o Simpósio de Saúde da Câmara, no qual o MTSM refletiu criticamente sobre o modelo psiquiátrico vigente, sendo neste evento que o CEBES propôs o Sistema Único de Saúde (SUS), base de inspiração futura para a constituição de 1988 e da Lei n. 8080, de 19/9/90, a denominada Lei Orgânica de Saúde. (AMARANTE, 2012).

A reforma psiquiátrica brasileira foi desenhada historicamente até 1987 através da luta da militância que compõe o MTSM. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986 durante a Nova República, período que se inicia com a eleição indireta o primeiro presidente civil após o golpe militar de 1964, foi um marco na construção de novas políticas de saúde no Brasil, principalmente para o esboço de construção do SUS, além de ser fonte de propostas sobre áreas temáticas específicas, a exemplo da saúde mental. No ano seguinte, em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Tendo como público, trabalhadores, dirigentes, políticos, usuários/as, familiares, dentre outros atores, produziu pautas importantes para a política de atenção em saúde mental no país, a exemplo da inclusão da necessidade de uma nova legislação em saúde mental como agenda da reforma psiquiátrica, bem como o aprofundamento do debate acerca da inoperância do modelo de tratamento centrado na hospitalização e a urgência da criação de serviços extra hospitalares[4]. Foi a partir desta conferência que os então denominados pacientes passaram a ser chamados de usuários/as. Em 1987 ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, São Paulo. Neste evento foi introduzido o famoso lema "Por uma sociedade sem manicômios[5]" e instituído o 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Neste congresso foi marcante a participação de diversos atores sociais como profissionais, usuários/as e demais ativistas de movimentos sociais, sendo todos vistos como usuários/as, respeitando os inovadores princípios de participação social e controle social, advindos da inspiração dos princípios do SUS. Além disto, a proposta de uma transformação de base mais ampla na sociedade e não apenas do "modelo técnico-assistencial psiquiátrico" (AMARANTE, 2012, p.640-641), o que desenha na pauta da saúde mental uma implicação política e ideológica dos/as profissionais como parte de um cuidado voltado para o *empowerment*[6] de usuários/as.

[4] Temas oficiais da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM): 1- Economia, sociedade e Estado, impactos sobre a saúde e doença mental; 2- Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; 3- Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente. (Amarante, 2012).

[5] O Lema "Por uma sociedade sem manicômios" surgiu em Bruxelas, em 1974, na Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, movimento construído por Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, dentre outros. Este lema inspirou a mudança da denominação dos MTSM para Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), expressivo na área até a atualidade. (Amarante, 2012, p.641).

[6] A respeito da noção de empoderamento Vasconcelos (2003, p.20) comenta que "*Empowerment* constitui um termo da língua inglesa de difícil tradução direta em português. Alguns tem traduzido como *empoderamento*, mas não acho essa solução satisfatória. Outros traduzem como *fortalecimento*, ou *aumento da autonomia*, que também me parecem alternativas interessantes, mas limitadas quanto à riqueza do termo." [...] Em seu livro "O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias", o autor propõe para uso "um sentido provisório de "aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e

Importante situar que com o nascimento do movimento de luta antimanicomial, em Bauru/SP, amplia-se o debate e a pauta sobre o tema, além de crescer o número de integrantes do movimento. Torna-se primordial marcar para a apreensão do processo histórico da RP, o fato de que inicialmente o MTSM teve uma participação significativa por disparar alguns processos relativos à lógica antimanicomial. Entretanto, na década de 80 com a fundação do movimento levando o lema "por uma sociedade sem manicômios" é que se inicia o desenho de um projeto psicossocial que está na pauta até a atualidade, embora atravessado por diferentes tensões devido ao modelo de sociedade defendido por diversos segmentos da política na sociedade brasileira.

Ainda em 1987, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (Caps), em São Paulo, serviço substitutivo do hospital psiquiátrico por desconstruir a lógica manicomial no cuidado com usuários/as acometidos/as por transtornos mentais, favorecendo outra opção de tratamento além dos hospitais psiquiátricos, responsável pelo grande contingente de atendimentos e dos ambulatórios que atendiam raramente este público. Em 1988, através da promulgação da Constituição Federal Brasileira, a saúde passou a ser um "Direito de Todos e Dever do Estado", vitória do movimento da Reforma Sanitária, inclusive da reforma psiquiátrica, através da proposta de uma emenda popular com os termos do SUS. Tendo como diretriz a descentralização no SUS, o município passou a ter o poder e responsabilidade sobre as instituições e políticas de saúde local. Neste contexto, em 1989, ocorreu um marco na reforma psiquiátrica do país que foi a intervenção realizada pela prefeitura de Santos (SP) na Clínica Anchieta, hospital psiquiátrico que tinha convênio com o SUS e que estava praticando atos de violência contra os internos, sendo constatados vários óbitos na instituição. Tais agressões à dignidade humana pareciam ser inerentes a este modelo institucional. Assim, o movimento decidiu atuar rumo à "desconstrução do manicômio". (AMARANTE, 2012, p.641-642). Sobre a noção de desconstrução do manicômio, vale a pena reproduzir as palavras de Amarante (2012, p.642):

> A noção de desconstrução não diz respeito a uma ideia negativa, de destruição, mas sim de desmontagem da lógica teórico-conceitual e institucional de determinados saberes e práticas, e implica a reconstrução de formas de lidar com o problema. Quando nos referimos à desconstrução do manicômio, falamos da desmontagem de toda a lógica institucional, política, jurídica, ideológica, social e cultural que se constituiu em torno de um determinado conceito que, no caso da psiquiatria e do manicômio – sua mais importante e expressiva instituição -, é o conceito de doença mental como sinônimo de perda de razão.

---

discriminação social". Esta é a concepção adotada nesta pesquisa quando trato dos usuários/as de crack, álcool e outras drogas como sujeito de direito no contexto de cuidado.

A partir desta experiência de desmonte da Clínica Anchieta, em Santos e da inspiração em Trieste ocorre à denominação e criação dos serviços substitutivos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24 horas e distribuídos por critérios de regionalização na cidade, um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral, o projeto TAM TAM (rádio e TV comunitária); uma residência terapêutica para ex-internos do hospital, uma cooperativa para geração de renda para os usuários/as. Deste modo, a experiência santista foi um marco no processo de reforma psiquiátrica brasileira e teve forte repercussão no aparecimento do Projeto de Lei n. 3.657/89, cunhada pelo deputado Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva dos manicômios na medida em que fossem criados serviços substitutivos de saúde mental. O projeto teve rápida aprovação na Câmara dos Deputados, porém ficou em tramitação por 12 anos e acabou sendo rejeitado no Senado. Posteriormente, originou a lei n. 10.216/01 que inovou o campo do modelo assistencial e dos direitos humanos e da cidadania das pessoas em sofrimento mental, porém, abandonou propostas como a extinção progressiva dos manicômios.

Importante situar que no âmago da Reforma Sanitária, o movimento da RP caminhou de forma concomitante, defendendo mudanças no modelo de gestão e cuidado em saúde, da saúde coletiva, igualdade de direitos, protagonismo de trabalhadores e usuários/as dos serviços de saúde nas dimensões de gestão e cuidado, bem como a desinstitucionalização mediante a implantação de uma rede ampliada de serviços de saúde ambulatoriais e comunitários que pudessem acolher as pessoas consideradas loucas de forma a conferir o lugar de sujeito de direito como qualquer cidadã ou cidadão. Foi neste contexto que os representantes da área da saúde mental, reivindicaram um espaço próprio para fins de avaliação e apresentação de propostas relativas à área, culminando nas Conferências de Saúde Mental (REBOLI; KRUGER, 2013)

Estas são espaços democráticos, advindos do processo de luta pelos movimentos sociais, cujo maior objetivo é que mediante a participação dos diversos atores, possam surgir propostas relativas à área da saúde mental que sejam incorporadas nas políticas públicas. Assim, ao final das conferências é redigido um relatório que contém as posições aprovadas em plenárias, fruto de uma construção coletiva realizada pelos participantes. Neste relatório podemos ler as diretrizes que deverão nortear as políticas de saúde mental durante 04 anos (REBOLI; KRUGER, 2013). Assim, trabalhadores/as, usuários/as e a sociedade civil podem nortear suas ações e reivindicações através deste documento. No âmbito das conferências são

configuradas de formas de participação social de diferentes atores da sociedade civil, como usuários/as e trabalhadores/as, sendo tal experiência também um elemento à construção de concepções que se incorporam na **pessoa-profissional**, norteando as visões e lógicas que cerceiam estes sujeitos no que se refere às políticas públicas de saúde mental e nas práticas de cuidado ofertadas pelos profissionais durante a assistência na rede de saúde.

Kruger *et al* (2012) e Reboli e Kruger (2013) argumentam que as conferências possuem um papel pedagógico no que tange a educação política por serem um lugar estratégico para o debate e a socialização de experiências no âmbito do SUS, servindo também para a qualificação de novos conselheiros. Seguindo este viés dos autores citados, acreditamos que a troca de experiências nestes espaços, além de fortalecer o movimento de luta antimanicomial, a reforma sanitária e outros, cumpre a função de empoderar profissionais, familiares e usuários/as na construção de um ser-cidadão/cidadã consciente de seus direitos e deveres.

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta surgiu como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujos temas-base foram Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. No relatório final o registro sobre as implicações sociais, políticas e econômicas que contribuíram para as desigualdades sociais na maioria da população brasileira. Tal contexto teve forte influência sobre as políticas que o Estado adotou na área de saúde mental, e, consequentemente situando-a num cenário de luta de classes devido às ações governamentais incidirem na classificação, e exclusão social das pessoas consideradas 'incapazes' à inserção no processo produtivo e de convivência social. O relatório final da I Conferência de Saúde Mental revelou convergências entre a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica na medida em que ambos reconhecem que os interesses de classe perpassam à saúde e estão inseridos no contexto de desigualdades sociais na sociedade brasileira. Devido a este cenário estes dois movimentos defendem de forma ampla a oferta de serviços de saúde pelo Estado. Inclusive, um dos desdobramentos da I Conferência de Saúde Mental foi a PL n.3657/89 do Deputado Paulo Delgado, citada anteriormente, e que, no cerne do debate para a regulamentação do Projeto de Lei do referido deputado e da implementação do SUS, na IX Conferência Nacional de Saúde, é convocada a II Conferência de Saúde Mental (BRASIL, 1988; REBOLI, KRUGER, 2013).

A II Conferência de Saúde Mental, realizada em 1992, é delineada em cima dos seguintes temas: rede de atenção em saúde mental; transformação e cumprimento de leis; direito à atenção e direito à cidadania. O relatório final desta II CNSM tornou-se diretriz oficial à reestruturação da saúde mental, referenciando direitos, legislação e modelo de atenção à saúde municipalizada, considerando a concepção de atenção integral e cidadania. Assim, visando romper com o modelo hospitalocêntrico no cuidado em SM são implementados o reconhecimento da família e da comunidade como parte do processo de cuidar, e a adoção do conceito de território para o exercício das práticas de cuidado. Além das proposições da plenária para a implantação dos Conselhos de Saúde paritários, bem como à capacitação de profissionais, estímulo às investigações cunhadas no conhecimento epidemiológico e também socioantropológico a fim de possibilitar o respeito às culturas e saberes locais (TENÓRIO,2002;REBOLI, KRUGER, 2013;VASCONCELOS,2008). Podemos dizer que a II CNSM constituiu-se como um marco à RP por propiciar o financiamento dos serviços de atenção psicossocial, deslocando-os dos recursos hospitalares.

Em 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, evento que teve forte participação de atores sociais de diversas instituições e/ou espaços sociais, fato que visibilizou a força social e política do movimento de reforma psiquiátrica por todo o Brasil. Neste cenário, a política nacional de saúde mental tornou-se inovadora em relação às experiências de outros países, sendo, seu protagonismo e caráter inovador atualmente reconhecido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Amarante aponta alguns elementos que possam ter contribuído para este cenário tais como o modelo e constituição do SUS via o incentivo à participação e controle social, destacando-se alguns atores do movimento antimanicomial, as conferências e conselhos de saúde, estes dois últimos como importantes canais de democratização do sistema. (AMARANTE, 2012)

Vasconcelos (2016) situa dentro do que denomina de uma 3ª grande fase que marca a Reforma Psiquiátrica brasileira, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010)[7], uma institucionalização progressiva dos serviços e práticas de atenção psicossocial, inclusive, dos próprios movimentos antimanicomiais, além da precarização e privatização dos contratos de trabalho nos serviços da rede de saúde, o que, segundo o autor, se configuram como os primeiros sinais de retrocesso que vem se aprofundando no país desde 2006, constituindo uma nova fase. A quarta fase, em curso desde 2010, é atravessada pela crise com o

[7] O Relatório Final da IV Conferência de Saúde Mental – Intersetorial pode ser acessado em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Disponível em 21 de nov. 2016.

aprofundamento das políticas neoliberais e recessão econômica mundial que marca o final da década, pelo desinvestimento nas políticas sociais, em especial, no SUS.

Não obstante, ao processo de construção das políticas de saúde mental e suas diretrizes sendo construídas a partir do diálogo entre profissionais de saúde, usuários/as e demais membros da sociedade civil com foco na desinstitucionalização, tais iniciativas só foram possíveis devido a um intenso debate sobre a loucura e suas (im)possibilidades à convivência da **pessoa vista como louca** em espaços de sociabilidade comuns a toda comunidade local. Diálogos instigados pelos profissionais de saúde que tangenciavam a noção de saúde e doença à escolha do cuidado com este público.

Tendo em vista a relação entre a **pessoa-profissional e o seu curso de vida**, conforme desenhamos o caminho de investigação desta tese, é importante tecermos algumas reflexões de cunho teórico-epistemológico para tentarmos situar o lugar em que estes atores olham o/a usuário/a visando exercer o cuidado. Retomando Reboli e Kruger (2013) no que concerne ao papel pedagógico de educação política das CNSM, pensamos que a experiência da pessoa-profissional nos espaços em que se colocam na mesa as diversas possibilidades de cuidado para os/as usuários/as seja em decorrência de sofrimento psíquico relacionado à saúde mental e/ou em relação ao uso de drogas, é necessário rememorarmos os primórdios da lógica manicomial.

A compreensão sobre o outro em sofrimento psíquico, cuja saúde mental está sob suspeição envolve, inicialmente, a dimensão dos conceitos produzidos de acordo com o referencial epistêmico dos/as profissionais da psiquiatria, cuja lógica da ciência é a produção de verdades científicas a partir de um objeto de estudo isolado e colocado em observação. Para isto, era necessário além do isolamento do objeto a ser observado - o louco - uma postura de neutralidade na investigação que visasse à produção de resultados considerados verdadeiros ou científicos. Esta lógica, cujas fontes foram às ciências naturais produzia olhares e cuidados profissionais sobre a **pessoa-objeto da loucura (ou pessoa-objeto)**. Assim a epistemologia que orienta o profissional se revela incidindo diretamente em sua prática de cuidado.

De acordo com Amarante (2009), a dimensão epistemológica inclui a revisão do conceito de ciência como produtor de Verdade ou da neutralidade científica, bem como se refere aos conceitos construídos pelo “referencial epistêmico da psiquiatria”, a exemplo dos

conceitos de alienação/doença mental, normalidade/anormalidade, isolamento terapêutico, terapêutica e cura etc.

Ter estas noções conceituais em mente nos permite, neste "empreendimento epistemológico" conforme nomeia Amarante (2009), tentar apreender a noção de **desinstitucionalização** que rege o modelo basagliano. Esta concepção, em superação ao da experiência americana, passa a oferecer múltiplas possibilidades de olhar e/ou cuidar do sujeito em sofrimento a partir da consideração de suas "condições concretas de vida". A partir deste referencial,

> a clínica deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pinelianos, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber. [Seguindo esta lógica epistêmica, a] desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2009, p.1).

Por outro lado, as práticas de cuidado institucionais voltada para a saúde mental das pessoas ou para os problemas advindos do uso de drogas podem ser permeadas por uma perspectiva de tutela, de vigilância panóptica e disciplinar sobre os/as usuários/as, seguindo, portanto, um modelo de institucionalização no cuidado, de cunho manicomial e proibicionista consequentemente, como veremos a seguir, no item 1.2. Estas perspectivas situam-se na direção contrária da desinstitucionalização, cuja defesa é que estes atores possam ser vistos como sujeitos de direito, com poder de decisão e liberdade durante o tratamento. Busca-se com esta perspectiva de cuidado a construção de *empowerment* destas pessoas, capazes de conviver em sociedade sem que seja preciso a produção de estigmatização e discriminação na forma de olhar e lidar com os mesmos.

2.2 Do Lícito ao ilícito: vicissitudes e licitudes da Política de Drogas no contexto geopolítico

No bojo do processo da reforma psiquiátrica brasileira, as políticas públicas de atenção ao uso de drogas eram focadas na estratégia da abstinência, tendo no cuidado prescritivo destinado aos/às usuários/as, a internação em manicômios, modelo semelhante ao

voltado às pessoas que estavam no sofrimento por conta de algum transtorno mental. No final das contas, a prescrição no âmbito do cuidado em saúde mental e drogas, seguia o mesmo modelo de tratamento: a institucionalização das pessoas. Inclusive, o movimento da reforma psiquiátrica no país salientava a preocupação com a desinstitucionalização da loucura e não dava a devida atenção às questões específicas relativas às políticas de álcool e outras drogas, bem como de suas estratégias de cuidado, só reconhecendo esta lacuna posteriormente. Deste modo, durante muito tempo os serviços voltados ao cuidado com usuários/as de drogas foram vítimas de negligência do setor público, pois antes de iniciar o processo de reforma psiquiátrica, estas pessoas eram tratadas juntos das que sofriam de transtornos mentais, não tinham nenhum tipo de atendimento especializado. (MACERATA; DIAS; PASSOS, 2014; RAMEH-ALBUQUERQUE, 2008; BRASIL, 2007a). Neste contexto, as pessoas que apresentavam problemas relacionados ao uso de álcool, fumo e outras drogas foram invisibilizadas pelas políticas públicas.

Machado e Miranda (2007) atribuem a este atraso na assunção do enfrentamento das questões associadas ao consumo de álcool e outras drogas, no país, ao fato da justiça e da segurança pública serem as responsáveis pela abordagem, intervenção e política de drogas, bem como pelas dificuldades oriundas da lacuna do tema na agenda da saúde pública brasileira.

Durante o governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva[8], é lançado documento que legitima "A Política de Atenção Integral aos/às usuários/as de álcool e outras drogas" (BRASIL,2003a), surgindo num momento em que a democracia brasileira buscava sua consolidação no país. Neste contexto, o Ministro da Saúde Humberto Costa, reconhece publicamente este atraso histórico relativo a assunção desta responsabilidade pelo SUS. Então, na apresentação das diretrizes da política de drogas visando subsidiar as ações na área, retoma a legislação em saúde mental e a lacuna na política de drogas brasileira, conforme reproduzida as suas palavras abaixo:

> O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos usuários de serviços de saúde mental – e consequentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários/as,

[8] Presidente eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

> configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003a, p. 6)

O relatório da "Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas[9]" (2005), refere-se a "omissão histórica da saúde pública" em relação à inserção do álcool e outras drogas nas políticas públicas. Para os técnicos do MS:

> A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumprem um papel relevante, e apontam a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema. (BRASIL, 2005)

A implementação tardia das políticas públicas de álcool e outras drogas pode ter tido fortes repercussões na reflexão mais elaborada do debate que envolve os paradigmas proibicionista e antiproibicionista, temas que mobilizam valores morais e crenças proibitivas ou libertárias, presentes na relação do indivíduo com a sociedade. O debate tem repercussão direta nas práticas de cuidado com usuários/as de drogas, bem como na visão que o/a profissional construiu sobre o/a do usuário/a de drogas lícitas e/ou ilícitas, se pautada pelo cuidado integral e alicerçado por uma perspectiva ética-política, que respeite a singularidade, a autonomia e *empowerment*[10] de usuários/as, ou reflita processos de estigmatização e

---

[9] A Declaração de Caracas, na Venezuela, em 1990, cujas organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos nesta conferência referem os termos para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. O documento pode ser consultado no site: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publi<cacoes/declaracao_caracas.pdf

[10] Para maior aprofundamento da noção de *empowerment* na saúde mental, consultar "O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias" (Vasconcelos, 2003). O autor preserva o termo original em inglês, a despeito de algumas traduções como empoderamento ou aumento de autonomia, segundo o mesmo para manter o caráter multifacetado do conceito. Uma proposta de definição apresentada inicialmente pelo autor é a compreensão de *empowerment* como "aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social".

discriminação[11], elementos que dificultam o acesso de usuários/as no âmbito dos serviços destinados a este público.

Nesse cenário, é importante lembrar que o estigma vem sendo tematizado na área da saúde mental pela Reforma Psiquiátrica, por causa das pessoas que estavam vivendo uma situação de sofrimento psíquico, e outras populações consideradas vulneráveis como usuários/as de drogas, portadores/as de HIV/AIDS, profissionais do sexo, homossexuais, pessoas em situação de rua, dentre outras minorias, sendo o processo de estigmatização uma resposta que tem raízes socioculturais e, portanto, responde a uma configuração social que irá construir políticas públicas de acordo com o desenho de sociedade.

O complexo debate sobre a política de drogas é norteado pela tríade produção-distribuição-consumo que constitui a circulação da droga, e os diferentes atores envolvidos. As discussões giram em torno do poder do Estado em decidir quem pode comercializar e a forma de consumo de cada tipo de drogas de acordo com a classificação feita pelas agências reguladoras dos países[12], sendo algumas como o álcool e o tabaco, consideradas lícitas no Brasil, e as demais, ilícitas, elemento que configura a forma de circulação da droga como mercadoria, se através de comércio legitimado pelo Estado mediante a geração de impostos ou, ilegalmente, via mercado paralelo ou ilegal. Geralmente no cerne do debate que circunda dimensões econômica, política e sociocultural, estão presentes também elementos que envolvem processos de estigmatização e discriminação de usuários/as, como veremos no decorrer deste estudo, cujas desigualdades sociais se confirmam como molas propulsoras destes marcadores, de acordo com cada sociedade.

Assim, conforme sinalizado anteriormente, é importante estarmos atentos para o modelo de sociedade que legitima as políticas públicas de saúde mental e drogas, já que sabemos que no âmbito dos países do cone sul latino americano, as condições históricas favoráveis à implementação de políticas sociais universais estavam obstaculizadas, de forma

[11] Parker e Aggleton (2001), precursores no Brasil da temática do estigma no campo do HIV/AIDS. Ronzani, Noto e Silveira (2014), Ayres, Paiva e França Jr (2012), referem esta interface dos processos de estigmatização no cuidado dentro do quadro do estigma, vulnerabilidade e direitos humanos, Souza (2016) tece um cenário sobre a relação dos processos de estigmatização do usuário de crack e a exclusão social, Bard (2015) tecem uma análise sobre a vivência dos usuários/as de crack em relação ao estigma e preconceito. Paulatinamente a temática do estigma vem ganhando peso na saúde revelando a contribuição da estigmatização para a falta de acesso dos usuários/as, na legitimação dos processos de exclusão social decorrentes do sistema neoliberal brasileiro, dentre outros. Ressalto a publicação intitulada de Estigma e Saúde, organizada por Villela e Monteiro (2013), material que tenta discorrer sobre a estigmatização fazendo interfaces do conceito com temáticas diversas.

[12] No Brasil, a agência reguladora é a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

estrutural, até a década de 1980, devido a posição destes países na divisão internacional do trabalho. Entretanto, entre a década de 1960 a 1980, o contexto da ditadura militar somou a este processo estrutural, um componente político que visava coibir os movimentos sociais que defendiam políticas populares, baseadas na democracia. Somente na década de 1980, na redemocratização brasileira com o fim do regime ditatorial instalado, emergiram condições políticas favoráveis à implantação de políticas sociais, mesmo em um contexto de reajuste neoliberal que dificultava a execução destas (VASCONCELOS, 2012).

A complexidade do debate sobre as drogas lícitas e ilícitas numa sociedade envolve um campo polifônico, cujas abordagens circulam no âmbito da prevenção à repressão, com diferentes atores atuando em diversas instâncias sociais, tais como econômicas, políticas, jurídicas, sociais, culturais, religiosas e morais. Um cenário multideterminado pede a ação de diversos profissionais oriundos de formações diversificadas, como os da área da saúde, assistência social, educação, religião, além de familiares de usuários/as, usuários/as, ex-usuários/as, policiais e operadores do direito como juízes, promotores, dentre outros. Este cuidado multifacetado que envolve o/a usuário/a e seu entorno, requer uma compreensão sobre o tema pautada em propostas para o controle social, a prevenção do uso abusivo e as formas de tratamento da dependência, bem como às políticas de atenção aos/às usuários/as de AD. (CRUZ, 2006; MORAES; PIMENTEL; UCHOA, 2009). Consequentemente, podemos supor que requer uma formação profissional que contemple a incorporação da política de drogas de forma crítica e as estratégias de cuidado à luz da cultura local.

Deste modo, a complexidade da temática e de atores envolvidos, sugere a elaboração de políticas que contemplem este contexto multifacetado em todas as instâncias sociais citadas. Porém, conforme argumentei anteriormente, toda política pública advém da especificidade de uma dada formação social, e, esta, por sua vez, pode vir a exercer ou sofrer influência em outros modelos de sociedade.

Isto não acontece apenas em relação à Política de Drogas, mas quando se trata desta é importante termos em mente as especificidades socioeconômicas e culturais de cada contexto social. Afinal, por trás das Políticas de Drogas de um país, estão três estratégias que circulam visando o controle do uso de drogas: 1) **redução da oferta:** focada em ações que visam erradicar plantações e destruir princípios ativos e à repressão da produção, do refino e do tráfico de drogas e das substâncias precursoras; 2) **redução da demanda:** dirige esforços, ações e recursos visando o desestímulo e a diminuição do consumo, especialmente à iniciação à droga,

bem como visa o tratamento de usuários/as que fazem uso abusivo ou dependentes; 3) **redução de danos:** objetiva executar ações preventivas às consequências danosas à saúde em decorrência do uso de drogas. Necessariamente não interfere na oferta ou no consumo. (BRASIL, 2001, p.11).

Em cima destas estratégias, são construídas diversas concepções que tensionam o debate acerca das drogas. Conforme diz Araújo (2012), existem três palavras-chave circulando na discussão sobre drogas, e que se referem aos modelos disponíveis para que os governos possam decidir quem vende e quem usa as substâncias psicoativas: proibição, descriminalização (despenalização) e legalização[13]. No entanto, o uso destas estratégias políticas visibiliza o embate entre dois paradigmas: proibicionismo *versus* antiproibicionismo.

As estratégias citadas (proibição, descriminalização e legalização) dão munição para o conhecido debate "Guerra às Drogas" *versus* Redução de Danos que vemos no Brasil[14], cujos paradigmas que abarcam estas estratégias de cuidado são o proibicionismo e o antiproibicionismo, sendo este último regido pelo princípio da RD. Podemos dizer que esta oposição paradigmática, reflete lógicas semelhantes no âmbito da Reforma Psiquiátrica quando nos referimos aos modelos manicomial e antimanicomial. Este último, defende os princípios da reforma psiquiátrica mediante a desinstitucionalização. Porém, tanto o paradigma antimanicomial como o antiproibicionista, propagam o respeito aos Direitos Humanos, aos valores libertários, a cidadania de usuários/as e usuárias, e a participação destes/as nas decisões relativas ao próprio tratamento. Por outro lado, os paradigmas manicomiais e proibicionista refletem uma lógica de cárcere, asilar

[13] Importante esclarecer mais detalhadamente os leitores sobre os modelos disponíveis para compreender as questões que envolvem o debate proibicionista e antiproibicionista. Na **proibição** criminaliza-se a produção, distribuição, transporte, venda, compra e porte de drogas, mesmo que seja em pequenas quantidades. A compra e venda só podem ser realizadas se for comprovado o uso para fins religiosos, medicinais ou científicos, sendo a autorização feita por órgãos competentes. Penas que são vinculadas ao uso geralmente são mais brandas, porém, em alguns países podem levar à prisão. O argumento é que este modelo objetiva diminuir a oferta de drogas proscritas, visando aumentar o preço e diminuir as oportunidades de consumo destas. No viés da **Descriminalização**, geralmente ocorre a extinção das penas criminais para usuários/as. Isso significa que se o usuário for flagrado com pequena quantidade de droga para uso próprio, se receberem alguma pena, estas ficam na dimensão administrativa, como multas. Se o usuário for dependente, dependendo do país, este pode vir a ser obrigado a se tratar. Além disto, na descriminalização, vender ou portar grandes quantidades de drogas ainda são motivos que levam à prisão. Importante ressaltar que para haver a descriminalização é necessário que haja mudanças na lei e isto depende da forma de interpretação dos juízes. O referido modelo busca a concentração de esforços nas práticas preventivas e no combate à oferta, visando reduzir danos para os usuários/as e dependentes. No modelo da **Legalização**, cabe ao governo estabelecer as regras que regem o comércio de cada tipo de droga e, algumas restrições são impostas como idade, locais e horários para consumo, e/ou através da exigência de registros e autorizações especiais para compra e venda da droga. Comumente, o rigor restritivo e controle sobre o mercado se voltam para as drogas consideradas mais fortes, na medida em que se considera os danos do consumo desta droga, mais perigosos. Tal modelo almeja a redução do uso problemático de drogas e os problemas decorrentes da abertura de mercados ilegais (ARAÚJO,2012; SALLES,2013).

[14] Para compreender as características deste embate no âmbito internacional sugiro SANTOS, V. E. *O objeto/sujeito da redução de danos:* uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva. 2008. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

no cuidado, e de cunho controlador ou bélico, vertente oposta ao cuidado pautado nos Direitos Humanos.

Se tomarmos como pressuposto a ruptura com o paradigma proibicionista, torna-se fundamental conhecermos as experiências internacionais[15] e brasileiras que, de forma paulatina, vão se opondo à orientação proibicionista através da adoção de estratégias que abarquem políticas de drogas mais inclusivas (BATISTUTA VALE,BOITEUX,2006), com a finalidade de oferecer um cardápio mais rico de possibilidades ao/s usuários/as. A disposição para encontrar novos caminhos, considerando as experiências (exitosas e menos exitosas) no âmbito da política de drogas internacional, exige, sobretudo, o desprendimento de preconceito e estigmatização para que gestores, políticos e a sociedade civil, possam olhar os contextos de seus/suas usuários/as, considerando a complexidade que o assunto envolve, sem se pautar em concepções moralizantes sobre o assunto.

As classificações sobre as drogas foram feitas a partir da divisão destas substâncias em duas categorias: lícitas e ilícitas[16], sendo a proibição das substâncias psicoativas reconhecidas como ilícitas, referendadas pelas convenções internacionais, realizadas com vistas a definir o modelo repressivo de criminalização do uso, produção e distribuição de substâncias consideradas ilícitas. Em 1988, foi realizada a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, que ficou conhecida como a Convenção ou Consenso de Viena (BATISTUTA VALE, 2015; BOITEUX,2006; KARAM,2007). Nesta ocasião, coube aos países que formavam o corpo das Nações Unidas legitimar o bordão proibicionista tendo como premissa uma "sociedade livre das drogas".

De acordo com Maria Lúcia Karam (2015)[17], estas convenções da ONU[18], bem como as legislações brasileiras de diversos estados, a exemplo da Lei 11.343/2006, constituem fontes de violações de princípios assegurados em normas inscritas nas declarações internacionais de direitos humanos. Seu argumento é que

---

[15] Embora reconheça a importância de conhecer as experiências exitosas e não tanto exitosas acerca da Política de Drogas no âmbito internacional, este estudo não pretende discorrer sobre estas, mas utilizar-se de algumas destas experiências para aprofundar, quando necessário a política de drogas no Brasil, com a finalidade de contextualizar as práticas de cuidado realizadas à luz do cenário nacional, suas fragilidades e acertos, sempre considerando o contexto micro e macro político como pano de fundo na viabilização das ações em saúde mental e drogas no país.

[16] Cabe à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão vinculado ao Ministério da Saúde a regulamentação relativa às drogas.

[17] Palestra realizada em Recife/PE no evento Liberdade na Estrada: Recife 2015, promovido por Coletivo Nabuco; Estudantes Pela Liberdade; e Instituto Ordem Livre – setembro 2015.

[18] Em nota de rodapé do artigo "Guerra às Drogas e saúde: os danos provocados pela proibição" (2014, p.158), a autora comenta sobre a relevância das convenções da ONU na "imposição de criminalização"

> os dispositivos criminalizadores que institucionalizam esta política partem de uma distinção feita entre substâncias psicoativas tornadas ilícitas (como a maconha, a cocaína, a heroína, etc.) e outras substâncias da mesma natureza que permanecem lícitas (como o álcool, o tabaco, a cafeína, etc.). (KARAM, 2015)

No entanto, Karam (2015) enfatiza que não há diferença relevante entre estas drogas consideradas lícitas e as tornadas ilícitas, pois todas provocam alterações psíquicas e podem gerar dependência, além de transtornos mentais e físicos, sendo todas potencialmente viciantes e perigosas para os/as usuários/as. Esta divisão pelos tipos de drogas cria uma "arbitrária diferenciação", incompatível com o princípio de isonomia devido a todas as pessoas terem o direito de ser tratadas igualmente perante a lei. Porém, na medida em que se transforma a conduta dos produtores, comerciantes e consumidores de certas drogas como criminosas, enquanto que a conduta destes mesmos atores, no que concerne às drogas lícitas, são respeitadas por estarem no âmbito da legalidade, o princípio da isonomia é violado.

Neste aspecto, a criminalização do/a usuário/a funciona como um mecanismo de exclusão social que incide nos grupos sociais minoritários, já que se vende esta ideia como proteção quando na verdade ela produz estigmatização e discriminação, esta perspectiva é compartilhada por vários autores como Boiteux e Karam.

Karam (2014) critica o proibicionismo e, na defesa da legalização de todas as drogas, considera que o consumo moderado de substâncias psicoativas mais potentes, pode gerar efeitos menos danosos do que se uma, de menos potência, for consumida de forma mais compulsiva. Seu argumento é que

> a proibição se baseia na distinção arbitrariamente feita entre substâncias psicoativas que foram tornadas ilícitas (como a maconha, a cocaína, a heroína, etc.) e outras substâncias da mesma natureza que permanecem lícitas (como o álcool, o tabaco, a cafeína, etc.). Tornando ilícitas algumas dessas drogas e mantendo outras na legalidade, as convenções internacionais e leis nacionais introduzem uma arbitrária diferenciação entre as condutas de produtores, comerciantes e consumidores de umas e outras substâncias: umas constituem crime e outras são perfeitamente lícitas; produtores, comerciantes e consumidores de certas drogas são "criminosos", enquanto produtores, comerciantes e consumidores de outras drogas agem em plena legalidade. Esse tratamento desigual de atividades similares claramente viola o princípio da isonomia, que determina que todos são iguais perante a lei, não se podendo tratar desigualmente pessoas em igual situação. (KARAM, 2014, p. 158-159)

Não obstante, uma substância psicoativa, uma vez consumida, vai produzir efeitos diferenciados em cada usuário/a pois além das questões orgânicas, o contexto de uso, motivações, entorno e dimensões socioculturais envolvidas agem na determinação do impacto da droga na biografia de usuário/as.

No proibicionismo predomina o modelo moral, criminal e da doença[19], e um cuidado pautado no controle do Estado sobre a forma de tratamento dos/as usuários/as, considerando em alguns momentos a internação involuntária ou compulsória[20], além das práticas de cuidado serem pautadas por um caminho único: a abstinência da droga. Por outro lado, o antiproibicionismo se configura no âmbito do paradigma da complexidade, pelo fato de a sua constituição ter que lidar com estratégias que, em alguns momentos, podem ser antagônicas, ou em alguns momentos conciliatórias pela melhor escolha de acordo com as singularidades e cultura local, ou seja, a descriminalização podendo ser a opção momentânea para um país que almeje a legalização das drogas, mas ainda não se encontra preparado para esta configuração na política de drogas local, termina sendo usada como parte de um processo rumo à uma política de drogas pautada no paradigma antiproibicionista.

Se voltarmos no tempo é mais fácil compreendermos em um contexto geopolítico, a herança histórica dos Estados Unidos da América (EUA) na Política de Drogas Mundial. Afinal, em um dado momento, cuja juventude influenciada pelo movimento hippie e pelo clima do país, gritava o *slogan* "Faça Amor, Não Faça Guerra". Assim, a conhecida geração da década de 1960 clamava por "Paz e Amor" no mundo. Foi neste cenário que, em 1968, Richard Nixon foi eleito e prometia um governo que restituísse a "lei e a ordem" no país. Os setores conservadores da sociedade americana estavam alarmados com o período de liberdade sexual evocado pela juventude da época. Nixon[21] escolheu um caminho para lidar com as questões relativas às drogas e declarou "Guerra às Drogas".

Em seu segundo mandato na presidência dos EUA, Nixon propagou a ideia de que a epidemia de drogas no país era uma ameaça estrangeira, fazendo com que a política de repressão passasse a priorizar a interdição da oferta, penalizando mais fortemente os traficantes e construindo fortes ofensivas contra as zonas de produção, argumento que viabilizou a intervenção política e bélica em outros países. Foi esta política repressiva e intervencionista do Presidente Nixon, que virou sinônimo do que até hoje é denominado "guerra às drogas". Esta política de drogas foi adotada por todos os presidentes posteriores a Nixon, exceto Jimmy Carter.

---

[19] Para situar-se sobre os modelos de atenção aos/às usuários/as de drogas, recomendo a consulta de Escobar (2015) e do Relatório de Pesquisa "Consumo de bebidas alcoólicas no Brasil: estudo com base em fontes secundárias" (2012), coordenado por Gilberta Acselrad que se encontra disponível em www.flacso.org.br ou mais diretamente no link http://flacso.org.br/?s=consumo+de+bebidas+alcoolicas+no+brasil

[20] Sobre internação voluntária, involuntária e compulsória, consultar Lei 10216, de 06 de abril de 2001.

[21] Araújo (2012, p.78) situa o discurso bélico de alguns presidentes dos EUA acerca das drogas.

Destarte, no cenário mundial, os Estados Unidos da Américas (EUA) assumiu um protagonismo mundial no que concerne ao combate às drogas, política que foi seguida pelo Brasil em meados do século XX através dos governos Epitácio Pessoa e Getúlio Vargas, sendo a primeira regulamentação[22] sobre drogas datada de 1921, seguindo do lançamento do Decreto-Lei nº 891/1938[23], Lei de Fiscalização de Entorpecentes, que foi incorporado posteriormente ao artigo 281 do Código Penal. No entanto, apenas na década de 1970, o governo brasileiro sancionou a Lei nº 6.368/1976[24], que passou a ser conhecida como a Lei de Entorpecentes, que "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". (BRITES,2015; MORAES; PIMENTEL; UCHOA, 2009; ARAÚJO,2012).

De acordo com Moraes, Pimentel e Uchoa (2009), a referida Lei foi

> fortemente influenciada pela conjuntura política dos anos de 1970, anos da ditadura militar brasileira [e] buscou conter o avanço do consumo das drogas no país, através de mecanismos de repressão policial-militar. No entanto, somente as drogas consideradas ilícitas foram criminalizadas de todas as formas (produção, comércio e consumo), enquanto que as drogas consideradas lícitas, como o álcool, tabaco e medicamentos psicotrópicos, que também podem causar danos, foram deixadas de lado. [...] (MORAES; PIMENTEL; UCHOA, 2009, p 180)

A legislação referida vigorou durante quase 20 anos no Brasil. Esta perspectiva proibicionista sustenta a política de "Guerra às Drogas", guiada internacionalmente pelo poder hegemônico estadunidense. Apenas nos anos 1990, o governo federal passou a gerir um processo de revisão acerca da abordagem de drogas no país, criando a Secretaria Nacional de Entorpecentes mediante a Lei nº 8.764/93 (SENAD, 2008). Não obstante, analisando a configuração do debate e construção da política de drogas no Brasil, é importante situar que em 1998, no Brasil, ocorreu o I Fórum Nacional Antidrogas e, em decorrência de um processo participativo durante o evento, algumas propostas da sociedade brasileira foram levantadas e, mesmo após um longo tempo, a Política Nacional Antidrogas (PNAD) foi aprovada no ano de 2001, com a finalidade de se deter nas ações em diversas áreas como "prevenção, tratamento,

[22] Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921, que "estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substancias venosas; estabelece as formas de processo e julgamento manda abrir os créditos necessários". Consultar http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html (Disponível em 19/10/2016, às 23:25 hs)

[23] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm

[24] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm

repressão, estudo, pesquisa e avaliações, recuperação e reinserção social" (BRITES, 2015;MORAES;PIMENTEL;UCHOA,2009; BRASIL,2001a).

Na época, o presidente Fernando Henrique Cardoso[25] achou necessário colocar o combate às drogas como uma das prioridades do seu governo, então resolveu vincular a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) à Presidência da República. Entretanto, mesmo com esta pauta prioritária, a política de drogas brasileira vigente neste período não avançou muito, ficando mais no âmbito das ações repressivas do que as de tratamento, prevenção e promoção da saúde (MORAES; PIMENTEL; UCHOA, 2009; BRASIL, 2001a).

Ao longo do tempo, os EUA costumam usar como pretexto a guerra às drogas para exercer a hegemonia sobre os demais países. Tal perspectiva proibicionista também atravessa o Brasil. No entanto, assume feições diferenciadas dos EUA, já que aqui o inimigo é o "usuário", muitas vezes, travestido de traficante, mas que, no final das contas tem como característica o foco na pessoa estigmatizada pela posição que ocupa na sociedade como não branco, pobre e dentre outras fontes estigmatizantes que compõem o perfil da população marginalizada do país. Karam (2015, p 9) chama a atenção para o fato do encarceramento em massa de afro-americanos nos EUA, revelar o alvo e função da "guerra às drogas" no país: "perpetuar a discriminação e a marginalização fundadas na cor da pele, anteriormente exercitadas de forma mais explícita com a escravidão e o sistema de segregação racial [...]". Além disto, este contexto corrobora a ideia de que o alvo da "versão brasileira da 'guerra às drogas' também é claro: os mortos e presos nesta guerra – os "inimigos" – são os "traficantes" das favelas e aqueles que, pobres, não-brancos, marginalizados, desprovidos de poder, a eles se assemelham".

Este perfil condiz com vários estudos como a "Pesquisa Nacional sobre o Uso de *Crack*",[26] de Bastos e Bertoni (2014), que teve como amostra usuários/as de *crack* com idade de 18 ou mais anos, e, em relação à raça/cor autodeclarada, e que identificou a predominância de usuários/as não-brancos nas cenas de uso, sendo apenas 20% de usuários/as de *crack* ou similares, autodeclarados como brancos. De acordo com os autores:

> na população geral, segundo o Censo 2010 (IBGE), os 'não brancos' correspondiam a aproximadamente 52% da população brasileira, o que sublinha a sobrerepresentação de

[25] Após sair a presidência o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (PSB), reconheceu uma dívida do seu governo pelo fato de não ter priorizado, dentre a ações, a política de drogas no Brasil. No filme "Quebrando o Tabu" (2011), ele discorre sobre o tema e se posiciona.

[26] Para maior aprofundamento na pesquisa ver Bastos e Bertoni (2014). Também disponível na versão digital em <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

> pretos e pardos [...] em contextos de vulnerabilidade social, como observado nas cenas de *crack* (BASTOS e BERTONI, 2014, p 50).

No que tange às formas de obtenção de dinheiro, a mais comum entre o público estudado era o trabalho esporádico ou autônomo, correspondente em torno de 65% dos pesquisados. Santos, Almeida e Brito (2016) realizaram uma pesquisa com o objetivo de conhecer "a cultura de uso de *crack*, práticas relacionadas ao risco de infecções sexualmente transmissíveis e as taxas de HIV, sífilis, hepatites e tuberculose em pessoas que consomem *crack* no estado de Pernambuco". A amostra foi composta por usuários/as de Programa Atitude, com 1.005 indivíduos e, com dados nesta mesma direção, em relação a raça/cor autodeclarada a pesquisa revela as seguintes proporções

> de pardos (65,1%) e pretos (15,5%). As autoras observam que "entre os usuários de *crack*, que vivem em contextos de grande vulnerabilidade social, foram maiores do que as observadas na população geral de Pernambuco (Censo 2010), de 55% e 6,4%, respectivamente. Enquanto que a proporção de usuários negros chegou a ser mais do que o dobro, a de usuários brancos (16,9%) foi menos da metade da proporção observada na população pernambucana (36,5%). (SANTOS, ALMEIDA e BRITO, 2016, p.5)

Os dados apresentados acima revelam a questão das drogas ligada às desigualdades sociais, constituindo, portanto, um problema de saúde pública, vista a predominância de um padrão de cuidado constituído por formas que excluem e segregam os/as usuários/as, embasado por medidas punitivas e proibitivas, que conferem, portanto, um caráter de 'justiçamento' à postura dos/as profissionais e seguem um caminho oposto aos princípios da RD. Logo, faz-se essencial uma reflexão acerca da constituição da política de drogas de um país (MORAES;PIMENTEL;UCHOA, 2009; BRASIL, 2001a).

Visando situar o leitor sobre a construção da política de drogas brasileira à luz dos principais tipos de drogas que protagonizaram as políticas públicas no país, faremos, inicialmente, um quadro com a finalidade de refletir a constituição das políticas voltadas aos/às usuários/as de álcool, e das injetáveis pela forma como estas foram precursoras para a visibilidade e reflexão sobre as drogas ilícitas no país, além de ser a porta de entrada para a assunção da RD como estratégia de cuidado adotada pelo governo tardiamente, mas bem vinda. E, finalmente, nos voltamos às políticas criadas para dar conta de questões que envolvem os/as usuários/as de *crack* pela dimensão e significado na cena da política de drogas brasileira, impacto que percebemos com a chegada destes/as usuários/as na Raps e, principalmente nos CapsAD, já que os profissionais tiveram que lidar com uma nova demanda, com os seus próprios medos, devido à imagem de periculosidade que a mídia construiu sobre as pessoas que usam *crack*, além da insegurança na

abordagem e cuidado tentando apreender a especificidade destes atores, que por suas características pareciam ter menos adesão a um serviço de alta exigência, como o CapsAD.

Desta forma, podemos dizer que o redesenho da política de *crack* redimensionou o cuidado em álcool e drogas realizado pelos serviços. Eis o motivo pelo qual optamos por esta divisão de subitens apresentados a seguir. Sendo o álcool classificado como uma droga lícita, aliado da sociabilidade e lazer das pessoas na vida em sociedade, mas que sendo consumido de forma abusiva ou devido à própria dependência, pode trazer consequências para o/a usuário/a, seus familiares e nas dimensões socioculturais. O reconhecimento desta substância psicoativa (SPA) como um problema de saúde pública demorou no Brasil, pois quando começaram a surgir os primeiros serviços, estes eram particulares e, só posteriormente, o consumo de álcool foi incorporado como um problema de saúde pública como veremos. Neste processo, com a infecção de usuários/as de drogas injetáveis pelo HIV/AIDS, este público passou a ser cuidado também mediante a RD, fato que visibilizou o uso desta estratégia entre os/as usuários/as de drogas. Tudo isto serve de pano de fundo para tratarmos da política de drogas no Brasil e perceber o contexto de produção do protagonismo da RD como estratégia de cuidado no âmbito desta política, cuja assunção como recomendação no cuidado com usuários/as de álcool, *crack* e outras drogas emergiu em 2003, conforme iremos discorrer com mais detalhes ao longo deste capítulo.

2.2.1 *Álcool: licitude dos dilemas e contribuições à construção da Política de Drogas no Brasil*

Diante da consideração deste pano de fundo, para abordar a questão da RD, que toca diretamente na dimensão das estratégias de cuidado possíveis aos/às usuários/as de álcool, *crack* e outras drogas, faz-se necessário retomar o contexto que envolve as drogas lícitas, como o álcool e o tabaco e as ilícitas, como as injetáveis, o *crack* e outras.

Não obstante, mesmo que a RD tenha se apresentado no campo das drogas, através dos/as usuários/as de drogas injetáveis (UDI) que contraiam HIV/AIDS devido ao uso indevido de seringas, conforme iremos ver ao longo capítulo, o álcool, até pela própria legalização no terreno brasileiro, merece ser tematizado, já que por trás das práticas de cuidado voltadas aos/às usuários/as de álcool, identificamos inicialmente a presença forte do modelo moral e medicalocêntrico no processo de cuidado. Então, situar o tratamento de usuários/as em decorrência do uso indevido da bebida requer um esforço para recordar o significado do álcool em círculos de sociabilidade ao longo dos anos e das civilizações, bem como para apreender o

momento em que a referida substância é vista como problema e, posteriormente, a depender do uso excessivo, ser classificada como doença, com a denominação posterior de “alcoolismo”.

O álcool é usado desde os tempos pré-bíblicos, embora apenas na virada do século XVIII para o XIX, após o período da Revolução Industrial, esta substância aparece na literatura, revelando o ato de beber de forma nociva como decorrente de uma condição clínica. Na medicina, alguns profissionais começaram a observar complicações físicas e mentais em decorrência do uso abusivo. Rush foi um dos primeiros a perceber que 30% dos pacientes internos em instituições psiquiátricas dos Estados Unidos, faziam uso excessivo de álcool. Outro médico, também precursor na descoberta sobre os danos à saúde mediante o consumo excessivo da bebida, foi Thomas Trotter, que associou o ato de beber à doença da mente, sendo o primeiro a relacionar a palavra doença ao uso excessivo do álcool. Nesta época, também um médico sueco, chamado Magnus Huss, criou o conceito clínico de “alcoolismo crônico”. Posteriormente, nos cem anos seguintes, foram feitas mais de 39 classificações relativas ao uso excessivo do álcool, já denominado “alcoolismo”. Assim, classificou-se em relação ao padrão de beber (contínuo ou intermitente), a cronicidade (aguda ou crônica) e à etiologia (hereditárias, orgânicas ou de personalidade). Em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross criaram a proposta do conceito de *“síndrome da dependência alcoólica”* (SDA) (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

No Brasil, o tratamento para o alcoolismo iniciou-se em 1976, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, na Clínica Pinel, cujos profissionais, só após 16 anos de experiência com alcoolistas, observando a baixa taxa de recuperação destes, mudaram a compreensão e perspectiva teórica em relação às pessoas que tinham um quadro de dependência química do álcool, pois até este momento acreditavam que o alcoolismo era o resultado apenas de conflitos psíquicos do paciente, portanto, não era reconhecido como doença. Desde então, passaram a considerar o alcoolismo como uma doença crônica. O tratamento nesta clínica particular foi pioneiro no uso de atividades grupais e contavam com uma estreita colaboração com o Grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) da cidade. Através dos grupos de atividades, os profissionais tentavam reorganizar a vida dos pacientes, alegando que após anos de uso abusivo ou dependente, usuários/as tendem à desorganização nas atividades diárias, e precisavam desenvolver outras potencialidades. Em 1984, a equipe da Clínica Pinel se mudou para O Hospital Mãe de Deus, também particular, local onde desenvolve as atividades na Unidade de Dependência Química do serviço (CALDAS, 2001).

Importante situar-nos em relação à linha do tempo do tratamento da dependência do álcool no Brasil. Em 1976, quando foi inaugurada a Clínica Pinel, também se iniciava o

Serviço de Psiquiatria do Hospital dos Servidores Públicos, em São Paulo, dirigido por Carol Sonenreich, na modalidade hospital-dia. Este incorpora na compreensão biológica da etiologia do alcoolismo, o papel da cultura, da sociedade e da família como determinantes na dependência química do álcool. No entanto, a despeito da tradição humanista deste e de outros profissionais que tinham concepção similar, as primeiras tentativas de tratamento implementadas por estes baseavam-se na desintoxicação, seguida pelo que se denominava na época de reflexoterapia, que consistia em associar o álcool a antabuse ou apomorfina. Nesta experiência, os profissionais alegaram pouca adesão dos pacientes ao regime de liberdade oferecido pelo hospital-dia, então, após questionamentos, houve suspensão temporária da proposta terapêutica e encaminhamento dos pacientes aos hospitais conveniados. Ainda em 1976, o setor de psiquiatria do Instituto de Assistência dos Servidores do estado do Rio de Janeiro, iniciou nova experiência de atenção aos alcoolistas e seus familiares, buscando uma abordagem interdisciplinar. Em 1988, em São Paulo, foi realizado um encontro, cuja temática era dependência de droga. O evento científico foi promovido pela Associação de Incentivo à Farmacologia, na Escola Paulista de Medicina por meio do Departamento de Psicobiologia da instituição. Neste encontro, além das atividades na área clínica, foram apresentados institutos de pesquisas científicas sobre Álcool e Drogas (CALDAS, 2001), cenário que já aponta a reconfiguração do tratamento voltado aos/às usuários/as e usuárias de drogas no país, não sendo mais voltado ao uso de álcool, também marcado pelo interesse das universidades no desenvolvimento de pesquisas sobre o tema álcool e outras drogas.

Conforme o histórico acima, o tratamento destinado aos/às usuários/as de álcool no Brasil entre as décadas de 1970 e 1980 era hegemonicamente particular e com pouca visibilidade na saúde pública. A lacuna histórica no Brasil em relação as políticas públicas voltadas para o álcool foram sendo visibilizadas processualmente em diversos lugares do país. Rameh-de-Albuquerque (2008), em sua dissertação intitulada "Casas do Meio do Caminho[27]: um relato da experiência de Recife na busca de atenção integral à saúde dos usuários/as de álcool, fumo e outras drogas", se refere à organização de diversos grupos, provenientes de lugares diferentes do país, que estavam se reunindo para estudar o tema e, em um movimento

[27] Cabe um registro sobre este trabalho para quem quiser compreender melhor a Casa do Meio do Caminho (CMC), um equipamento da rede de saúde do Recife na modalidade de albergue terapêutico destinado aos/às usuários/as de drogas que precisavam, por motivos diversos, se afastar da droga e seu entorno. O período de reclusão era em torno de 40 dias no máximo e a entrada no serviço tinha que ter a concordância do usuário. Esta dissertação constitui um trabalho inédito, não apenas por mostrar o desenho da rede de álcool e drogas da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), mas pelo fato de servir para reafirmar a pertinência deste equipamento incorporado, posteriormente, na Raps. O registro desta experiência sinaliza sua contribuição para a criação pelo Governo Federal, via Ministério da Saúde, para a criação das atuais Unidades de Acolhimento (UA) presentes na Raps.

nacional, paralelo ao da Saúde Mental, tentavam estruturar uma rede de álcool e outras drogas no país. A autora entrevista alguns profissionais, gestores, dentre outros atores, e, me chamou a atenção um registro histórico de um dos seus interlocutores, cuja reprodução na íntegra vale a pena para compreendermos um pouco sobre o processo de inclusão da pauta álcool e outras drogas na agenda pública do país.

> [...] isso tá em torno de 1982, 1985 são os precursores da ABEAD [Associação Brasileira de Estudos sobre Àlcool e Drogas]. E aí o grupo da Jandira em São Paulo, o grupo de Nery em Salvador, o grupo do CMT lá em Minas Gerais e o grupo de Sérgio de Paula Ramos lá em Porto Alegre. [...] porque até então era uma política muito repreensiva em relação à questão de álcool e drogas [...] isso começou em torno de 80, 82. E o processo da reforma psiquiátrica caminhava no sentido do transtorno mental e na proteção ao paciente psicótico. Só no final da década de 90, na virada do século, é que o Ministério entendeu. Em 89, 90 o Ministério cria um programa que, até foi a partir do Rio Grande do Sul, de capacitar os coordenadores dos programas de saúde mental dos Estados e as pessoas interessadas em desenvolverem programas de álcool e drogas. Isso foi 89, 90 que se chamava PRONAL [Programa Nacional sobre Alcoolismo] (informação verbal)

As regiões Norte e Nordeste tinham uma tradição de tratamento da dependência do álcool e outras drogas pautada no modelo hospitalocêntrico, baseado na lógica manicomial[28] ou em clínicas particulares, cujos encaminhamentos para casos considerados de mais gravidade, eram feitos para os hospitais psiquiátricos.

Entretanto, em 1986, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, cria o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), tornando-se o primeiro centro especializado para o tratamento de álcool e outras drogas do Estado[29]. Curioso é observar que no início do processo de trabalho no serviço, havia uma diferenciação entre o tratamento destinado para os "alcoólatras" e os dos/das usuários/as de drogas ilícitas. Em 1991, a Secretaria Estadual inicia a criação do Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA) (Rameh-de-Albuquerque, 2008), situado ao lado do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, conhecido como Tamarineira. Caldas (2001) comenta que a ideia norteadora do CPTRA visava a desintoxicação, o internamento e o

[28] Para conhecer melhor esta lógica em Pernambuco sugiro a dissertação de mestrado de LUCENA (2011) que discorre sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Alberto Maia, que funcionou de 1964 à 2010. Constitui um registro significativo sobre este cenário no estado.

[29] Sobre a idealização e processo de formação do CECRH, consultar Rameh-de-Albuquerque (2008) e também *Um processo de busca:* experiência do Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana com usuários/as de drogas. Relatório do CECRH para o Encontro de Centros Brasileiros. Recife: Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana, 1988. Circulação interna.

acompanhamento ambulatorial. A instituição funciona até a atualidade, porém, assim como o Eulâmpio, foi municipalizado no ano de 2004, na gestão do Prefeito João Paulo (PT).

Não obstante, na década de 1990, na cidade do Recife, em Pernambuco, foi criado o atualmente extinto SOS Drogas, uma central pública de atendimento telefônico gratuito, funcionando 24 horas, que tinha por objetivo viabilizar aos/às usuários/as e comunidade, de uma forma geral, informações sobre AD. O serviço inicialmente tinha treze plantonistas e foi montado através de uma parceria realizada entre as Secretarias de Justiça, Educação e Saúde do Estado de Pernambuco. Funcionando por um breve período no prédio do Instituto de Previdência Social do Estado de Pernambuco (IPSEP), foi transferido para o CECRH.[30] Nesse mesmo período, surgem duas Organizações Não Governamentais (ONG), o Instituto Raid[31] e o Centro de Prevenção às Dependências (CPD), em 1998. (RAMEH-ALBUQUERQUE,2008)

Pelo desenho apresentado acerca das questões que envolvem o álcool, podemos perceber que enquanto temática, o debate sobre esta droga surge no país ligado às concepções da biomedicina. E, mesmo alguns serviços que se constituem com propostas diversas no cuidado, como grupos operativos, foco nas atividades da vida diária (AVD), escuta psicoterapêutica etc., produzem tensionamentos atravessados pelo modelo biomédico de tratamento, com viés moralista e proibicionista que, apesar de não explicitado, muitas vezes, é operacionalizado nas práticas de cuidado interprofissional.

2.2.2 *Redução de Danos: princípios e estratégias para o cuidado com usuários/as de álcool, crack e outras drogas no Brasil*

Foi na Inglaterra, em 1926, que o Relatório Rolleston recomendava que usuários/as em situação de dependência de opiáceos pudessem, via prescrição médica, receber estas drogas com o objetivo de ter uma vida mais estável e útil à sociedade. A ideia era que, apesar da dependência de drogas, os/as usuários/as pudessem diminuir os danos e minimizar os efeitos prejudiciais à saúde.

A década de 1980 foi um divisor de águas no que concerne à RD de danos em um panorama mundial. Neste período, devido à epidemia da AIDS, a RD visibiliza o/a usuário/a

[30] M. C. M. S.O.S Drogas: realizando a mediação entre indivíduo e rede de saúde. In: SILVA, G. L. (Org.). *Coação ou co-ação*: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários/as de drogas. Recife: Bagaço, 2005.
[31] Instituição denominada inicialmente de Instituto Rede de Atenção Integral às Dependências, mas cuja sigla RAID atualmente é a única denominação utilizada ao se referir ao serviço.

de drogas ao identificar a necessidade de prevenir a infecção de HIV/AIDS neste público. Assim, a RD passou a ser utilizada como uma estratégia de saúde para usuários/as de drogas (MARLATT, 1999; SANTOS, SOARES, BALDINI, 2010).

Diversos autores (MACHADO, 2006; VENTURA, 2005; MacRAE, s.d.; SANTOS, 2010) se referem à ligação da epidemia de AIDS mundial entre a transmissão de HIV e o uso de drogas injetáveis, processo que surgiu inicialmente na Europa, em algumas regiões da América do Norte, tornando-se rapidamente um fenômeno mundial.

Em 1982, profissionais constataram o primeiro caso de AIDS no Brasil. Embora inicialmente existissem várias especulações sobre o diagnóstico das pessoas que estavam apresentando o quadro sintomatológico do HIV/AID, com o passar do tempo, os estudiosos foram classificando os pacientes em grupos de risco. Os homossexuais foram o público-alvo mais visibilizado pela incidência e, rapidamente a AIDS foi vinculada à estas pessoas. Tal associação direta e/ou colagem da doença à um "grupo de risco" específico culminou em um processo de estigmatização e discriminação destes sujeitos. A doença rapidamente se disseminou para outros segmentos, a exemplo de hemofílicos e usuários/as de drogas, e a iminência de disseminação epidêmica para outros estratos sociais, fez com que fossem implementadas políticas públicas para dar conta do problema no âmbito da saúde pública.

Nas décadas de 1980 e 1990, no meio de mobilizações de profissionais da saúde e militantes do movimento homossexual, foram criadas ONGs para lidar com as demandas desta temática. Assim, em 1986 surgiu a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), e no ano de 1997 foi criada a primeira ONG que vinculava o HIV/AIDS ao uso de drogas: a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), e em 1998 a REDUC (Rede Brasileira de Redução de Danos), além de diversas associações ao longo do país.

Visando reduzir as dificuldades de acesso e adesão de usuários/as de drogas injetáveis ao tratamento, bem como medida preventiva de maiores agravos em decorrência do UDI, Santos/SP como cidade precursora nos avanços da saúde, no ano de 1989, mediante os elevados índices de transmissão de HIV relacionados ao uso indevido destes tipos de drogas, inicia a proposta de uso da Redução de Danos (RD) como estratégia de prevenção ao HIV/AIDS, destinada aos/às usuários/as de drogas injetáveis. (BRASIL, 2003b).

Em seu livro "Contrafissura e plasticidade psíquica", Lancetti (2015), referindo-se à experiência de Santos, comenta sobre a existência de uma casa nesta época, local onde eram realizados estes grupos, possivelmente à semelhança das denominadas "*crack houses"*

americanas. Segundo ele, nesta casa moravam muitos usuários/as de cocaína injetável que se picavam em roda e tinham um acordo pelo qual quem tomava a primeira pagava mais, e os que pagavam menos, se picavam com o sangue de todos os participantes da roda. Lancetti (2015, p. 49-50) completa a lembrança desta experiência com a seguinte frase: "Recordo ter ouvido de vários membros do grupo relatos de sonhos com cocaína e em conversas mais reservadas que o fato de saber que alguém da roda estava contaminado com o vírus da AIDS dava mais vontade". O autor diz que, apesar deste cenário, na época, a distribuição de seringas e de insumos para a RD sofreu a interferência do Ministério Público, sendo proibida. Só posteriormente, a Secretaria de Saúde de Santos começou a distribuição dos antivirais no SUS e, juntamente com outras ações conseguiu a reversão da AIDS na cidade, local de maior incidência de infecção em HIV no Brasil.

Por outro lado, o Ministério da Saúde reconhecia nacionalmente a importância das pesquisas para compreender o fenômeno do HIV/AID e buscar alternativas de controle da doença, cria a Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (DNDST/AIDS), transformada posteriormente na Coordenação Nacional de DST/AIDS. (MACHADO, 2006; MORAES; PIMENTEL; UCHOA,2009).

Neste contexto, Machado (2006) diz que, com base em pesquisas internacionais sobre a doença, o Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de DST/AIDS, elaborou o Projeto Previna, que visava o estabelecimento das ações de prevenção que possibilitassem o controle de DST/AIDS nos seguintes grupos: usuários/as de drogas injetáveis, profissionais do sexo e presidiários/as. Dentre as atividades desenvolvidas pelo projeto estavam a capacitação de recursos humanos, elaboração de materiais de prevenção, ações educativas, composição de equipes de apoio, orientação e aconselhamento aos/às usuários/as e usuárias de drogas ilícitas.

O fato é que rapidamente foram detectadas alterações no perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil, pois se durante o intervalo de tempo entre os anos de 1980 à 1986, predominava a transmissão sexual entre homossexuais e bissexuais masculinos de elevada escolaridade, no período compreendido entre os anos de 1987 à 1991, houve uma mudança significativa no perfil dos grupos afetados, chamando a atenção para a contaminação via transfusão de sangue e pelo compartilhamento de materiais entre os/as usuários/as de drogas injetáveis para o próprio consumo. Assim, de acordo com Machado (2006, p.63), "a

participação percentual dos/as usuários/as de drogas injetáveis passou de 3,0% do total de casos notificados, no período de 1980/1986, para 24,9% no ano de 1992[32]".

Segundo Machado (2006), a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1994, através do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), inicia o apoio político e financeiro ao desenvolvimento de programas de prevenção de AIDS entre usuários/as de drogas no Brasil. Nessa época, entre os anos de 1994 a 1998, a Coordenação de DST/AIDS (MS) elaborou o Programa AIDS I, que dentre suas propostas visava ações de prevenção de forma a contribuir para a diminuição da expansão de contaminação do HIV entre a população de uma maneira geral, bem como entre os/as usuários/as de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais. A implementação do Projeto AIDS e Drogas do Programa AIDS I ocorreu devido ao financiamento do Banco Mundial, em decorrência do convênio UNDCP/ONU, tendo como ponto de partida cinco linhas de trabalho, dentre estas ressalto a redução de danos à saúde associados ao uso indevido de drogas mediante a promoção de ações assistenciais para os/as usuários/as que almejavam tratamento. Saliento também a implementação de ações preventivas pautadas pela adoção de práticas seguras no uso de drogas injetável e o apoio técnico e financeiro às ONGs para que pudessem desenvolver ações com populações específicas, inclusive, usuários/as de drogas. A autora citada ressalta que

> A implementação de ações relacionadas a essas linhas estratégicas inaugurou no Brasil uma forma de abordagem do uso de drogas sob a perspectiva da saúde pública. As concepções repressivas e antidrogas, originadas nas práticas de segurança pública, deixaram de ser, desde então, a referência exclusiva para as intervenções efetivamente realizadas e apoiadas pelo governo brasileiro. (MACHADO, 2006, p.64-65)

Em junho de 2000, a Organização Mundial da Saúde registrou a presença do uso de drogas injetáveis em 134 países, sendo que destes, 114 tinham notificação de casos de AIDS, com forma de transmissão considerada mediante a utilização de drogas injetáveis. Sendo um consumo antissocial, com o uso das classificadas drogas ilícitas em associação com o HIV/AIDS, o processo de estigmatização entre os UDI passou a ser amplificado. À infecção ligada ao compartilhamento de agulhas e seringas entre usuários/as, foi acrescido um elemento de histeria no debate sobre drogas, já marcado pela lógica simplista e irracionalista (MacRAE, s.d.), referendada pelo 'modelo jurídico-moral'.

[32] Para aprofundamento dos dados, consultar BRASIL(1992a).

Assim, implementando o Programa de Troca de Seringas (PTSs), de forma paulatina, a RD foi sendo conhecida como uma "estratégia de produção de saúde", sendo uma alternativa à lógica de cuidado pautado apenas na lógica da abstinência. Esta última não é excluída da estratégia de RD, mas cada usuário/a passa a ter mais autonomia para escolher a melhor forma para lidar com seu uso indevido (BRASIL, 2003b).

Apenas em 2003, a estratégia de RD deixa de ser exclusividade dos Programas de DST/AID e se torna uma estratégia que irá orientar a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas[33] e da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde (PASSOS,2011;QUINDERÉ et al.,2013). Conforme iremos ver ao longo da tese, é neste momento que o debate sobre álcool e outras drogas começa a ter visibilidade própria e, inicialmente a mídia é chamada a inserir as estratégias de RD em campanhas nacionais com alguns *slogans* como "Se beber não dirija" e, posteriormente as campanhas sobre os malefícios do cigarro começam a protagonizar nas cidades os formatos de fumódromo que cada governo estadual configura de forma peculiar, a exemplo de São Paulo e Recife[34].

Inicialmente a RD constituiu um movimento internacional para responder às demandas da AIDS na década de 1980, conforme já abordado anteriormente, ressaltando-se algumas experiências internacionais como fundantes para o amadurecimento das questões que envolvem a RD, a exemplo dos modelos que foram pioneiros como o da Holanda e o do Reino Unido[35]. Diferentemente de políticas que são originadas pelos formuladores de políticas de drogas, num movimento de cima para baixo, sem considerar as especificidades da população afetada, a RD emerge de baixo para cima, ou seja, em decorrência de uma demanda de usuários/as de drogas injetáveis (UDI), que desejavam reduzir os riscos de contaminação pelo HIV/AIDS e demandavam por mudanças na política de drogas dos Países Baixos. (MARLATT, 1999; FONTES & FIGLIE, 2004). Para Marlatt (1999, p.48), "dependência de drogas e a AIDS são problemas tão estigmatizados e contaminados pela reprovação moral que os indivíduos que sofrem desses dois problemas de modo associado, muitas vezes são marginalizados pela sociedade. [...]".

Com raízes filosóficas fundamentadas no pragmatismo, a RD situa-se como uma alternativa da Saúde Pública para o enfrentamento dos modelos moral/criminal e de doença no

[33] A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas foi implementada no Governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva (PT), tendo como ministro na época o psiquiatra Humberto Costa, do PT de Pernambuco. Em 2004, quando a cidade do Recife, em Pernambuco, monta o Programa Mais Vida de Redução de Danos o Prefeito João Paulo (PT) iniciava o seu segundo mandato.
[34] Para conhecer as Políticas focadas no Tabagismo ver Rameh-de-Albuquerque (2008,2011).
[35] Para leitura mais detalhada ver Salles (2013).

campo das drogas. A ideia de moralidade supõe que o uso e a distribuição de certas drogas sejam crimes e, portanto, precisam ser punidos com os instrumentos necessários, utilizando-se das vias jurídica e criminal (MARLATT,1999; ESCOBAR,2015)[36]. Esta lógica sustenta-se, como diz comumente Karam (2007), na criação arbitrária entre drogas lícitas e ilícitas numa dada sociedade, dicotomia que contribui para a "guerra às drogas" defendida pelo paradigma proibicionista, que acredita que a paz e a saúde se constroem em uma "sociedade livre de drogas".

No modelo moral/criminal, prevalece a visão dicotômica na análise das questões relativas ao tema, cujas diretrizes construídas para o uso de estratégias pautadas nesta perspectiva, apontam na direção da redução de oferta, porém para conseguir manter este caminho, as estratégias punitivas como as bélicas, prisionais, dentre outras afins, almejam o mesmo fim: a abstinência do/a usuário/a e uma sociedade livre de drogas, com ênfase na redução da oferta, via proibição e punição.

O modelo biomédico configura-se a partir da ruptura com o modelo moral e constitui uma quebra de paradigma na busca por uma racionalidade científica, que se inicia em meados do século XIX, através do positivismo. Este alicerça-se na incorporação da lógica biomédica na abordagem às drogas, cujas estratégias utilizadas para obter os resultados à saúde do/a usuário/a são calcadas no tratamento e na reabilitação. A ênfase recai nos programas de tratamento e de prevenção, que visem dar conta do desejo do/a usuário/a que tem a intenção de consumir a droga. Este modelo busca a redução da demanda, conforme afirma Marlatt (1999). De acordo com Escobar (2015, p.237),

> este modelo reforça uma visão das drogas como entidades patologizantes, capazes de causar e instaurar a dependência nos indivíduos. Desse modo, a dependência se inscreve no mesmo processo histórico da loucura, no qual, da possessão demoníaca, passa para a 'perda da razão' à noção de 'doença mental'. O modelo Biomédico racionalmente considera que o tratamento [...] é de responsabilidade do corpo médico, basicamente por meio da internação para desintoxicação e da adoção de terapêutica farmacológica, cujo objetivo final é o controle neuroquímico.

Além da visão reducionista e fragmentada do sujeito como reduzido a um corpo físico com seu aparato biológico, esta ótica biomédica centra o cuidado na hegemonia da lógica de um único profissional, o médico. Escobar (2015) se refere à predominância deste modelo em alguns equipamentos como unidades básicas de saúde, ambulatórios médicos e hospitais psiquiátricos para mostrar a hegemonia desta configuração, mesmo com toda a contradição existente com os princípios e novas diretrizes políticas do SUS.

[36] Obra clássica que merece ser revisitada para nos oportunizar nova reflexões à luz dos embates atuais sobre Redução de Danos.

Marlatt (1999) chama a atenção para uma sutil contradição entre os modelos moral/jurídico-criminal e biomédico[37], pelo fato de um encarar o/a usuário/a de drogas como criminoso/a a ser punido/a e o outro como um doente que necessita de um tratamento. Nesse sentido, o autor enfatiza que tanto o modelo que busca a redução da oferta (moral/jurídico-criminal) como o que preconiza a redução da demanda (biomédico), possuem um objetivo final comum que é iniciar pela redução e, finalmente eliminar o uso de drogas via abstinência do/a usuário/a. Além disto, conforme situam Fontes e Figlie (2004), estes dois modelos se caracterizam como uma abordagem de alta exigência.

Com efeito, penso que seja importante, na apreensão do referido modelo, podermos observar as lógicas de modelos internalizadas pelos profissionais e visibilizadas, mesmo que de forma subliminar, em suas práticas de cuidado. Assim, o modelo moral/jurídico-criminal pode se revelar presente em equipamentos da Raps, inclusive, no próprio CapsAD. Isto independente das recomendações do MS para o cuidado em saúde mental e drogas, embasados pelos direitos humanos, seja pelo viés da Reforma Psiquiátrica que preconiza a luta antimanicomial ou pela Redução de Danos, cuja complexidade na relação com os paradigmas proibicionista e antiproibicionista, nos leva a refletir a máxima que circula no debate entre os profissionais do meio, que é a de que "todo antiproibicionista é redutor de danos, mas nem todo redutor de danos é antiproibicionista".

Por outro lado, a redução de danos, assumindo seu pragmatismo e empatia na abordagem às questões que envolvem o uso de drogas, não é contra a abstinência. Esta constitui apenas uma das possibilidades a ser escolhida pelo/a usuário/a em sofrimento para o seu processo de tratamento, porém, reconhecendo a singularidade de usuários/as, a abstinência absoluta não é o fim em si a ser atingido no decorrer do cuidado profissional, isto configura a RD como uma abordagem de baixa exigência *(Low Threshold)*, já que a não exigência da abstinência favorece a adesão do/a usuário/a que está sofrendo por não conseguir diminuir ou deixar de consumir a droga. Nesse caso, os serviços de baixa exigência podem ser uma excelente alternativa para esta pessoa. Sobre os serviços de "baixa exigência", Marlatt (1999, p.49-50) realça algumas características:

> [...] Em vez de estabelecer a abstinência como um pré-requisito de alta exigência para receber o tratamento para dependência ou outro tipo de assistência, os defensores da redução de danos estão dispostos a reduzir estes obstáculos, [...] fazendo com que os necessitados tenham mais

[37] Embora Marlatt (1999) use o termo modelo da doença, e não o biomédico, mas o significado e abordagem é o que atualmente nos referirmos mais ao modelo biomédico ou modelo médico. Quanto ao modelo moral/jurídico-criminal este é o formato adotado por esta autora para dar conta do controle societário presente nas instituições jurídicas e criminais da atualidade.

> facilidade para 'embarcar', envolver-se e começar. Os programas de baixa exigência fazem isso de diversas maneiras: estendendo a mão e formando parcerias e cooperação com a população-alvo no desenvolvimento de novos programas e serviços; **reduzindo o estigma associado à busca de ajuda para esses tipos de problemas**; e oferecendo um enfoque integrador e normalizado ao uso de substâncias e práticas sexuais de alto risco. [Grifo nosso]

O fato é que, apesar da consideração da RD como política pública de saúde já incorporada para evitar a infecção de HIV/AIDS pelo UDI, das experiências como a de Santos e da criação da ABORDA, por exemplo, a Política de Drogas do Brasil - apesar de estar processualmente ganhando visibilidade com este cenário - não tinha a força que ganhou nos anos 2000. Esta perspectiva surge num período em que o Brasil está reconfigurando os valores democráticos e elege um ex-operário para a Presidência da República, Luís Inácio Lula da Silva[38]. Este emerge com um novo projeto político para o país, cujo processo de inclusão social em vários setores começa a ser pauta prioritária, aliada às questões econômicas que envolvem as dívidas externas com os EUA. O Brasil passa a exercitar o diálogo democrático nas instâncias interna e externas.

Nessa configuração nacional, em 2003, o Ministério da Saúde (MS), divulga sua concepção sobre a *Política Nacional de Álcool e outras Drogas* (2003a) e assume como estratégia de cuidado aos/às usuários/as de álcool e outras drogas, a Redução de Danos (RD), uma mudança no paradigma do cuidado às pessoas, cujos transtornos psíquicos eram decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas, de uma lógica proibicionista para uma lógica calcada na estratégia de redução de danos. Para o MS, conforme já sinalizado aqui, no uso da estratégia de redução de danos, "a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado" (BRASIL, 2003b, p.10). Assim, ter cuidado com as vidas humanas significa lidar com as singularidades e com as diversas escolhas do sujeito. As práticas de saúde consideram esta diversidade e devem acolher a demanda, *sem julgamento* [grifo nosso], no que é possível em cada contexto do/a usuário/a, pensando no que pode ser ofertado e sempre estimulando a sua participação e engajamento. (BRASIL, 2003b)

Importante situar que nacionalmente o movimento da reforma psiquiátrica e, o tardio, mas necessário processo de implementação de uma política de nacional para o uso de álcool e outras drogas, engendrou um arcabouço legal nessa área que fomentou as ações de RD, a exemplo da Portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005, que regula as ações para o uso de estratégias de RD voltadas às pessoas que fazem uso abusivo ou dependente de substâncias psicoativas. O governo, através desta portaria "determina que as ações que visam a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem

[38] Presidente eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

dependência sejam reguladas por esta portaria". E em 2008, lança a Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil, na qual a redução de danos passa a ser legitimada como a abordagem recomendada para o tratamento do/a usuário/a de drogas e uma das recomendações contidas nesta legislação advém da seguinte diretriz: "3.2.1. Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos" (BRASIL, 2008, p. 19)

Apesar das experiências nos âmbitos nacional e internacional terem ajudado na proposição da Política de Drogas do Brasil, o debate é complexo e exige constante reflexão sobre a configuração das políticas considerando o contexto político, econômico e sociocultural do país. A ousadia na abertura para a implementação desta legislação no país pelo novo governo, serviu para o acirramento do debate sobre o tema. Para Santos, Soares e Campos (2010, p. 996),

> a RD tem se apresentado como uma alternativa no campo das práticas de saúde relacionadas aos problemas advindos do consumo de substâncias psicoativas, que resgata aspectos éticos e humanos da relação entre política de saúde e consumidores de drogas. No entanto, a RD tem se revestido de um excesso de pragmatismo, muitas vezes reproduzindo práticas sem demonstrar claramente em que bases teóricas está ancorada.

Com base em publicações brasileiras, os autores supracitados tecem uma análise sobre a concepção de objeto e sujeito que norteia a RD, visando compreender suas bases teóricas de sustentação da concepção de objeto e sujeito que orienta a prática desta estratégia. Esta pesquisa lança luzes sobre como a RD está sendo incorporada como estratégia de cuidado no Brasil e as concepções sobre o tema que configuram a política de drogas do país. Assim, Santos, Soares e Campos (2010) teceram uma tipologia de classificações a partir do escavilhamento dos textos científicos.

Na concepção de RD em que a droga consiste na causalidade única da dependência, a relação que o sujeito estabelece com a droga é de passividade e subjugamento diante do poder desta. Neste tipo de abordagem de RD, sua estratégia é usada unicamente para acessar os/as usuários/as que relutam em aceitarem um tratamento voltado à abstinência. A ideia dos que baseiam suas práticas de cuidado em cima desta concepção é de que os/as usuários/as ao iniciarem o uso, percorrem um caminho determinante à condição de dependente. Os autores ainda ressaltam que esta concepção de RD advém da psiquiatria.

Na segunda concepção, na qual o objeto/sujeito é a unidade de doenças sexualmente transmissíveis-usuários/as de droga de populações excluídas, os autores compreendem como

objeto da RD, o risco de doenças transmissíveis, em especial, o HIV/AIDS e demais agravos que acometem usuários/as de drogas. A lógica predominante neste tipo é a da noção de risco e/ou vulnerabilidade, sendo a condição de marginalização elemento de exposição de usuários/as a estes agravos.

Na terceira tipologia o objeto/sujeito se situa na "equação consumo-usuário de drogas". A relação que a pessoa estabelece com a droga de uso deixa de ser dependência, tendo outros tipos de repercussão o seu uso. Neste caso, as estratégias de RD assumem valor polissêmico, vai depender do tipo e circunstâncias de uso. O usuário sai do lugar de sujeito passivo do consumo da droga e tem autonomia para escolher formas de uso menos nocivas. As ações de RD visam orientar e informar o usuário com vistas ao autocuidado.

O quarto tipo se foca nos fatores referente às particularidades da droga e do consumidor na interface com o contexto sociocultural. Fatores de risco e proteção são o foco das intervenções preventivas, sendo as práticas voltadas para alertar os grupos sob o risco de consumo que leve à dependência. Apesar de incorporar elementos compreensivos em relação ao consumo de drogas, pode se restringir aos "manuais de bom comportamento". O sujeito é visto como plural.

O quinto tipo focaliza os riscos sociais e a população geral, cujo foco da RD extrapola os riscos individuais e foca-se nos sociais, visando à diminuição de riscos e agravos sociais na população. Movida por uma concepção de saúde multifatorial, ênfase no controle social sobre instituições, sujeitos, contextos e situações relativas ao consumo, visando propor moderação na hora de consumir. Neste modelo instituições e Estado são envolvidas.

No sexto modelo, o objeto/sujeito é a tríade produção-comércio-consumo de drogas, sendo o sujeito considerado a classe social. A RD fundamenta-se em um sistema complexo que envolve estrutura e modo de produção das SPA, com contextualização histórica. Os autores se focam na crítica da política de criminalização do consumo que não consegue atingir a diminuição de drogas, gerando estigma ao usuário, embates com o tráfico e ações de polícia.

Finalizando, é importante salientar que a internalização dos modelos de atenção à SM e AD, nas perspectivas proibicionista ou antiproibicionista é complexa, pois os profissionais chegam à rede tendo que lidar com dimensões de cuidado técnico que envolve a política de drogas nos dois paradigmas citados, e as construções das políticas são uma tentativa de dar conta dos paradigmas. Por outro lado, a internalização destes modelos contribui para as influências destas lógicas paradigmáticas nas práticas de cuidado dos/as profissionais.

As políticas públicas são construídas na tentativa oferecer dimensões paradigmáticas para o cuidado, mas a questão vai além da formação técnica do profissional. Este último, no contexto

de suas práticas de cuidado, pode contribuir à VP, tendo em vista que os/as profissionais chegam à rede tendo que lidar com dimensões de cuidado técnico que envolve tensões, via a "adoção" de um paradigma proibicionista ou antiproibicionista. Mas, o seu percurso de formação nas instituições requer uma postura profissional crítica, e não a reprodução acrítica destes vieses paradigmáticos para, inclusive, poder manejar as estratégias de RD na direção de uma destas perspectivas de cuidado já que como estratégia, a RD pode servir para legitimar práticas proibicionistas e moralizantes, cuja aceitação do profissional no manejo inicial tem como finalidade única a abstinência.

Deste modo, lidar com os paradigmas – proibicionista e antiproibicionista – requer tensões teóricas e também de cunho subjetivo relativo à biografia do profissional. Aliado a este cenário, com o poder midiático direcionando concepções que envolvem demonização de usuários/as e de drogas, a exemplo do *crack*, ao profissional cabe manter uma atitude crítica e desprovida de concepções pessoais de cunho moralizantes. No entanto, nem sempre isto acontece, conforme veremos ao longo deste estudo.

2.2.3 *Crack: as vicissitudes de uma 'epidemia do significado' redesenhando a política de drogas do Brasil*

O surgimento do *crack*[39] ocorre no início dos anos 1980 nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami. Geralmente sua obtenção se fazia mediante processo caseiro e os/as usuários/as utilizavam a droga em casas abandonadas, conhecidas como *crack houses*, como as casas citadas por Lancetti (2015) na experiência de Santos. Nesta época, o perfil do usuário era de homens jovens, com idade abaixo de 30 anos que apresentavam compulsividade no uso desta droga. A maioria destes eram usuários/as de cocaína refinada que migraram para o consumo do *crack* atraídos pelo baixo preço. Alguns usuários/as de maconha, bem como poliusuários/as incorporaram esta droga no seu padrão de consumo, tendo ainda aquelas

[39] O *crack*, forma de base da cocaína, pode ser obtido do cloridrato de cocaína ou da pasta de cocaína, ambos extraídos da coca. Tem pouca diluição em água, e por este motivo, não pode ser injetado e sim colocado em cachimbo caseiro para ser fumado. Os vapores produzidos possuem rápida absorção pelos pulmões e alcançam o cérebro rapidamente, ou seja, em cerca de 8 segundos, o *crack* alcança o neurotransmissor dopamina que media o centro do prazer e produz efeitos muito mais velozes do que por outras vias de utilização venosa e nasal da cocaína. Este curto espaço de tempo entre a administração da droga e o surgimento dos seus efeitos é que torna o *crack* uma droga "atraente" para o usuário. Torna-se uma substância potente para usuário/as devido à rapidez com que a mesma atinge os efeitos esperados, que, muitas vezes, são de intensa euforia (êxtase), forte autoconfiança e ilusão de onipotência, gerando sensações de prazer extremo, com duração de 5 minutos, que recebem o nome de *rush* ou *flash*. A *fissura*, ou seja, a intensidade e rapidez no alcance da euforia aliados à forte compulsão de uso que gera nos usuários, faz do *crack* uma droga com alto potencial de dependência (NAPPO, 2004:01).

pessoas que iniciaram o uso por esta substância psicoativa. Após o susto, com o aparecimento da AIDS, usuários/as de cocaína injetável, em sua maioria mais velhos, optaram pelo *crack* na busca por um meio de administração da droga mais seguro, sem que comprometesse a intensidade dos efeitos psicoativos da substância. Além disto, o baixo preço também foi um elemento que incitou novos consumidores das camadas populares (NAPPO,2012; RIBEIRO; PERRENOUD,2012).

Nappo[40] (2012) refere que em meados da década de 1980, os Estados Unidos registraram, em vários estados do país, um aumento nas taxas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), a exemplo da gonorreia, sífilis e infecção por HIV. Relatos de mulheres identificadas como usuárias de *crack* só começaram a aparecer nos anos 2000, evidenciando a relação do uso com a venda do corpo para manter o consumo da droga. E, neste contexto, foi identificada a relação do aumento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como ligada a certos comportamentos considerados de risco, principalmente das mulheres, como a troca de corpo pela droga ou dinheiro para comprá-la. Segundo a autora citada, a partir deste momento, vários autores chegaram à seguinte conclusão:

> havia uma relação simbiótica entre o uso compulsivo de *crack* e a venda do corpo como tática para a aquisição da droga. [...], existindo relatos esparsos dessa prática entre homens consumidores da droga. Associado a esta estratégia, esses autores descreveram um quadro de sexo promíscuo, de desespero, degradação e alto risco de contração de DSTs.

No Brasil, o *crack* começou a surgir na década de 1990. No entanto, as informações de como esta droga entrou no país, advém da mídia e de órgãos policiais. Nesta época, as apreensões realizadas pela Polícia Federal chegaram a aumentar 166 vezes no período que corresponde aos anos de 1993 a 1997 e a apreensão da pasta básica na região Sudeste teve um aumento de 5,2 vezes neste mesmo intervalo de tempo. Evidências apontam para o aparecimento do *crack* em alguns bairros da zona leste de São Paulo e, em seguida se propaga à região da Estação da Luz, no centro da cidade. Esta ficou conhecida popularmente como "Cracolândia". (RIBEIRO; PERRENOUD, 2012)

[40] Em estudo sobre Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em relação às DST/AIDS, Nappo (2004), aborda as diferenças no comportamento de risco entre as profissionais do sexo e as mulheres que fazem sexo por droga, evidenciando um poder de negociação com o cliente para que o sexo seja seguro entre as profissionais do sexo. No entanto, às mulheres que fazem sexo para obtenção imediata da droga, encontram-se mais vulneráveis do que as outras, fato que pode nos levar a inferir pelo contexto apresentado, bem como pela experiência com este perfil de usuária, que o risco de uma gravidez indesejada torna-se mais significativo entre as mulheres que fazem sexo pela droga. Vale ressaltar que além destas questões, existe um contexto de vulnerabilidade presente na vida das usuárias de crack e outras drogas, que pode comprometer a vida de seus/suas filho/as para sempre, a exemplo da AIDS.

A “Cracolândia” é uma denominação que gera controvérsias, pois apesar de o lugar ter ficado conhecido pelo intenso fluxo de usuários/as e traficantes de *crack* na área, onde se reuniam para as atividades de compra, uso e venda da droga, esta concentração construiu uma cultura de costumes locais em torno do consumo desta droga. Contudo, a semântica do termo remete aos processos de estigma e discriminação que envolvem este público. O médico Drauzio Varella[41] tece uma crítica ao uso do termo “Cracolândia” por ser uma “denominação abjeta, forjada para nos dar a impressão de que se trata de uma excrecência incrustada na cidade sem fazer parte dela”. Nessa linha, Taniele Rui (2014) refere-se ao usuário/a de *crack*, no qual o corpo deste “noia” emerge na sociedade evocando limites morais, sociais, corporais, dentre outros, constituindo um tipo social a partir da exclusão. E, inspirando-se em Judith Butler, Rui (2014, p.23) partilha:

> [...] a ideia do abjeto como aquele cuja vida não é considerada legítima e, portanto, que é quase impossível de se materializar, [...] o abjeto [...] se refere, sobretudo, a percepções controversas, simbólicas e morais, lançadas aleatoriamente sobre [...] [os usuários] por outros.

O contexto de aumento crescente e de visibilidade midiática das “cracolândias”, produziam informações que remetiam à demonização da droga; a veiculação da ideia de que estava havendo uma “epidemia do *crack*” no Brasil, reforçava o cenário de medo e impulsionava o processo de estigmatização de usuários/as, uma vez que eram depositados na substância psicoativa todos os malefícios sociais, colocando os/as usuários/as como indivíduos de alta periculosidade, com necessidade de contenção – sendo esta, apresentada como ‘cuidado’- a despeito de todos os aspectos psicossociais que envolvem estes/as usuários/as. Houve, em detrimento de um olhar humanizado, que permitisse apreensão do contexto de vulnerabilidade no qual estes/as usuários/as estão inseridos/as e como tal contexto interfere em seus cotidianos e no consumo do *crack*, uma reificação da substância psicoativa

Deste modo, a reificação do *crack*, enquanto substância psicoativa, evidencia o aspecto bioquímico da droga como responsável pelo que a mídia denomina de “epidemia do *crack*”. Em cima desta ideia, o Estado elabora ações de enfrentamento belicista para combater a substância ilícita, construindo no imaginário social a ligação entre esta droga e uma guerra estatal de combate à sua disseminação, através de uma clínica calcada no proibicionismo. Conforme aponta Nery (2013, p.45-46),

[41] http://sao-paulo.estadao.com.br/blogs/sp-no-diva/cracolandia/

> [...] falar de epidemia remete ao poder médico, que quase personaliza no *crack* o equivalente a um vírus...uma bactéria...um microrganismo, deixando de concebê-la como uma molécula química que não tem vida biológica. O trânsito do *crack* se faz entre pessoas, por pessoas; não há outro "vetor" senão os próprios humanos e suas vicissitudes. [...] [o] termo epidemia [...] parece excluir o social e o psíquico enquanto determinantes fundamentais no uso. O consumo do *crack* é sintoma da expansão da miséria e exclusão e não o inverso, suas causas.

O fato é que o *crack* foi muito disseminado na mídia, com ênfase para o comportamento diverso dos/as usuários/as, formas de agrupamento como na cracolândia, associação com delitos, sexo desprotegido, venda do corpo, periculosidade, dentre outros contextos de vulnerabilidade e fontes de estigmatização que moldam o entorno de seus usuários/as. Totuigui et al (2010) reforçam a existência deste quadro de vulnerabilidade[42] mediante algumas ênfases nas questões de gênero, vínculo institucional, a exemplo da família e precarização do vínculo empregatício via trabalho informal, baixa escolaridade, comorbidades psiquiátricas, além dos delitos e conflitos com o tráfico.

Nesse sentido, a crítica do médico Drauzio Varella ao termo "cracolândia" mostra sua pertinência e nos remete aos primórdios da institucionalização em manicômios, de minorias excluídas da sociedade e carimbadas como "loucas". Estas eram provenientes de grupos sociais minoritários, como negros, homossexuais, prostitutas, mulheres separadas, dentre outros. A institucionalização era a alegação dada para o tratamento e proteção destas pessoas, conforme expusemos no subitem *1.1. A Assistência à Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica no Brasil*, deste capítulo.

Nery (2013) lembra que cada época, de certa forma, constrói sua "epidemia". O autor remete à década de 1980, na qual havia a disseminação da ideia de uma epidemia de ácido lisérgico (LSD) na porta das escolas, cujos responsáveis pelo tráfico eram os baleiros e vendedores de sanduíches. Neste cenário, a família recomendava que os filhos se afastassem destas pessoas. Para este autor, tanto a epidemia do LSD como a do *crack* foi socialmente construída. Tanto que ao mostrar apenas a Cracolândia como cenas de uso, locais onde as pessoas são mostradas em condições sub-humanas, a mídia visibiliza a exceção como regra e mostrando a exceção, a mídia corrobora a regra.

Por outro lado, não podemos deixar de reconhecer que, diante da complexidade que envolve usuários/as e usuárias de *crack* e seu entorno, existem indicadores que apontam para

[42] Importante ressaltar a distinção no uso conceitual de vulnerabilidade por Totugui et all (2010). No texto citado os autores não referem o uso deste conceito, conforme proposto por Ayres, Paiva e França Fr. (2012), que referem três dimensões relativas ao quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos (V&DH), denominadas de individual, social e programática, conforme adotamos neste estudo.

um aumento de pequenos delitos nas áreas próximas do consumo. Vasconcelos (2012) chama a atenção para o impacto do *crack* nas relações pessoais, familiares e comunitárias, pelo fato de a maioria de usuários/as transitarem nas áreas urbanas ou periféricas onde a droga circula. Além disto, o baixo custo da substância psicoativa tem sua sustentação pelos usuários/as mediante pequenos delitos ou serviços associados a atividade de tráfico. No que concerne à família e a comunidade, o autor ressalta que, muitas vezes, para manter o uso da droga, usuários/as vendem os bens da família, traficam, cometem pequenos delitos, passam a se prostituir, morar na rua, dentre outras estratégias para obter o *crack*. Para este autor, diante do cenário que envolve usuários/as de *crack*, as famílias e comunidades passam a usar estratégias semelhantes às utilizadas com os ditos loucos no Brasil anterior à segunda metade do século XIX que consiste em

> buscar seus parentes nas cracolândias e utilizar todos os dispositivos para mantê-los sob controle, como o cárcere privado nas casas, a busca de qualquer tipo de lugar para internação de longa permanência (e daí a demanda atual pelas comunidades terapêuticas – [...] – e/ou por internação hospitalar), a prisão policial, o abandono nas ruas ou em áreas remotas, e em alguns casos, a própria eliminação física, etc. Isso sem levar em conta os casos frequentes de dívida com os traficantes ou de pequenos delitos que incomodam a comunidade, em áreas controladas pelo tráfico, o que leva a eventos de humilhação, perseguição, ameaças ou morte efetiva do usuário pelos traficantes, o que pode envolver medidas violentas de cobrança de pagamento ou de retaliação contra a sua família, às vezes incluindo a expulsão da comunidade. Outra situação comum é a de que os usuários de *crack* são os próprios pais, o que leva ao abandono ou negligência no cuidado dos filhos, e/ou induzi-los também ao consumo. (VASCONCELOS, 2012, p.173)

Nesse sentido, tanto os efeitos da forma de visibilidade da mídia quanto a realidade de circulação do *crack* na vida de usuários/as, familiares, comunidade e do tráfico, evidenciam um terror midiático em cima de um novo perfil de população abjeta, não mais os loucos que foram internados em manicômios, mas, agora usuários/as de *crack* denominados/as noias, *crackeiros/as* etc, por consumirem esta droga. Além disto, associado ao uso, a ênfase midiática é dada através da disseminação de imagens e informações em que os/as usuários/as são expostos em situações de miserabilidade humana e pobreza visibilizando sua situação de marginalidade social. Nesta condição de marginal (*outsider*), o Estado revela sua preocupação com a saúde e segurança da sociedade através do uso de modelos de tratamentos diversos, inclusive a internação compulsória em comunidades terapêuticas[43].

Sabe-se que os consumidores de *crack* são expostos a riscos sociais e a diversas formas de violência. Geralmente, quando os efeitos da droga diminuem no organismo da

[43] Recomendo a leitura do artigo de autoria de Rita Cavalcante de Lima intitulado "Comunidades Terapêuticas e a Saúde Mental no Brasil: um encontro possível?" (LIMA,2016)

pessoa, ela sente sintomas de depressão e tem sensação de perseguição. Segundo o Ministério da Saúde, outros sintomas comuns são desnutrição, rachadura nos lábios, sangramento na gengiva e corrosão dos dentes; tosse, lesões respiratórias e maior risco para contrair o vírus HIV e hepatites[44] (BRASIL, 2003).

A aparência e o comportamento diverso dos/as usuários/as de *crack*, aliado ao "pânico moral" construído pela mídia, revelam a necessidade da população e, mais especificamente, dos/das profissionais, familiares e usuários/as de várias instituições a buscarem, de forma urgente, novas formas de enfrentamento às questões que envolvem o uso desta droga. As indagações vão desde a busca por respostas clínicas aos aspectos biomédicos que envolvem o cuidado, até uma especial atenção aos de ordem psicossocial, que englobam a vulnerabilidade em que se encontram usuários/as e usuárias com o uso desta droga.

Tal fato, de certa forma, tende a se reproduzir atualmente no que concerne ao cuidado com usuários/as de *crack*, pois, muitas vezes, demonizar a droga devido aos efeitos bioquímicos da substância psicoativa, propriamente dita, tende a demonização de usuários/as e usuárias sem que se considerem as condições socioculturais do contexto e a singularidade das biografias destas pessoas, que vivem em situação de vulnerabilidade. A saída termina sendo, de forma simplista, a proposição do Estado ao "cuidado" excludente, na defesa da internação compulsória destas pessoas, conforme apontam as ações do governo estadual do governador Geraldo Alckmin, em São Paulo e, diferentemente da do outro governo municipal de Fernando Haddad, com o "Programa de Braços Abertos", este último numa perspectiva de inclusão social e o primeiro, de reprodução do modelo manicomial vigente durante anos, de cunho higienistas, ainda com resquícios, apesar da Reforma Psiquiátrica.

Este cuidado, de cunho higienista, esconde interesses mercadológicos em função da Copa do Mundo, em 2014, que estava para ser realizada em várias capitais do país durante o decorrer da escrita desta tese. As ações de afastamento de usuários/as realizadas em áreas de circulação turística, evidenciavam a maquiagem usada nestas supostas iniciativas de cuidado – por assim dizer – com os/as usuários/as em situação de rua. Sob a fantasia de um cuidado humanizado realizado pelo Estado, gestores/as federais, estaduais e municipais, além dos demais atores/profissionais envolvidos/as nesse processo de "cuidar" o que a se viam eram ações autoritárias e negligentes. Tal fato, possibilitou que as práticas de cuidado profissionais engendradas no processo de estigmatização para os/as usuários/as fossem mascaradas como

[44] Vale ressaltar os impactos negativos da produção caseira do *crack* na saúde de usuários/as. Na tentativa de baratear a droga, são adicionadas substâncias tóxicas como cal, cimento, querosene, ácido sulfúrico, soda caustica etc.

preocupação, responsabilidade sanitária, reinserção social, dentre outros elementos que, em sua aparência, buscam responder a uma estrutura e dinâmica de exclusão social.

Assim, escondendo interesses mercadológicos, o Estado tentou mostrar à população um cuidado genuíno para com estas pessoas, bem como demonstrar cuidado para com a população de forma geral, no sentido de protegê-la da periculosidade daqueles/as que estão sob o efeito do *crack*.

Em uma pesquisa acerca da percepção da opinião pública sobre drogas realizada em 2013 pela FPA/RLS[45], dentre outros achados, os pesquisadores ressaltam o conservadorismo da opinião pública brasileira acerca do tema mediante atribuição simbólica à capacidade da legislação penal na redução do consumo e proteção às pessoas dos *"malefícios" da droga*, além dos efeitos da criminalização das drogas no aumento do consumo e na exclusão de populações vulneráveis no sistema carcerário brasileiro (BOITEUX, 2015).

O discurso proibicionista se revela bastante presente nos achados da pesquisa da FPA/RLS citada acima. Partindo da tese de Caballero na qual a abstinência pressupõe a idealização de um cidadão modelo – sem vícios, religioso e abstêmio – ajustado às normas da sociedade, Boiteux (2015, p.146) discorre sobre os achados de campo e argumenta que

> [...] visões pessimistas e tenebrosas sobre o consumo de drogas típicas do proibicionismo foram reproduzidas pelos [seus] entrevistados [...] que, em geral, associam 'drogas' a imagens de 'destruição', ruína, decadência e degradação pessoal, ou seja, a coisas 'ruins e erradas', opostas à ideia de virtude que seria o comportamento 'sadio'.

No contexto, no qual o/a usuário/a de *crack* é visto/a como a própria droga – *crack* em si - acho pertinente tecermos uma comparação com o cenário epidêmico da AIDS. Em 1987, já no início da resposta global à epidemia, ao dirigir-se à Assembleia Geral das Nações Unidas, Jonathan Mann, na época, Diretor Fundador do Programa Global de AIDS, tenta caracterizar a disseminação da epidemia e identifica três fases da doença, que poderiam ser vistas como epidemias diferentes. São estas: a epidemia da infecção por HIV, que desenvolve-se de forma lenta e silenciosa durante anos; a segunda fase, seria a própria epidemia da AIDS como síndrome de doenças infecciosas que podem surgir em decorrência à infecção por HIV, também após alguns anos e a terceira e, segundo ele, mais potente seria a denominada como **epidemia das respostas sociais, culturais, econômicas e políticas à AIDS, que consiste nas reações caracterizadas por níveis altos de estigma, discriminação e, às vezes, negação**

[45] Fundação Perseu Abramo/Fundação Rosa Luxemburgo.

coletiva, questão que, de uma forma global se coloca tão fundamental para a AIDS quanto a própria doença.

O pronunciamento de Mann em relação à AIDS não apenas visibilizou uma resposta global em relação à doença em si, mas **à construção do significado da AIDS a partir das desigualdades sociais**, conforme argumenta Parker e Aggleton (2001). Nesse sentido, achamos que se aplica perfeitamente à análise da constituição epidêmica do *crack* no inconsciente coletivo à compreensão da ideia de epidemia do *crack* como uma **"epidemia do significado"**, nos moldes de Paula Treichler (1988, p.32); para a autora:

> Of course, AIDS is a real disease syndrome, damaging and killing real human beings. Because of this, it is tempting – perhaps in some instances imperative – to view Science and medicine as providing a discourse about AIDS epidemic – with its genuine potential for global devastation – is simultaneously an epidemic of a transmissible lethal disease and an epidemic of meanings or signification. Both epidemics are equally crucial for us understand, for try as we may to treat AIDS as 'an infectious disease' and nothing more, meanings continue to multiply widly and at an extraordinary rate. This epidemic of meanings is readily apparent in the chaotic assemblage of understandings of AIDS that by now exists. [...][46]

Em seguida, Treichler enumera trinta e oito elementos que possibilitam a caracterização da AIDS como possuindo um forte poder de gerar significados. Dentre os elementos citados pela autora, destaco doze:

> 1.A creation of the media, which has sensationalized a minor health problem for its own profit and pleasure; 2. A creation of the state to legitimize widespread invasion of people's lives and sexual practices.; 3. A creation of biomedical scientists and the Centers for Disease Control to generate funding for their activities.;4.7. The most extraordinary medical chronicle o four times.; 5.An imperialist plot to destroy the Third World.; 6. A fascist plot to destroy homosexuals.;7. The result of moral decay and a major force destroying the Boy Scouts.; 8. Nature's way of cleaning house.;9. America's Ideal Death Sentence.; 10.The most urgent and complex public health problem facing the world today.; 11. 35. Science fiction.; 12. A terrible and expensive way to die.[47]

---

[46]Tradução livre: Claro, a AIDS realmente é uma doença que vem causando danos e matando seres humanos de verdade. Por causa disto, tenta-se – talvez em alguns casos imperativos – ver a ciência e a medicina como provedoras de discursos sobre a epidemia da AIDS – com seu potencial genuíno de devastação global – e simultaneamente como uma epidemia de transmissão letal da doença e uma **epidemia de significados ou das significações.** Ambas epidemias são igualmente cruciais para nossa compreensão, por mais que tentemos tratar a AIDS como uma "doença infecciosa" e nada mais, **significados continuam a se multiplicar descontroladamente e em escala extraordinária.** Esta epidemia descontrolada de significados está prontamente aparente na montagem caótica de compreensões sobre a AIDS que existem até agora. [grifo nosso].

[47] Tradução Livre: 1. Uma criação da mídia, que sensacionalizou e criou um problema menor de saúde para seu próprio lucro e prazer;2. Uma criação do Estado que legitimiza uma profunda invasão das vidas das pessoas e de suas práticas sexuais;3.Uma criação de cientistas biomédicos e dos Centros de Controle de Doenças para gerar fundos para suas atividades;4. A crônica médica quatro vezes mais extraordinária;5. Um enredo imperialista para destruir o Terceiro Mundo;6.Um enredo fascista para destruir homossexuais;7.O resultado da decadência moral e uma força mais destruindo os escoteiros;8.Um jeito da natureza para limpar a casa;9.A ideia de morte ideal

A ideia de um pânico moral em relação ao *crack* circula entre a comunidade acadêmica, e autores como Nery (2013) e Souza (2016) referem o fenômeno como um aprofundamento dos estigmas que circulam no entorno do/a usuário/a de *crack*. Assim, arrisco-me a elencar alguns elementos que compõem a epidemia do significado do *crack*, ressaltando que alguns elencados por Theichler para referir-se às pessoas portadoras de HIV/IDS, tendem a se apresentar da mesma forma quando tratamos do fenômeno do *crack*:

1. A mídia sensacionalista disseminando a ideia de que todo usuário de *crack* é perigoso para a sociedade através da marginalização desta população;
2. A atitude higienista do Estado na limpeza dos espaços públicos das cidades por motivações econômica e política, como a realização de grandes eventos como a Copa do Mundo;
3. Um terrível e caro caminho para a morte;
4. Um dos mais urgentes e complexo problema de Saúde Pública do Brasil;
5. O interesse mercadológico e político impondo a defesa do retorno do cuidado asilar via Comunidades Terapêuticas (CT) em detrimento dos equipamentos da Raps como os CapsAD, fruto da Reforma Psiquiátrica;
6. Desmonte do Processo de Reforma Psiquiátrica em detrimento do retorno do cuidado asilar;
7. Aprofundamento do proibicionismo e destituição das estratégias de Redução de Danos utilizadas pelo SUS no cuidado com usuários/as de *crack* e outras drogas;
8. Uma forma de punir os pobres/aprofundar as desigualdades sociais mediante o aprofundamento da estigmatização, discriminação e preconceito;
9. A reafirmação do saber/poder biomédico através da imposição de um cuidado repressivo e excludente, tendo como justificativa a cientificidade.
10. A operacionalização de um crescente fascismo de Estado na constituição de um cuidado repressivo, punitivo, excludente e higienista que contraria os princípios democráticos até então vigentes no Brasil, reafirmado pela Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e pela Política Antiproibicionista via recomendação da RD como

---

americna;10.O problema de saúde pública mais urgente e complexo no mundo atualmente;11.Ficção científica;12.Uma maneira terrível e cara de morrer.

estratégia de cuidado pela "Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas".

A questão é que este redesenho na política de drogas à partir do terror midiático sobre os/as seus/suas usuários/as, me leva a refletir à luz do que Treichler argumenta sobre a **multiplicação descontrolada dos significados**, ou seja, da **epidemia da significação**[48], sendo estendida à outras drogas ilícitas que incidem sobre populações excluídas por várias fontes de estigma como classe social, raça/cor, orientação sexual sob a alegação da necessidade de cuidado. Nesse sentido, que a epidemia da significação não se dissemine nas práticas de cuidado profissional para justificar cuidados coercitivos que subvertem a lógica dos direitos humanos, preconizada pela reforma psiquiátrica e pelo antiproibicionismo.

Importante esta atenção porque os serviços substitutivos ao modelo asilar presente nos manicômios psiquiátricos, foram sendo incorporados paulatinamente a partir da criação do SUS e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o que não significa uma mudança de mentalidade dos/as profissionais que continuaram o cuidado com este público nos Caps e outros dispositivos da rede assistencial.

Em 2009, diante do agravamento midiático do problema, foi lançado o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2011), cujas principais diretrizes quanto o uso de Álcool e outras drogas foram: direito ao tratamento, redução da lacuna assistencial garantindo o acesso às ações e serviços, respeito e promoção dos direitos humanos e da inclusão social, garantia de tratamento de

[48] Esta **epidemia do significado voltada aos/às usuários/as de crack**, pode ser reinterpretada também à luz de alguns dados epidemiológicos, que revelam uma reação mais alarmista sobre a droga do que de fato sua configuração como epidemia no Brasil. Deste modo, dentre os levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional que o Centro de Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou, na investigação realizada em 2001, o resultados indicaram que o consumo de crack no Brasil foi de 0,4% e que quando considerado o uso na vida de crack foi de 0,7% para o sexo masculino, o uso de merla[48] mostrou prevalência na região Norte com 1,0%. A faixa etária e sexo de maior consumo para ambas as substâncias foi igualmente jovem e masculina, com índice de 1,2% (crack) e 0,5% (merla) para homens entre 25 –34 anos. (CARLINI *et al*, 2002.) O estudo da UNIFESP- SP realizado em 2009 demonstrou que no Nordeste é semelhante a média nacional tanto no uso na vida (0,7%) como no uso frequente (0,1%). Portanto, com menor percentagem para o uso frequente em relação ao estudo da CEBRID (0,4%)[48]. Além do mais, se formos para os dados comparativos com o álcool levantados pelo CEBRID em 2005, no que concerne ao padrão de consumo de álcool quando comparamos o crack com o álcool temos, em relação a este último o uso na vida de 74,6%, o que mostra valores discrepantes do álcool, revelando mais agravos em relação ao crack, sendo o álcool uma droga classificada como lícita. Vale a pena ver também Bastos e Bertoni (2014), pesquisa a que me refiro mais diretamente no corpo desta tese. Além disto, alguns estudos atuais como o de ACIOLI NETO (2014) já fazem referência aos/às usuários/as que fazem uso controlado de drogas, contrariando a ideia disseminada pela mídia de que bastava uma pedra para que o "vício" se instalasse. Este dado corrobora a ideia da construção de uma **epidemia do significado do *crack***.

eficácia comprovada, priorização de crianças e adolescentes, combate ao estigma, reconhecimento e intervenção dos determinantes sociais de vulnerabilidade e redução de danos, garantia do cuidado em rede e de forma intersetorial, bem como o uso de estratégias voltadas para educação em saúde e ampliação da informação. (BRASIL, 2009). Além disso, esse plano no seu segundo eixo se propõe a realizar o levantamento preliminar para estimar demanda potencial para tratamento de *crack* nos 100 maiores municípios brasileiros entre 2009 e 2010.

É neste clima de 'pânico social' no que tange à **epidemia de significado** do *crack* que o governo federal lança, em 2010, o Programa *Crack* é Possível Vencer[49], com uma forte adesão processual de todos os estados, do Distrito Federal e de mais de 120 municípios do país, incluindo a cidade do Recife e o estado de Pernambuco, que assinaram a adesão ao programa em março de 2012. O Programa *Crack*, é possível vencer (BRASIL, 2010), foi construído com três eixos norteadores das ações: a) prevenção, com ênfase para educação, informação e capacitação; b) cuidado: visando aumentar a oferta de saúde e atenção para os/as usuários/as; c) autoridade: objetivando enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas.

Em seguida, influenciada por este clima nacional, a Prefeitura da Cidade do Recife (PCR), em consonância com o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas mediante o Decreto nº 7.179/2010 e com a Política Estadual sobre Drogas, conforme Lei nº 14.561/2011, construída pelo Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CEPAD) e instituída pelo Governo do Estado de Pernambuco, lança a "Ação Integrada de Atenção ao *Crack* e outras Drogas" [50] Ainda neste contexto, o Governo do Estado de Pernambuco, governado na época por Eduardo Campos[51], tentando conter os índices de violência alarmantes na região, cria o Pacto pela Vida (PPV), um Programa de Segurança Pública ligado à Secretaria de Defesa Social, cujas ações passam a ter a participação de diversas secretarias estaduais. A ideia do PPV é a de gerir uma Segurança Pública com uma concepção política, não restritiva à polícia, mas envolvendo outras secretarias do governo estadual e articulação com outros poderes. O comitê gestor desdobrava-se em cinco câmaras técnicas: Defesa Social; Administração Prisional; Articulação com o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria; Prevenção Social e a de **Enfrentamento ao *Crack***.

---

[49] Para conhecer melhor acessar file:///G:/LEGISLA%C3%87%C3%95ES/27_12_2012_crack%20%C3%A9%20poss%C3%ADvel%20vencer.pdf

[50] Para maiores informações consultar Plano Municipal de Atenção Integrada ao Crack e Outras Drogas. Disponível em http://www2.recife.pe.gov.br/wp-content/uploads/LIVRO_PLANO_SDH_FINALIZADO.pdf acesso em: 29/junho2016

[51] Partido Socialista Brasileiro (PSB).

Neste mesmo ano, os serviços destinados aos/às usuários/as de drogas, como os CapsAD, situados no estado de Pernambuco, começam a atender a demanda de cuidado deste público para os problemas advindos do uso do *crack*. De acordo com Rameh-de-Albuquerque et al (2017, p.310, no prelo),

> nas reuniões de monitoramento do PPV, o tema *pessoas que usam crack* passou a ser presente em duas principais cenas: a primeira, que essa pessoa, por apresentar pequenas dívidas com o tráfico, tornava-se potencialmente suposta vítima letal do traficante, e a segunda, a reflexão de que dentro da esfera pública, elas acabavam sendo acessadas quase que exclusivamente pelos profissionais da área de segurança, ocasionando, corriqueiramente, o encaminhamento para o sistema prisional.

Segundo as autoras, é neste contexto, a partir do PPV que é identificada a necessidade da criação emergencial de um novo modelo de serviço público voltado para os/as usuários/as de *crack* que dê conta das demandas específicas deste público. Este, por sua vez, era formado por pessoas que usavam o *crack* de forma compulsiva, viviam em situação de forte vulnerabilidade, ameaçadas pelo tráfico, impedidos de retornar às suas comunidades devido a todo este contexto e com vínculos familiares fragilizados, ou mesmo rompidos. Como a ideia era de um serviço pautado pelos princípios do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), então, a elaboração do programa ficou sob a responsabilidade da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SDSDH), extinta em 2015 no executivo estadual, ficando a gestão do Atitude a cargo da Secretaria de Desenvolvimento Social da Criança e da Juventude. Foi neste cenário que em setembro de 2011, foi criado o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares, Programa Atitude, ou popularmente chamado de Atitude[52]. Constitui uma política inovadora que visa a legitimação dos princípios da RD. (Rameh-de-Albuquerque et al no prelo 2017, p.310; Recife, 2016, p.3)

2.3 Da política aos dispositivos de cuidado

A incorporação paulatina da política de drogas na pauta da Reforma Psiquiátrica brasileira abriu uma frente de luta comum pelo reconhecimento dos/as usuários/as de álcool e outras drogas, e das pessoas que sofrem em decorrência de transtornos mentais, pela cidadania, autonomia, *empowerment*, liberdade e protagonismo social delas na sociedade e no cuidado que possam vir a ter na rede de saúde. Contudo, foi uma incorporação processual, fruto da luta de alguns estados e

[52] Para conhecer o Programa Atitude sugiro RECIFE (2016) e aguardar Rameh-Albuquerque et al (2017, no prelo), onde assumo co-autoria.

municípios do país, onde o protagonismo foi construído de acordo com os significados que cada tipo de droga adquirido em um contexto sócio-histórico-cultural ao longo do tempo.

Conforme vimos anteriormente, na década de 1990, em São Paulo, surgiram diversas experiências que contribuíram para a consolidação da ideia de uma rede substitutiva, a exemplo dos centros de convivência, hospitais-dia, dentre outros. Em Pernambuco, no que concerne ao tratamento destinado para o uso abusivo de drogas, no ano 1986, surgiu o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), e, posteriormente, o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação de Alcoolismo (CPTRA), em 1990.

Em fevereiro de 2002 foi aprovada a Portaria Ministerial 336/GM[53], na qual os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) passaram a ter uma classificação e hierarquização (Caps I, II ou III; CapsAD II ou CapsAD III). A capacidade operacional do Caps II, segundo a referida portaria, é para municípios com população superior a 70.000. Este estudo tem como campo de pesquisa um CapsAD II, de um município de Pernambuco, situado a poucos quilômetros do Recife.

No que concerne à assistência aos/às usuários/as com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA), o serviço inclui um cardápio de atividades para o cuidado como as seguintes: atendimento individual, em grupos, a exemplo de grupos operativos e os que incluem atividades de suporte social, etc. Além deste leque de possibilidades terapêuticas, deve incluir visitas e atendimentos domiciliares, atendimento aos familiares de usuários/as e atividades comunitárias que visem a integração do/a usuário/a com a comunidade, a família e outros grupos sociais. Inclui também atendimento de desintoxicação e refeição diária para usuários/as que estão sendo atendidos nos turnos manhã e/ou tarde.

Mas, só em 2004, no âmbito da implementação pelo governo federal da Política de Drogas orientada pelos princípios da RD, foi criado o Programa Mais Vida de Redução de Danos[54] formado pela municipalização do CECRH, CPTRA e sendo paulatinamente ampliado com os seguintes dispositivos de cuidado para usuários/as de álcool e outras drogas: 4

[53] Para ver detalhamento sobre os serviços consultar http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Acesso em 29/6/16

[54] Recife (PE), através da Secretaria de Saúde foi uma das cidades precursoras na adesão da Redução de Danos (RD). Para dar conta das demandas da área foi criada uma coordenação municipal para a política de drogas municipal. (CAMPOS; RAMEH-ALBUQUERQUE; ALMEIDA, 2006). Importante situar que a política de drogas do Recife foi indutora da implementada nos demais municípios do estado de Pernambuco, inclusive, o município *lócus* deste estudo tem em sua rede o Programa Atitude. O Programa Mais Vida de RD foi precursor e por este motivo merece ser contextualizado, inclusive, alguns profissionais do campo estudado, em seu processo formativo, seja via estágio ou trabalho, passaram pelo Mais Vida. Sendo o município estudado muito próximo do Recife, alguns profissionais, inclusive, moram nesta cidade.

CapsAD, 4 Casas do Meio do Caminho (CMC), atualmente conhecida como Unidade de Acolhimento (UA), 6 consultórios de Rua (CR) e uma Unidade de Desintoxicação (UD) em Hospital Geral. (RAMEH-ALBUQUERQUE ET AL, 2016). O programa Mais Vida foi encerrado no início de 2013, início da gestão do então prefeito reeleito, Geraldo Júlio[55].

Em 2011, o Governo Federal institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) mediante a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, constituída por 12 diretrizes de funcionamento, dentre estas o "combate a estigmas e preconceitos", "desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; "promoção de estratégias de educação permanente" e o "desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular". Tais diretrizes norteiam a assistência na Raps com o público em questão e servem de filtro para apreendermos as práticas de cuidado dos/as profissionais que fazem parte deste estudo e sua relação com estes elementos norteadores. Além isto, estes marcos legais servem para possibilitar a apreensão analítica de como o município estudado compôs sua Raps.

De acordo com a legislação referida, a Raps é constituída conforme quadro a seguir:

[55] Prefeito do Partido Socialista Brasileiro (PSB)

Quadro 1: Rede de Atenção Psicossocial [56][57]

Equipamentos	Serviços
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde Núcleo de Apoio a Saúde da Família Consultório na Rua Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório Centros de Convivência
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diversas modalidades (Caps I, II ou III; CapsAD ou CapsAD III; Capsi)[58]
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU Sala de Estabilização UPA 24h e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta para Casa

Fonte: Área técnica de saúde mental, álcool e outras drogas/Dapes/Sas/MS http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf

[56] Irei me deter apenas nos equipamentos que assumem sua relevância como o CapsAD e outros que foram protagonizados mediante análise dos dados. Para conhecer os objetivos destes equipamentos sugiro a consulta de publicações e legislações no site do MS http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-mental

[57] Para especificações sobre as modalidades de Caps consultar a Registro de Ações Ambulatoriais de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).

[58] Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CapsI).

No que tange aos Centros de Apoio Psicossocial na modalidade álcool e outras drogas (CapsAD), foco de interesse deste estudo, uma publicação do MS com orientações sobre os Caps e Unidades de Acolhimento (UA) como lugares de atenção psicossocial no território, Brasil (2015, p.19) descreve o Caps como um serviço que

> Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

A Equipe mínima recomendada é composta por um profissional médico psiquiatra, um de enfermagem com formação em saúde mental; um médico clínico com responsabilidade pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais com nível universitário. Estes últimos podem ser escolhidos dentre algumas categorias profissionais sugeridas como psicologia, assistência social, terapia ocupacional, educador físico ou outro profissional que seja visto como necessário para o projeto terapêutico. Além destes, a equipe é formada também por seis profissionais de nível médio, escolhidos dentre as seguintes categorias: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Brasil, 2015, p.19)

Assim, houve um redesenho da Raps a partir da chegada mais intensa de usuários/as de *crack*. No entanto, para compreendermos os processos de estigmatização presentes nesta droga e em seus consumidores, conforme vimos, é importante situar, o contexto em que o *crack* surge e impacto dos/as profissionais da rede da Região Metropolitana do Recife, acerca das formas de cuidado destinada a estes/as usuários/as, Rameh-de-Albuquerque et al (2017, no prelo), dizem:

> Há, inclusive, relatos informais de profissionais da rede que diziam não se sentirem preparados para atendê-las e vivências de preconceitos e estigmas vindos de pessoas usuárias do serviço. No entanto, muitas vezes, a "inoperância" no cuidado pode significar também uma colagem com o estigma da periculosidade da droga, esta, vista de forma reificada.

O Atitude consiste em um programa de governo multidisciplinar mediante ações estruturadas entre todas as secretarias de Estado envolvidas com o tema objetivando agregar este modelo de cuidado com usuários/as de *crack* à Política Pública de Estado no enfrentamento das drogas. A implantação do Atitude foi prevista para ser de forma gradativa, priorizando os municípios com os piores indicadores de taxa de Crimes Violentos Letais

Intencionais (CVLI) do estado de Pernambuco.[59]

2.4 Alinhavando

O processo de institucionalização em saúde mental, retratado pelo confinamento de pessoas nos hospitais psiquiátricos, advém da perspectiva teórico-epistemológica defendida pela psiquiatria clássica desde os seus primórdios. O interesse da psiquiatria voltou-se para os conflitos ou desordens sociais, limitando "nossos sofrimentos decorrentes de problemas sociais a explicações neurológicas ou hereditárias [contribuindo] para obscurecer os problemas concretos que, em muitos casos, provocaram os sofrimentos" (CAPONI, 2012, p.16). Para Caponi, a psiquiatria passou a tentar garantir a defesa das sociedades de situações que possam representar ameaça à ordem, a exemplo do crime, alcoolismo, loucura ou a degeneração das raças[60].

Conforme já foi situado nesta tese sobre a Reforma Psiquiátrica e sua proposta de desinstitucionalização como uma alternativa considerada mais humanizada e situada no âmbito dos Direitos Humanos, por valorizar um cuidado baseado na autonomia e liberdade ao sujeito. Mas, o que significa a apreensão desta lógica? Evidentemente tem ligação com a crença em um tratamento realizado através de modelos de atenção em saúde que contemplem um cuidado humanizado. No entanto, diferentemente do paradigma que segue o modelo medicalocêntrico, cujo cerne do cuidado está alicerçado na medicina, podendo esta ter o auxílio de demais profissionais de saúde, a humanização no cuidado supõe um outro enfoque que desconstrói a ideia de um cuidado centrado, de forma hegemônica, na medicina psiquiátrica e passa a considerar a circularidade de diversas categorias profissionais para o exercício do cuidado.

Assim, as pessoas na condição de usuários/as não são vistas de modo fragmentado, mas, de forma integral por uma equipe multiprofissional, cuja expectativa sobre esta é que tenha uma ação interdisciplinar no cuidado. No entanto, o processo histórico de constituição do cuidado no âmbito da saúde mental no Brasil tem, em seu âmago, a tensão destas formas

[59] Os Núcleos Regionais do Programa ATITUDE tem a seguinte composição de quatro modalidades de serviços: 1. Atitude nas Ruas, 2. Centro de Acolhimento e Apoio, 3. Centro de Acolhimento Intensivo e 4. Aluguel Social. (RECIFE, 2016). Não irei me deter no formato do programa porque, importa neste momento me deter mais na forma como os usuários/as do Atitude foram recepcionados pelos profissionais do CapsAD, objeto da nossa pesquisa.

[60] Embora não seja o objetivo fazer um percurso histórico sobre a loucura, mas para o leitor e a leitora interessado/a no assunto, recomendo as seguintes obras de Michel Foucault: A História da Loucura (2008), Vigiar e Punir (2008) e Os Anormais (2011).

de cuidado antagônicas, ou seja, a lógica institucional *versus* a desinstitucionalização, que segue a internalização de distintos paradigmas pela equipe profissional, ou seja, manicomial *versus* antimanicomial e, para o caso de usuários/as de drogas, antiproibicionista *versus* proibicionista. Esta última perspectiva representa o paradigma da 'guerra às drogas', que

> [...] se constitui dentro de uma política proibicionista em relação a algumas substâncias psicoativas, [...] [se intensificando] no século XX. Essa política impulsiona práticas punitivas e criminalizadoras que se desenvolvem através de diversos dispositivos sociais articulados para a produção: (i) dos seus próprios "objetos de intervenção" – o traficante, o dependente químico, a droga; (ii) do modo de intervenção ou tratamento – a abstinência; (iii) das ações de repressão ao uso e ao tráfico de drogas. Se desenvolvendo nestes sentidos, a política "anti-drogas" se direciona massiva e prioritariamente às populações pobres, classes proletárias, minorias raciais e grupos marginalizados, bem como aos territórios que ocupam na cidade" (MACERATA; DIAS; PASSOS, 2014, p.19)

Este é um contexto possível para o processo de formação de profissionais. E, se for o caso, certamente as marcas do proibicionismo vão ser mais fortes nas práticas de cuidado profissional dos que as do antiproibicionismo. Estes elementos paradigmáticos vão se inscrever em práticas e discursos, que serão objeto de minha análise nos próximos capítulos.

Deste modo, e segundo as palavras do então Ministro da Saúde Humberto Costa, assumindo o "atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS" (BRASIL, 2003a, p.6), o Ministério da Saúde, em 2003 apresentou as diretrizes que subsidiariam as ações governamentais e a construção coletiva de uma política que transpusesse o descaso para um novo olhar de cuidado e atenção aos/às usuários/as de drogas e pessoas com problemas relacionados ao uso das substâncias psicoativas. Neste documento, em sua apresentação, lê-se que: O texto da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garante aos/às usuários/as de serviços de saúde mental – e consequentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus/as usuários/as, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003a, p. 6).

A Política Nacional sobre Drogas, embora venha sendo construída de forma intersetorial, tem como fortes protagonistas na sua condução, a Secretaria Nacional Sobre Drogas/Ministério da Justiça e a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Ministério da Saúde. Considerando que tal política vem sendo atravessada por

diferentes fatores, próprios do atual contexto político no Brasil, vale destacar alguns acontecimentos que influenciaram e ainda influenciam o cenário atual, localizados entre o final do Governo Dilma, em 2015, culminando no seu *impeachment*, em 31 de agosto de 2016. No que tange a Secretaria Nacional sobre Drogas, é sabido que houve certa indução para abertura de espaços de discussão, recolocando no âmbito da Política sobre Drogas, a questão da vulnerabilidade, o foco nas pessoas, bem como a articulação e transversalidade das ações, como aponta o documento "Uma política sobre drogas é uma política sobre pessoas" (Brasil, 2016).

No que se refere à Área da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2015 foi o último ano, marcado por diferentes acontecimentos que produziram instabilidade e colocaram em suspensão o processo crescente de abertura de serviços territoriais que vinha sendo desencadeado, com indícios de pretensas mudanças na lógica da política em curso. Destaca-se como ponto de partida expressivo, a saída do ministro da saúde Arthur Chioro e a posse do Ministro Marcelo Castro neste ano, que, por sua vez, exonerou do cargo de coordenador nacional de saúde mental, um militante histórico do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Roberto Tykanori, nomeando em seu lugar, Valencius Wurch Duarte Filho.

Valencius foi Diretor-técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi (RJ), no passado o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, onde ocorreram vários casos de violação de direitos humanos. Neste cenário, tal nomeação produziu repúdio e mobilização por parte de várias entidades, trabalhadores, gestores e militantes da área da saúde mental em favor da Reforma Psiquiátrica, que culminou na ocupação, por 120 dias, da sala da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no prédio do Ministério da Saúde, em Brasília. Outros marcos desse processo foram: o acampamento e ato de militantes do Brasil inteiro no movimento "Fora Valencius", realizado no dia 14 de janeiro deste ano, e o lançamento da Frente Parlamentar em Defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicominal na Câmara dos Deputados, em Brasília no dia 06 de abril do corrente ano.

Como desdobramentos, de todas as mobilizações, em 06 de maio do ano corrente, às vésperas do impeachment, com a queda do ministro Marcelo Castro, Valencius é exonerado através da Portaria GM 916, tendo desde então, até o presente momento, um vácuo nesta coordenação. Atualmente, a condução técnica, de forma interina, é dada pela própria equipe técnica da área, liderada por Keyla Kikushi, profissional e militante do campo.[61] Tal vácuo na

[61] (https://www.abrasco.org.br/site/2015/12/nota-publica-cgmadms/, https://www.abrasco.org.br/site/2016/05/a-saida-de-valencius-e-uma-importante-conquista-dos-movimentos-

coordenação nacional neste cenário do Governo Temer tem produzido, por parte do Ministério da Saúde, uma paralisação dos repasses de recursos financeiros para novos serviços da Raps e a abertura institucional para a possibilidade de financiamento das comunidades terapêuticas, tendo como uma dessas expressões a publicação da Portaria nº 1.482, DOU 27 de outubro de 2016 que permite a estas entidades se cadastrarem como serviços de saúde a partir da inscrição do CNES (cadastro nacional de estabelecimento de saúde).

Vale ressaltar que a portaria 3088/11 trouxe um grande avanço no sentido de "instituir a Rede de Atenção Psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS", o que foi um marco no sentido de colocá-la como uma rede prioritária; e como tal, essa portaria passou a ser um instrumento de base para pactuações, bem como pressão sobre os gestores no sentido de implementar a Rede de Atenção psicossocial (RAPS).

Entretanto, a portaria torna-se enfraquecida com a publicação da portaria Nº 1.482, pois a inclusão das comunidades terapêuticas na Raps é vista pelos profissionais que possuem uma perspectiva antiproibicionista e antimanicomial como uma afronta a todo acúmulo científico, sinalizando um retrocesso no sentido de retomar modelos manicomiais e de destruição do cuidado laico na saúde pública. Este contexto denota que estamos deixando de lado todo o aprendizado acumulado em detrimento do contexto político atual no Brasil atravessado por um golpe político-jurídico-religioso e midiático. Conviver com práticas de cuidado moralizantes que pareciam já ter sido superadas, tem repercussões incalculáveis para a consideração da singularidade das pessoas que buscam ser cuidadas na rede de saúde. Estes atores e atrizes, ao chegarem nos serviços, buscam serem visibilizados/as em suas necessidades de acesso a bens, serviços e direitos, já que as desigualdades sociais e o aprofundamento de estigmatização e discriminação das ditas "populações vulneráveis", como negros, pobres, LGBT, profissionais do sexo, mulheres e, dentro deste cenário de sinergia de fontes de estigma, os/as usuários/as de drogas que, se tornam vítimas de um contexto político de retrocessos nas políticas sociais de inclusão social e de defesa de ações de saúde pautadas em critérios fundamentalistas.

Não obstante, antes da votação final no senado, na primeira instância da votação pela admissibilidade do processo *impeachment* na câmara dos deputados, os votos de muitos

---

sociais/ e https://www.abrasco.org.br/site/2016/01/nucleos-da-luta-antimanicomial-promovem-ato-nacional-contra-valencius-wurch/)

destes foram na defesa da família, Deus, dentre outros motivos de cunho pessoal e/ou político. Tais elementos podem parecer não ter relação com o debate que abordamos, no entanto, a defesa de valores morais em detrimento de um estado laico, revela não apenas rachadura na constituição brasileira, como também o tipo de formação social que está se desenhando no Brasil e o redesenho da política de drogas no país como parte do processo de sucateamento do SUS, atravessado por valores morais produtores de estigmatização.

3 PERCURSOS INSTITUCIONAIS CONSTITUINDO A PESSOA-PROFISSIONAL DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES DO CURSO DE VIDA NO CUIDADO OFERTADO A USUÁRIOS/AS DE DROGAS

Neste capítulo discorro sobre o referencial teórico, instrumento para análises e interpretações na perspectiva de lançar luzes sobre os cuidados ofertados pelos profissionais de saúde na lida com usuários/as de drogas.

No decorrer deste trabalho, defendo a tese de que as experiências vividas ao longo dos percursos institucionais (família, escolas, igrejas, locais de trabalho etc.) da pessoa, desde o nascimento, produz implicações que desenharão suas atuações frente ao cuidado com os/as usuários/as de drogas. Experiências que se iniciam na infância, e vão sendo re-significadas no cotidiano através dos acontecimentos que surgem no curso de vida da pessoa-profissional.

O capítulo está organizado de modo que no primeiro tópico discuto a relação indivíduo e sociedade, destacando o papel das instituições no suporte para vida social e para a socialização de sujeitos afeitos ao desempenho das funções que possibilitem a própria sobrevivência da sociedade – no caso em apreço, as instituições de saúde e profissionais com habilidades para o cuidado.

No segundo tópico, apresento o conceito de curso de vida como ferramenta teórica para abordar as experiências que constituem a subjetividade dando destaque para a noção de percurso e de pontos de viragem. Os pontos de viragem foram tomados como experiências com capacidade de produzir novos sentidos que orientem valores e direções dos sujeitos em relação às práticas. Nesse contexto, discorrerei sobre o estigma do doente mental/usuário de droga como um importante obstáculo a ser superado para uma prática de cuidado em saúde eficiente, eficaz e efetiva.

Finalmente, no último tópico discuto a noção de implicação, enquanto atravessamentos estigmatizantes ou humanizantes, que interferem no cuidado ofertado institucionalmente, na perspectiva de construir indicadores (implicações pessoais - (moralizantes ou empática e implicação organizacional) para analisar o curso de vida dos/as profissionais que foram meus/as interlocutores/as ao longo da pesquisa, sendo as implicações elementos que podem aprofundar ou não a vulnerabilidade programática.

3.1 Indivíduos, sociedade e instituições: interlocuções teóricas

O indivíduo está inserido na sociedade e, como tal, se constitui na e pela sociedade na medida em que o pertencimento aos diversos grupos sociais contribuem para o seu processo de socialização. Em "A sociedade dos indivíduos", Nobert Elias (1994, p.13) problematiza a noção de sociedade com a seguinte pergunta: "Que tipo de formação é esta 'sociedade' que compomos em conjunto, que não foi pretendida ou planejada por nenhum de nós, nem tampouco por todos nós juntos?". Utilizando-se do clássico entendimento da *Gestalt* de que "o todo é diferente da soma de suas partes", o autor tenta explicar a relação indivíduo-sociedade recorrendo à metáfora usada por Aristóteles para mostrar que apenas a junção de diversos elementos individuais, apesar de formar uma unidade, não serve para inferir sua estrutura de seus componentes isolados.

> [...] certamente não se pode compreender a estrutura da casa inteira pela contemplação isolada de cada uma das pedras que a compõem. Tampouco se pode compreendê-la pensando na casa como uma unidade somatória, uma acumulação de pedras; talvez isso não seja totalmente inútil para a compreensão da casa inteira, mas por certo não nos leva muito longe fazer uma análise estatística das características de cada pedra e depois calcular a média. (ELIAS, 1994, p.16)

A sociedade não pode ser compreendida como uma coleção de indivíduos soltos, nem tampouco como sendo o cimento que une os indivíduos, pois numa rua, por exemplo, muitas pessoas se cruzam sem se conhecer. Embora Elias (1994) reconheça que, apesar desta liberdade individual que existe no movimento de idas e vindas dos transeuntes num local, existe "uma ordem oculta e não diretamente perceptível pelos sentidos" (p.21), pois cada pessoa pertence a um determinado lugar, possui uma mesa para comer, uma cama para dormir ou não como as pessoas em situação de rua que se deitam nas calçadas etc. Cada indivíduo tem uma *função* no mundo:

> Como resultado de sua função, cada uma dessas pessoas tem ou teve uma renda, alta ou baixa, de que vive ou viveu; e, ao passar pela rua, essa função e essa renda, mais evidentes ou mais ocultas, passam com ela. [...] A ordem invisível dessa forma de vida em comum, que não pode ser diretamente percebida, oferece ao indivíduo uma gama mais ou menos restrita de funções e modos de comportamentos possíveis. Por nascimento, ele está inserido num complexo funcional de estrutura bem definida; deve conformar-se a ele, moldar-se de acordo com ele e, talvez, desenvolver-se mais, com base nele. Até sua liberdade de escolha entre as funções preexistentes é bastante limitada. Depende largamente do ponto em que ele nasce e cresce nessa teia humana, das funções e da situação de seus pais e, em consonância com isso, da escolarização que recebe. Também isso, esse passado, está diretamente presente em cada uma das pessoas que se movem apressadamente no bulício da cidade. **É possível que o indivíduo não conheça ninguém nesse burburinho; mas, em algum lugar, ele tem pessoas a quem**

> **conhece, amigos de confiança e inimigos, uma família, um círculo de relações a que pertence, ou, caso agora esteja só, tem conhecidos perdidos ou mortes que vivem apenas em sua memória. Numa palavra, cada pessoa que passa por outra, como estranhos aparentemente desvinculados na rua, está ligada a outras por laços invisíveis, sejam estes laços de trabalho e propriedade, sejam de instintos e afetos. [grifo meu]** Os tipos mais díspares de funções tornaram-na dependente de outrem e tornaram outros dependentes dela. [...] (ELIAS, 1994, p.21-22)

Elias (1994) enfatiza que esta "rede de funções" ou "ordem invisível", na qual estão presentes os objetivos individuais não se originam em decorrência de um somatório de vontades ou "decisão comum de *muitas* pessoas individuais", mas as funções que cada indivíduo desempenha, seja de pedreiro, dona-de-casa, amigo ou pai, são funções que um indivíduo exerce para outros, o que significa que cada função desempenhada está relacionada com terceiros, e depende da função ou funções do outro de forma recíproca. O autor atribui a esta "inerradicável interdependência das funções individuais", aos atos de diversos indivíduos numa sociedade, pois "precisam vincular-se ininterruptamente, formando longas cadeias de atos, para que as ações de cada indivíduo cumpram sua finalidade", pois cada pessoa funciona como um elo nas cadeias que as ligam às demais, assim como estas outras pessoas são elos nas cadeias que as amarram.

> Essas cadeias não são visíveis e tangíveis, como grilhões de ferro. São mais elásticas, mais variáveis, mais mutáveis, porém não menos reais, e decerto não menos fortes. E é essa rede de funções que as pessoas desempenham umas em relação a outras, a ela e nada mais, que chamamos "sociedade". Ela representa um tipo especial de esfera. Suas estruturas são o que denominamos "estruturas sociais". (ELIAS, 1994, p. 23)

Os indivíduos no desempenho de suas funções, realizam, a rede de interdependência que faz as sociedades existirem, por outro lado, estas funções se distribuem dentro de instituições. Para os institucionalistas (LOURAU,1995, 2004; BAREMBLITT, 2002) a sociedade é compreendida como uma rede composta por um "tecido de instituições".

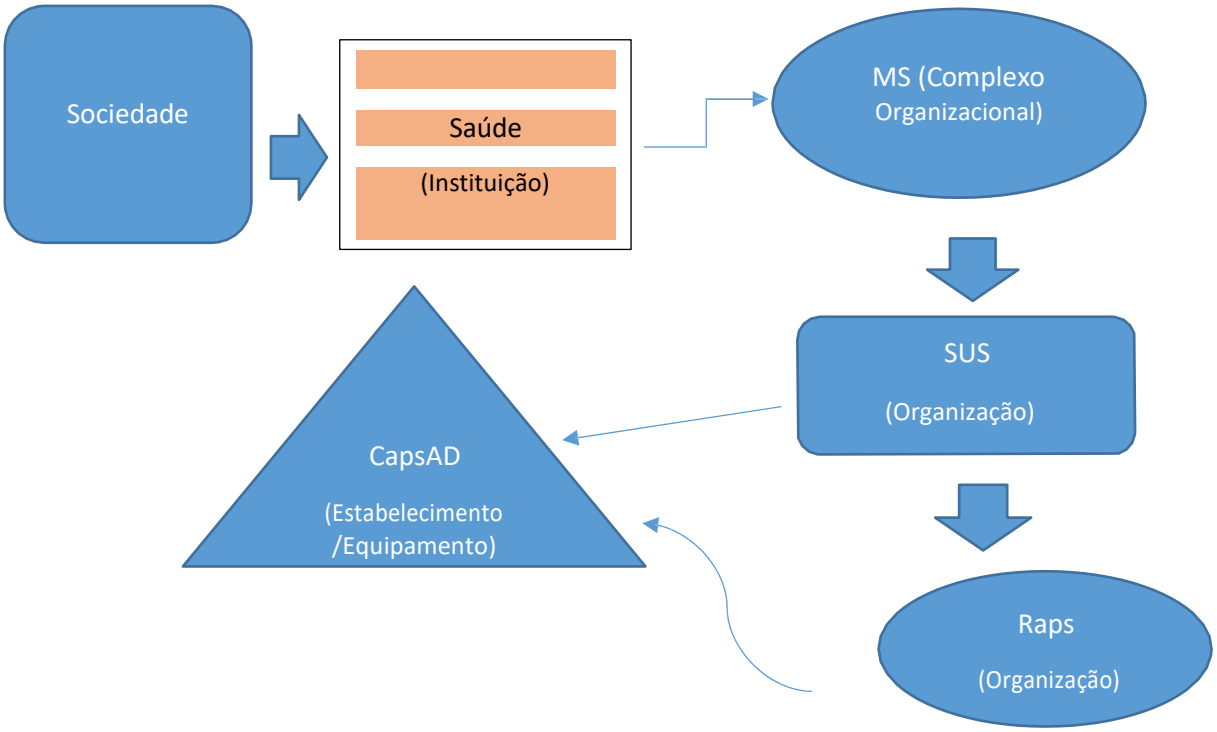
De acordo com Baremblitt (2002), as instituições prescrevem ou proscrevem normas, leis e ações que se materializam nas organizações, estas últimas sendo compreendidas como "dispositivo concretos (...)" (p.27). Segundo o autor, as organizações assumem formas materiais diversificadas, e contém desde um grande complexo organizacional como um ministério, até um pequeno estabelecimento. Sendo um complexo robusto, a organização é composta por unidades menores de naturezas diversas sendo, portanto, difícil elencar todas. Entretanto, Baremblitt (2002) menciona alguns estabelecimentos como escola, convento, fábrica, loja – e eu acrescentaria também outros

exemplos que tangenciam este trabalho: um serviço de saúde, um hospital psiquiátrico etc. Assim, sobre as organizações, Baremblitt (2002, p. 27) afirma que "é um conjunto de estabelecimentos que integram uma organização". Nas palavras de Baremblitt (2002, p.28):

> Os estabelecimentos, em geral, incluem dispositivos técnicos cujos exemplos mais básicos são a maquinaria, as instalações, arquivos, aparelhos. Isso recebe o nome de equipamento. O equipamento pode ter uma realidade material que coincide com o estabelecimento, ou seja, as máquinas de um estabelecimento – ou pode ter uma realidade muito mais ampla, de maneira que forme um grande sistema de máquinas, um grande equipamento. Isso é o que acontece, suponhamos com os equipamentos das organizações da comunicação de massa, que, por sua vez, são organizações que realizam as prescrições de uma grande instituição que é a instituição da Comunicação Social.

Utilizando-nos dos conceitos de Baremblitt (2002), neste estudo consideramos o seguinte desenho:

Figura 1: Equipamentos - SUS



Recuperando a dialética "instituído-instituinte", Rossi e Passos (2014, p.159-160), argumentam que

> a grande importância desse conceito basal é a análise que provoca, quando se diferencia o conceito de instituição daqueles de organização e estabelecimento. Tanto as condições materiais do estabelecimento escola, manicômio ou partido (edificação), quanto o organograma ou fluxograma (regras de circulação e organização de pessoas e informações desse estabelecimento) não eram mais o espectro de análise pretendido. Acontece, então, a abertura da análise para a instituição da educação, da doença mental, da política partidária, criando-se

> efetivamente uma Análise Institucional preocupada com as práticas instituintes que engendram instituições e atravessam os mais diversos locais ou situações.

Assim, inseridos em uma dinâmica de interdependência, a instituição, a organização, o estabelecimento e o equipamento são engendrados mediante a ação dos agentes.

Os agentes são as pessoas que operam como suporte e protagonistas de toda a parafernália apresentada. Cabe aos agentes protagonizarem práticas que podem ser

> [...] verbais, não-verbais, discursivas ou não, práticas teóricas, práticas técnicas, práticas cotidianas ou inespecíficas. Mas é nas ações que toda essa parafernália acaba por operar transformações na realidade. Então, estas unidades (instituição-organização-estabelecimento-equipamento-agente-práticas) não podem ser confundidas [...] (p.28)

Para Baremblitt (2002), a "divisão do trabalho humano" é uma instituição pouco problematizada. Para este autor,

> O trabalho humano está dividido segundo os momentos e as especificidades de cada tipo de produção e tarefa (divisão técnica). Mas, por outro lado, essa divisão vem acompanhada de uma hierarquia que institui diferenças de poder, prestígio e lucro – não necessariamente justificadas pela importância produtiva daqueles que detêm esses lugares (divisão social). Por exemplo: trabalho manual e intelectual, do campo e da cidade, assalariados e autônomos, feminino e masculinos etc. (p. 25-26)

Neste trabalho, as ações do sujeito social[62], profissional de saúde no âmbito da saúde mental e drogas é destacada. Como já apontamos na introdução, a estratégia de RD foi recomendada, em 2003, pelo MS como parte da política governamental destinada aos/às usuários/as de drogas. Profissionais da Raps, e, para fins deste estudo, os CapsAD, são os agentes que protagonizam estas práticas de cuidado junto aos/às usuários/as de drogas. Porém, as dificuldades no que concerne ao cuidado em AD, inclusive no uso da estratégia da RD (CALASSA; PENSO; FREITAS,2015), advém do percurso biográfico do/a profissional anterior à sua inserção na rede, bem como no decorrer da realização do processo de cuidado no equipamento.

Assim, é importante estarmos atentos para o processo de formação em serviço e a tendência de atravessamentos estigmatizantes no cuidado. Se as práticas de cuidado profissional (técnicos e gestores) se baseiam em ações moralizantes para com usuários/as,

[62] Sendo o conceito de Sujeito Social usado a partir da concepção de Barus-Michel (2004)

conforme alguns estudos apontam, o acesso destes aos equipamentos de saúde e a integralidade no cuidado tendem a ser dificultados pela estigmatização e discriminação. (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2015; ANNAN, K. et al.,2016)

Além disso, o redesenho do cuidado em AD com a inserção de usuários/as de *crack* na Raps, abriu fendas no cuidado, não apenas pelas equipes sentirem-se despreparadas para cuidar destes/as usuários/as, como também pelo fato do clima de terror midiático sobre o *crack* e seus consumidores disseminado no Brasil, construir uma "cortina de fumaça" sobre os problemas que envolvem usuários/as de outras drogas, inclusive do álcool. Nesta direção, muitas propostas de intervenções construídas nesse calor de um debate envolvido pelo pânico moral e propostas moralizantes, ao invés de produzir cuidado, tende a produzir estigma, discriminação e aprofundar vulnerabilidades. (VALLIM, 2015; VALENÇA, 2013)

Assim, pensando nos múltiplos pertencimentos institucionais que formam/posicionam a pessoa enquanto agentes, vamos nos deslocar do equipamento CapsAD e dar relevo ao percurso institucional da pessoa ao longo do seu processo de socialização, de formação profissional e das *práxis* no mundo do trabalho.

Quando se tem por objeto a pessoa-profissional de saúde e a produção de cuidados para pessoas com identidades estigmatizadas, como o usuário de drogas, torna-se fundamental a compreensão da constituição das subjetividades dos indivíduos, considerando a partir de sua inserção na sociedade, que se faz por meio de pertenças (mais ou menos contínuas ou intermitentes) a uma variedade de instituições, ao longo da vida.

3.2 Da carreira moral do "doente mental[63]" ao curso de vida dos/as profissionais de saúde: para uma teoria sobre a produção da subjetividade da pessoa-profissional

Autores de diferentes áreas problematizaram o modo como a socialização acontece ao longo da vida dos indivíduos e de que maneira as subjetividades são produzidas.[64] Da mesma

[63] Goffman (2008) discorre sobre a "carreira moral do doente mental", esclarecendo que optou pelo uso da terminologia "doente mental", segundo ele, para que esta seja compreendida no sentido sociológico do termo. Deste modo, o autor entende que a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só assume uma forma significativa quando tal interpretação altera o "destino social" de alguém, fundamentalmente quando o sujeito pelo processo de institucionalização no hospital psiquiátrico, cujos efeitos do tratamento desta pessoa vista como doente mental assume forma bastante diferenciada daquela que, a despeito de ser vista clinicamente com traços psicopatológicos, é tratada sem ser internada em um manicômio. Por este contexto, mantive neste título o termo "doente mental", no sentido de preservar a ideia do autor, porém, inseri aspas.

forma, procuraram compreender como as pessoas se apropriam da, e/ou são posicionadas por, culturas institucionais. Uma variedade de conceitos foi utilizada para caracterizar teoricamente esse objeto de estudo. Eu optei pela noção de curso de vida como ferramenta analítica, uma vez que me oferece uma perspectiva não universalizante, que dá relevo à história, ao contexto dos acontecimentos e ao processo de mudança na análise da produção das subjetividades.

Iniciarei meu percurso da apresentação do marco teórico, abordando a pessoa institucionalizada e, na sequência, reflexões para analisar a produção da pessoa-profissional de saúde. Ao mesmo tempo, apontarei para os deslocamentos teóricos que as nomenclaturas

---

[64] Achamos importante esclarecer porque nos ancoramos no debate de autores como Segalen (1996), Scott (1991), Elder (1998), Neri (2001), dentre outros para a escolha teórico-metodológica do conceito de curso de vida em oposição ao de ciclo de vida para a apreensão da produção da subjetividade de nossos interlocutores. Conforme Neri (2001, p.11) o conceito de ciclo de vida tem sido utilizado para pensar a relação entre as fases da vida dos indivíduos na interface com as demandas sociais e pertencimentos institucionais. A autora ressalta cinco sentidos diferentes presentes no uso da expressão ciclo de vida, conforme expresso abaixo:

1) Pode significar sucessão de estágios ou idades, ou a repetição das experiências de desenvolvimento geração após geração. 2) [...] coordenação entre o desenvolvimento individual e a história das instituições sociais. 3) Pensamos também em ciclo ou ciclos de vida quando vemos que as experiências de vida tendem ao fechamento e à coerência. 4) Historiadores, sociólogos e demógrafos falam em ciclos de vida quando se referem a histórias de vida, padrões de mudança e estudos populacionais. 5) Psicólogos e sociólogos da família falam em ciclo ou ciclos com os sentidos de sucessão, repetição e tendência ao fechamento.

Pela descrição da autora citada sobre a conceituação de ciclo de vida, percebe-se que tal conceito, ao referir-se à repetição de experiências de desenvolvimento" e à "coordenação entre o desenvolvimento individual e a história das instituições sociais", extrai-se a singularidade da experiência já que esta se define como repetição e, paralelamente reafirma a homogeneidade e universalidade da ação individual em âmbito institucional. Esta lógica da vida constituída de ciclos compostos por etapas universais, situa-se dentro da normatividade e funciona, de forma coordenada construindo a noção binária de desenvolvimento normal e anormal na relação entre o agente e a instituição, concepção presente na racionalidade advinda do conhecimento biomédico.

Nesse sentido, ciclo de vida aponta para o desenvolvimento humano como significando sucessão de estágios de desenvolvimento caracterizado por etapas pré-definidas independentemente do contexto sociocultural em que o indivíduo nasce e que se reproduz nas diferentes gerações, se apresenta como um conceito fortemente marcado por noções biomédicas, com tendências ao fechamento do desenvolvimento em ciclos distintos denominados infância, adolescência, adultez e velhice determinados biologicamente, a despeito do ambiente social. Entretanto, o indivíduo não pode ser visto como uma pedra isolada na sociedade, mas como parte desta teia de possibilidades de interações sociais que, dentro de um todo contextualizado, o constitui como pessoa mediante uma identidade.

Na nossa compreensão ocorre uma limitação do conceito circular da noção de ciclo de vida, pois, neste, a identidade do indivíduo já é predeterminada e possui uma fixidez nos papéis sociais a serem desempenhados, sendo o desenvolvimento humano compreendido como universal. Diferentemente do curso de vida, cujos acontecimentos ocorrem de maneira imponderável, delineando o percurso institucional da pessoa nas instituições e grupos de pertença, conforme irei discorrer melhor ao longo do capítulo. A concepção de desenvolvimento humano pautada no conceito de curso de vida, revela a identidade do sujeito sendo construída mediante a interação social experienciada pelo indivíduo, no decorrer do seu processo de socialização e construção identitária.

Assim, podemos dizer que a experiência aparece como elemento fundamental na constituição do sujeito e que o ciclo de vida como modelo, cujas etapas são periodizadas, homogêneas e de caráter universalizante, independentemente da consideração do contexto e período histórico e sociocultural, torna-se um conceito vazio na medida em que não se pode considerar a biografia do indivíduo - ou destino, como coloca a autora – apenas focando previamente no contexto em que este nasce, sem considerar a configuração das relações que ele estabelece nos grupos, pois é através de ações de interação social nos diversos grupos de uma estrutura social, que o indivíduo constrói sua experiência na vida e implicações de dimensões pessoal e profissional.

utilizadas para abordar os objetos de pesquisa ensejam, ou seja: carreira moral (GOFFMAN, 2008) e curso de vida (ELDER, 1998).

3.2.1 Careira moral, assujeitamento e estigma

A noção de "carreira moral" é discutida por Goffman (2008, p.16-17) no âmbito do que o autor denominou de "Instituições Totais", conceito usado para referir o perfil totalitário das relações intersubjetivas construídas em ambientes institucionais, com características de fechamento. Um elemento primordial destas instituições é a "ruptura de barreiras" que tendem a separar três dimensões de rotina da vida cotidiana - dormir, brincar e trabalhar - que são realizadas em diferentes locais na vida em sociedade e quando o internamento é realizado, a pessoa internada assujeita-se à realização destas atividades em um mesmo local, dirigidas sob a tutela de uma única autoridade.

Por "instituição total" o autor refere

> seu 'fechamento' ou seu caráter total [...] simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que, muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, [etc]

Deste modo, compreendemos que na instituição total, as relações estabelecidas entre os dirigentes e os internos são constituídas via poder coercitivo, este operacionaliza a corrosão da subjetividade do sujeito através da "mortificação do eu", conforme pontuado por Goffman.

Embora o conceito de "carreira moral" de Goffman (2008), refira-se ao trajeto institucional do "doente mental" em instituições psiquiátricas, o uso do termo assume um caráter polissêmico pelo fato de poder englobar diferentes grupos sociais "encarcerados" em instituições fechadas, como presídios, conventos, dentre outras.

A polissemia do termo possibilita também a utilização deste às profissões, conforme situa o próprio autor. Goffman, inclusive, alerta o leitor para o fato de que a noção de carreira está tendo um uso cada vez mais amplo visando indicar a "trajetória percorrida" pela pessoa ao longo da vida, ainda que - por tradição - o termo tenha se detido mais na referência às pessoas que almejam ascender de postos ou funções em uma dada profissão. Uma vantagem que o autor atribui no uso deste termo, é o fato do conceito trazer certa ambivalência, estando ligado a alguns elementos de foro íntimo como a sensação de segurança e a imagem do eu, e também à aplicação desta noção ligada às relações jurídicas, posições oficiais e a um estilo de

vida. Portanto, sendo vista como parte de um complexo organizacional, que, segundo o autor, se torna acessível ao público.

Para Goffman (2008, p.112), refletir sobre esta noção torna-se "um exercício no estudo institucional do eu", pois, "o conceito de carreira permite que andemos do público para o íntimo, e vice-versa, entre o *eu* e sua sociedade significativa, sem precisar depender manifestadamente de dados a respeito do que a pessoa diz que imagina ser".

O referido autor (2008, p.117) clarifica o seu interesse pelo conceito como voltado para os "aspectos morais da carreira – isto é, a sequência regular de mudanças que a carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros". Podemos dizer que, ao investigar o lugar do manicômio na produção do "doente mental" Goffman (2008)[65], usa o conceito de "carreira moral" para refletir sobre o percurso que vai da trajetória institucional de uma pessoa aos sentidos que agentes e/ou agências (leia-se, neste caso cuidadores/as e instituições) imprimem nos/as usuários/as desde o momento da inserção destes/as na instituição até o trajeto percorrido no local. Como sociólogo, Goffman explicita que a categoria "doente mental" utilizada pela via da interpretação psiquiátrica, só passa a ser significativa quando esta interpretação é capaz de alterar o destino social da pessoa mediante o processo de institucionalização que os hospitais psiquiátricos constroem. Ele não se volta para aspectos psicogênicos, cuja constituição não considere a relação com o outro significativo, não fazendo uma leitura conceitual da noção de "doente mental" estritamente como construto psicológico.

A experiência de institucionalização da pessoa vista como doente mental perante os olhos de outros na sociedade, tem um efeito diferente da vivenciada por alguém que apresenta comportamentos classificados como psicopatológicos, mas que é atendido por um clínico, em seu consultório. Neste caso, o atendimento é reservado, de foro íntimo, garantindo-se o direito de sigilo, onde supostamente o indivíduo não sofrerá exposição nem violação da intimidade por pessoas não autorizadas pelo médico/profissional, paciente e/ou acompanhante/familiar. Por outro lado, a experiência de "pré-paciente", conforme terminologia de Goffman (2008), já insere o sujeito numa condição de assujeitamento, pois mediante comportamentos considerados inapropriados ou anormais perante a sociedade, no trajeto construído até que o paciente aceite e/ou seja levado à "instituição total" para uma entrevista admissional, coexistem inúmeras mediações protagonizadas por diferentes atores, como "pessoa mais próxima", cuja confiança e vínculo favorece a aceitação da pessoa em ser levada até o

[65] Em sua obra clássica intitulada "Manicômios, prisões e conventos" (2008).

hospital psiquiátrico para ser vista por um profissional. O segundo ator, é o "denunciante" (cidadão, vizinho, funcionário, parente etc.), pessoa que, recupera a história do "pré-paciente", de forma retrospectiva em relação às mudanças no comportamento ou *crise*. É esta pessoa que inicia a pactuação e/ou a costura de um caminho que leve o paciente ao hospital. Finalmente, a terceira figura que são os "mediadores" propriamente ditos, representados pelo "agente" ou "agências" encarregadas de levar a pessoa em sofrimento - "pré-paciente" - para os profissionais responsáveis pelo internamento. Diferentes atores sociais podem funcionar como mediadores – pessoas com experiência que mantém um distanciamento profissional para o enfrentamento destes problemas, a exemplo de psiquiatras, clínicos gerais, religiosos, polícia, operadores jurídicos, dentre outros. Estes, ao saírem de cena, operam uma modificação no *status* do sujeito, conferindo legitimidade ao internamento (Goffman, 2008), e transformando esta pessoa em *paciente psiquiátrico*, para usar uma terminologia bastante utilizada ainda nos dias de hoje, por profissionais que possuem internalizado em suas concepções, o paradigma da institucionalização.

Para Goffman (2008, p.118), "as circunstâncias de carreira ocorrem justamente no segundo aspecto da carreira do pré-paciente – o circuito de agentes e agências que participam de maneira decisiva em sua passagem do *status* civil para o de internado". É nesse limiar que ocorre a transição de "pessoa à paciente". Ou seja, a interferência destes atores no processo de internamento, opera uma ruptura decisiva e bastante significativa à carreira moral do sujeito, o que significa que se iniciam as mudanças no seu eu, e na sua forma de julgamento de si e dos outros.

O impacto desta situação vai sendo apreendido aos poucos pelo paciente que, no processo de reconhecimento desta realidade objetiva do *internamento involuntário* que se apresenta a ele – vai, aos poucos relembrando a sequência de acontecimentos biográficos que possibilitaram à sua hospitalização e, conforme disse Goffman (2008, p. 122)

> [...] pode sentir que o bem-estar presente de todos estava sendo cuidadosamente mantido, ao mesmo tempo em que seu bem-estar futuro estava sendo prejudicado. Essa compreensão pode constituir uma experiência moral que o separa ainda mais, durante certo tempo, das pessoas do mundo externo.

Neste contexto, o paciente rememora as pessoas e o percurso até chegar na instituição e, subjetivamente, pode vir a sentir-se traído pelos outros significativos que protagonizaram a sua internação e vê-los como infiéis. Este é um traço da carreira moral que Goffman chama de "retrospectivo", caracterizado pelo fato do interno reviver na memória o caminho que o levou a uma instituição total. Porém, enquanto o paciente vive esta memória retrospectiva do seu

percurso institucional, a "pessoa mais próxima" a ele e também a equipe de dirigentes da instituição, necessitam de uma justificativa para o rigor que envolveu o ato de internamento. Por sua vez, os profissionais precisam balizar a hospitalização em *provas científicas* e a construção de casos em que a história do paciente é refletida, desde o seu passado remoto até o momento, é utilizada para demonstrar sua condição de doente mental e justificar o seu processo de institucionalização, ressaltando os argumentos que reafirmam a decisão tomada de que caso não houvesse a hospitalização, os riscos de piora seriam intensificados. Nesse "jogo", como coloca o autor, se o paciente almeja atribuir um sentido à sua estadia na instituição e, principalmente voltar a pensar de forma afetuosa na "pessoa mais próxima", vendo-a como a via antes, vestida de decência e boas intenções, voltará a ter razões para recuperar a esperança na reconstrução psiquiátrica do seu passado (Goffman, 2008).

Em cima da noção de "sociologia das carreiras", Goffman (2008, p.125) ressalta que "um aspecto importante de qualquer carreira é a interpretação que a pessoa constrói quando olha retrospectivamente para o seu progresso; em certo sentido, no entanto, toda a carreira do pré-paciente decorre dessa reconstrução. [...]." Assim, a experiência de institucionalização delineia o destino do sujeito como instituído e, portanto, assujeitado às condições e regras da nova realidade institucional que vivencia na realidade cotidiana. O movimento de recuperação subjetiva de afetos significativos, como os que sente pela "pessoa mais próxima" faz com que o interno

> comece a 'aceitar a sua nova posição' institucional [e] as linhas básicas de seu destino começam a seguir as de toda uma classe de estabelecimentos segregados – cadeias, campos de concentração, mosteiros, campos de trabalho forçado, e assim por diante – nos quais o internado passa toda a vida no local, e vive disciplinadamente a rotina diária, na companhia de um grupo de pessoas que têm o mesmo *status* institucional. (GOFFMAN, 2008, p.126)

O efeito que as instituições totais possuem sobre os internos é o da expropriação de relações sociais e direitos, iniciada na "carreira de pré-paciente" e finalizada no início de sua estadia no hospital. Assim, "os aspectos morais dessa carreira começam geralmente com a experiência de abandono, deslealdade e amargura" (GOFFMAN, 2008, p.116).

Este cenário de expropriação não atinge apenas os direitos e as relações sociais do paciente, mas expropria a própria autoestima e subjetividade da pessoa, incitando sua reificação e assujeitamento que contribui para as suas "experiências de mortificação" do eu, configuradas por uma série de características, dentre estas, a restrição de liberdade, a

homogeneização de uniformes, comportamentos e horários, autoridades das pessoas – familiares e profissionais - ordenadas de forma disseminada etc. (GOFFMAN, 2008, p.126)

Durante o processo de socialização, o indivíduo vai construindo concepções sobre si mesmo e sobre as outras pessoas, adquirindo hábitos e outras assunções como parte deste processo de trocas intersubjetivas. Em sua entrada na instituição total, o seu eu é mortificado de forma sistemática na medida em que o interno vai tendo que se assujeitar às novas regras e normas institucionais de convivência, sendo a socialização na instituição total um "teste de obediência" que o sujeito tem que passar, cujas atitudes contrárias podem incidir em castigos e/ou humilhações, levando-o, a muitas vezes, realizar tarefas cotidianas estranhas para ele, sentindo-se obrigado a aceitar desempenhar papéis pelos quais não se identifica e, internalizando *"experiências de mortificação"*. Nesse sentido, a carreira moral da pessoa internada sofre mudanças bastante significativas em relação às crenças que tem sobre si própria e os outros significativos para ele. As barreiras construídas mediante a inserção em instituições totais entre o "mundo interno" e o "mundo externo" são inúmeras, inclusive a privação de transitar e conviver com pessoas de sua rede de relações sociais na sociedade (mundo externo), fato que favorece a primeira mutilação do eu.

Assim, ao entrar numa instituição, a carreira moral do paciente vai se constituindo de forma a construir o assujeitamento do sujeito mediante a "mortificação do eu". Esta última, opera a corrosão da autoestima, autonomia e possibilidade de *empowerment* da pessoa. Um fator importante a se observar, de acordo com Goffman (2008, p.24), é que

> Os processos pelos quais o eu da pessoa é mortificado são relativamente padronizados nas instituições totais; a análise desse processo pode nos auxiliar a ver as disposições que os estabelecimentos comuns devem garantir, a fim de que seus membros possam preservar seu eu civil.

Analisando a carreira moral de internados em instituição psiquiátrica, o autor parte do princípio de que, o estranhamento de uma cultura diferente da nossa, tende a reduzir quando o estudioso familiariza-se com o ponto de vista dos sujeitos estudados. Da mesma forma, esta experiência de se colocar no lugar do outro, ocorre quando este estuda instituições psiquiátricas e descobre que "o 'comportamento doentio' atribuído ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto de doença mental". (2008, p. 113).

Nessa linha de raciocínio inferimos que o profissional/cuidador que se volta ao cuidado com um olhar empático, tende a diminuir a distância social (classe, raça/etnia etc) na relação com o usuário, e a realizar um cuidado inclusivo, evitando processos de estigmatização e discriminação que aprofundam as desigualdades sociais, impedindo o cuidado integral de usuários/as, além de visibilizar a vulnerabilidade programática. A empatia possibilita esta aproximação da realidade via abertura à experiência. Esta, por sua vez, precisa mobilizar os processos subjetivos do cuidador para que haja a compreensão de que o usuário é fabricado pelo processo de institucionalização.

Cecílio, Carapinheiro e Andreazza (2014, p.56-57), em *"Os mapas do cuidado: o agir leito na saúde"* aborda a forma como são vistos os/as usuários/as do sistema de saúde e, baseados na ideia de que os/as usuários/as do SUS são alvos de estratégias de normalização e disciplinamento com vistas à adequação ao sistema, os autores concebem a noção de "usuário-fabricado". Sendo

> [...] o usuário a ser fabricado [...] aquele que se sujeitaria à normatividade que a medicina estabelece, tendo como base os parâmetros construídos pela Medicina Preventiva, com seus vários níveis de promoção e prevenção baseados no paradigma da história natural da doença.

A perspectiva dos autores citados nos remete às práticas de cuidado, e à responsabilização de profissionais e gestores em não assujeitar os/as usuários/as de drogas, aprisionando-os em processos de estigmatização e discriminação no cuidado, pois, ao invés da produção da vida, autonomia, empowerment do usuário como sujeito de direitos, teremos o usuário fabricado, assujeitado, que aceita passivamente as ações de saúde mantendo as desigualdades sociais no processo de ser cuidado no SUS.

Tal concepção supõe uma construção social acerca dos transtornos mentais, evidenciando o processo de estigmatização de pessoas categorizadas socialmente como fora do padrão de normalidade esperado na sociedade. Esta classificação moral, nos dias atuais, se volta com força para usuários/as de drogas, principalmente os das ilícitas, em especial, do *crack*, conforme problematizado por alguns autores (RONZANI; NOTO; SILVEIRA,2014; SOUZA,2016), baseados no estudo clássico de Goffman (1988) sobre estigma. Outros teóricos (PARKER; AGLETTON, 2001, p.14; PARKER, 2013, p.30), tecendo releituras de Goffman, argumentam que o estigma surge e toma forma em contextos particulares onde a "cultura, poder e diferença" servem para reproduzir as desigualdades sociais.

As práticas de cuidado, conforme dito acima, podem estar atreladas aos estigmas presentes no percurso biográfico dos/as profissionais de saúde que atendem usuário/as de drogas e, esta relação, pode ser buscada nas vivencias institucionais da pessoa-profissional. Goffman (1988), argumenta que "a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos, considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias". Para o autor, estas categorizações em relação a estigmas podem contemplar temáticas diferentes, a exemplo dos transtornos mentais, prisão, desemprego, tentativa de suicídio, homossexualidade, religião, alcoolismo, raça, dentre outros. O autor ressalta que

> [...] em todos esses exemplos de estigma, [...], encontram-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que se pode impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto. Nós e os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão serão por mim chamados de normais.

Goffman concebe o estigma como um atributo construído socialmente, mas que se fixa constituindo uma marca na pessoa. Esta, inscreve a identidade do sujeito ocultando o seu verdadeiro eu, pois o estigma, dentre outras coisas, extrai a autoestima do indivíduo. Nesse sentido, o estigma, enquanto atributo fixo, ocupa o lugar do sujeito que passa a ser visto com esta nova identidade fixada no seu eu.

Inspirando-nos em Goffman, podemos dizer que tais atitudes, de ocultação do eu, podem advir do processo de estigmatização presente em um determinado contexto sociocultural, como por exemplo, o fato dos/as profissionais de saúde não "enxergarem" que o *crack* e/ou outro tipo de droga, seja um problema de saúde pública, mas sim algo que consiste em um atributo negativo que faz parte das características do indivíduo considerado uma ameaça à sociedade devido a sua "periculosidade" associada à droga. Ou ainda, como reflexo desta concepção, o exercício das "práticas de cuidado" impedindo o acesso destes/as usuários/as aos serviços, mediados por processos de estigmatização que fazem parte das concepções do/a profissional de saúde, construídas ao longo das experiências da pessoa-profissional em seus percursos institucionais, pessoal e profissional. Assim, se a instituição produz o/a usuário/a, essa produção se realiza pelos seus agentes – o profissional de saúde, no caso em análise.

A noção de "carreira moral" abordada por Goffman (2008) sugere que, o **percurso institucional** constrói pessoas, e não apenas a carreira moral do/a usuário/a, mas também a do profissional. Ou seja, a trajetória deste em instituições de formação e trabalho, além de outras, a exemplo das religiosas, ajudam a formar a pessoa-profissional e, por sua vez, a engendrar ou desconstruir práticas estigmatizantes. Compreendemos que a *carreira moral* ou percurso institucional[66] vivido pelos profissionais de saúde em suas experiências institucionais, ao longo do seu curso de vida, auxilia ou dificulta as práticas de cuidado exercidas junto aos usuário/as.

Sintetizando, podemos dizer que, no caso do louco, é por meio da própria institucionalização que se produz as marcas corporais que alimentam as representações sobre a loucura. Se o estigma desumaniza a pessoa, a institucionalização produz corpos afeitos às representações e a noção de carreira moral nos ajuda a compreender como esse processo acontece. Não obstante, esta não abre espaço para pensar resistências e redescrições de significado e sentido, pois tal conceituação aponta para um trajeto único. Acredito que o conceito de curso de vida supera o de carreira moral, não por anular o que ele produziu de compreensão, mas por abrir novas possibilidades de olhar o objeto – seja a produção de pessoas com "identidade deteriorada", ou mesmo os próprios agentes institucionais – no meu caso, os profissionais de saúde.

3.2.2 Curso de vida, experiência e mudança

No artigo "O Curso de Vida como Teoria do Desenvolvimento", Elder (1998), apresenta o seu estudo sobre crianças da Grande Depressão nos EUA, a partir do uso de dados longitudinais provenientes do Instituto de Desenvolvimento Humano, da Universidade da Califórnia, em Berkeley. Após 30 anos da coleta destes, o autor usou o arquivo de dados com a finalidade de compreender a vida desses homens e dessas mulheres de Oakland, nos seus quarenta anos. A pergunta norteadora foi como a depressão econômica da década de 1930 afetou estas pessoas como crianças, na época, provenientes de famílias de classe média e trabalhadora antes do colapso econômico da Depressão. Os/as pesquisados/as nasceram no início da década de 1920 e, entraram na infância durante esta época próspera e,

[66] Apesar da noção de "carreira moral" de Goffman (2008) ter servido de inspiração para a construção do raciocínio sobre os percursos institucionais do sujeito constituindo a pessoa-profissional, optamos por usar ao invés de "carreira moral", a noção de percurso institucional, sendo este último dotado de menos carga semântica investida de dubiedades que possam configurar moralidade, moralismos e desvirtuar o significado que desejamos imprimir no conceito.

posteriormente, experienciaram as dificuldades econômicas dos pais e familiares mediante o colapso econômico ocorrido quando estavam na adolescência. Através deste estudo, o autor observou a importância de considerar quatro aspectos, que expomos, de forma resumida:

1) tempo histórico e lugar;

2) o impacto das transições da vida depende de quando ocorrem na vida da pessoa;

3) as influências sociais e históricas são expressas através dessa rede de relações compartilhadas;

4) a agência dos Estados e dos indivíduos constroem sua trajetória de vida própria através das escolhas e ações que fazem mediante oportunidades e limitações da história e circunstâncias sociais.[67]

Os quatro elementos supracitados estão interligados, evidenciando a localização histórica dos indivíduos e a ideia de que, no desenvolvimento humano, as "**transições"** de suas vidas terminam tendo uma determinação ao longo da "**história de vida"** das pessoas, a exemplo da saída em diferentes momentos da casa dos pais para o casamento, assim como a interligação com familiares e demais pessoas do círculo social traçando um compartilhamento de "**experiências"** que afetaram significativamente o desenvolvimento das crianças. Aspectos que podem ser relativos à infelicidade/irritabilidade dos pais e os efeitos nos/as filhos/as e, ainda mediante a construção de percursos influenciados por circunstâncias socioeconômicas, a exemplo da mudança de residências que a família tem que fazer para quartos mais baratos, dentre outras em função das circunstâncias da vida. Deste modo, segundo Elder, tanto o "**contexto histórico"** como o "**tempo social" [68]**influenciaram as experiências de vida das pessoas pesquisadas. (grifo nosso)

No que tange a questão da **experiência**, Elder (1998) argumenta que transições precoces podem ter consequências duradouras, podendo afetar transições subsequentes, mesmo após terem passado muitos anos e décadas[69]. Ou seja, o autor utiliza os/as jovens com passado mais ou mesmo menos privilegiados, cuja entrada na "instituição total" através da inserção na vida militar, ocasionou várias mudanças na trajetória de vida dos/as pesquisados/as, gerando "novos começos" que possibilitaram mudanças no desenvolvimento destes/as, isso, desde a "passagem para a masculinidade", conforme apontou um veterano da Kerkeley, até uma gama de experiências novas através de viagens, treinamentos etc. Para o autor, "[...] experiências desse tipo não esgotam todos os recursos do serviço militar, mas,

[67] Tradução livre.
[68] Para refletir sobre Tempo Social, ver Elias (1998), em "Sobre o Tempo".
[69] Tradução livre.

coletivamente formam um "ponto de viragem" para o desenvolvimento. [...][70]". Assim, a experiência de um trauma pós-guerra ocasionando sintomas de estresse persistentes costuma gerar problemas de interação social, trazendo consequências comportamentais graves. O **"ponto de viragem"**, conceito cunhado por Elder Jr., evidencia mudanças dramáticas no curso de vida das pessoas. Deste modo,

> [...] Human development is embedded in the life course and historical time. Consequently, its proper study challenge us to take all life stages into account through the generations, from infancy to the grandparents of old age. (p.9)[71]

Assim, pelo referencial proposto por Elder, para apreendermos a experiência, temos que considerar o percurso institucional do indivíduo desde o tempo de infância até à adultez atravessando a história geracional. No artigo, entendemos que Elder recorre às experiências no âmbito das "instituições totais", no caso o exército, no intuito de enfatizar que tais acontecimentos, na medida em que se constituem "pontos de viragem", sugerem a construção do percurso biográfico dos sujeitos.

Por outro lado, no modelo de Curso de Vida de Segalen (1999), consideramos que o conceito de **"transição"**, foco de análise da autora para contrapor às etapas fixas do desenvolvimento, pode ser considerado como constituído por **momentos** significativos da trajetória biográfica da pessoa, por operar rupturas. Nesse sentido, é semelhante ao conceito de **"ponto de viragem"**, de Elder, pois ambos sugerem, mesmo que implicitamente, que acontecimentos significativos na trajetória da pessoa podem operar mudanças, rupturas igualmente significativas e/ou re-significadas.

Deste modo, podemos dizer que nos dois conceitos a dimensão da experiência é a responsável pela **ruptura** no Curso de Vida, e é esta dimensão que confere significados, constrói as implicações da pessoa, e sugere a existência da contingência como um processo dinâmico na construção das biografias ou **percursos biográficos**.

Vale ressaltar que, diferentemente de Elder, que associa os pontos de viragem aos acontecimentos dramáticos na vida de alguém, Segalen não se refere às transições como

---

[70] Tradução livre.

[71] Tradução livre: "o desenvolvimento humano é incorporado no curso de vida e tempo histórico. Consequentemente, o seu estudo apropriado nos desafia a tomar todas as fases da vida em conta através das gerações, desde a infância até os avós de idade avançada."

interligadas apenas às experiências dramáticas, mas ao processo de mudança constituída por momentos bons ou ruins, cujo significado interfere na biografia das pessoas. Vale dizer que usaremos a noção de "viragem" ou **virada no percurso biográfico** das pessoas compreendendo que esta não decorre apenas de experiências negativas vivenciadas em seus trajetos institucionais, mas também das que tiveram impacto positivo na vida dos atores, propiciando sentidos e/ou mudanças significativas no curso de vida dos interlocutores de nosso estudo.

A respeito do conceito de **experiência,** exploraremos a perspectiva de Joan Scott (1991), na qual a autora, inspirada na crítica literária Karen Swann, propõe "historicizar a noção de experiência", não pressupondo uma relação direta entre palavras e coisas, o que já evidencia uma desnaturalização do referido conceito. Scott não considera o sujeito unificado e tendo livre arbítrio, mas, possuindo um agenciamento construído por meio das situações e posições em que estão inseridos, ou seja, o sujeito está assujeitado devido às condições de existência e é constituído discursivamente. Tais condições em que se encontram o sujeito supõem escolhas. Desta forma, podemos compreender que sujeitos são constituídos discursivamente, uma vez que a experiência é constituída por um evento linguístico. Eventos linguísticos não acontecem fora de significados pré-estabelecidos e não estão confinados a uma ordem fixa de significados – que variam de acordo com a história do sujeito. A linguagem configura-se de acordo com a o local no qual a história é encenada – tanto a história coletiva quanto a individual – e o discurso é, por essência, coletivo, enquanto a experiência pode ser compreendida tanto como coletiva, quanto como individual. Sendo assim, é possível perceber a complexa relação dialética entre linguagem, história e experiência (SCOTT, 1999).

Ao desnaturalizar o conceito de experiência, a partir da leitura de outras autoras, Scott (1991) considera, para fins de análise, os elementos contextuais, contestáveis e contingentes. Alude a ideia de que o uso corrente do conceito de experiência com a finalidade de essencializar a identidade e reificar o sujeito; no entanto, a proposta de Scott, ao contrário,

> [...] exige um enfoque nos processos de produção da identidade, uma insistência na natureza discursiva da "experiência" e na política de sua construção. Experiência é, ao mesmo tempo, já uma interpretação e algo que precisa de interpretação. O que conta como experiência não é nem auto-evidente, nem definido; é sempre contestável, portanto, sempre político (p.20).

Assim, as múltiplas experiências institucionais da pessoa, seja na família, na escola, no trabalho ou em outros espaços de sociabilidade passam a ter um significado no percurso biográfico da pessoa constituindo sua visão de mundo, as formas de se (re)lacionar, bem como os laços subjetivos com indivíduos e coletividades no decorrer do curso de vida da pessoa. Se o percurso institucional constrói visões de mundo, a pessoa nas suas diversas inserções institucionais, se constitui em sujeito político.

Buscando inspiração nos conceitos de Curso de Vida expostos por Segalen (1996) e Elder (1998), busquei ampliar a noção de "carreira moral" de Goffman (2008) em duas frentes. Por um lado, saindo da perspectiva unidirecional e homogênea que a noção carreira possui. Por outro, consideraremos o Curso de Vida como um conceito que envolve não apenas as constrições do meio, mas aponta para algumas contingências, acontecimentos específicos da vida de coetâneos, como elemento de ruptura: experiências que possibilitam a produção de novas significações sobre o mundo.

Assim, considerando com Scott (1991) que a experiência produz o sujeito, esperei obter nas narrativas de vida de meus interlocutores sobre seus percursos institucionais na interface com a formação e/ou atuação profissional, experiências que apontassem para "pontos de viragem" no cuidado profissional ofertado aos/às usuários/as de drogas. Do mesmo modo, busquei compreender as implicações que facilitassem ou dificultassem o trabalho desempenhado no equipamento de saúde e que permeavam o processo de trabalho de profissionais no serviço pesquisado.

3.3 Abordagem acerca das Implicações

O conceito de implicação e de análise da implicação tem um lugar de destaque no debate presente nos estudos institucionais realizados por Lourau (1995). Como abordagem e método de intervenção, a análise institucional teve sua ampliação mediante os estudos de diversos autores (BARBIER,1985; BAREMBLITT,2002; CASTORIADIS,1982; ENRIQUEZ,1989; LANCETTI,[72]). Entretanto, para fins deste estudo, me deterei em René Barbier (1985), especialmente, pelo fato deste autor servir de fonte de inspiração para a

[72] No volume I de sua trilogia "Abordagens Psicossociais", Vasconcelos (2009) discorre sobre grupos e instituições e vai situando o leitor sobre alguns institucionalistas.

abordagem que faço acerca das implicações da pessoa-profissional – nossos/as interlocutores/as - nesta pesquisa. De acordo com o autor, este conceito opera uma negação da neutralidade do profissional, visando a ruptura entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. Ou seja, para além dos instrumentos teóricos e metodológicos do profissional, e ainda que sejam utilizados mais rigorosamente possível, algo a mais se interpõe e marca (positivamente e/ou negativamente) o processo de produção de conhecimento. Estes elementos são as implicações.

Conforme Monceau (2008, p.21) "implicação é a relação que indivíduos desenvolvem com a instituição", pois cada pessoa tem uma posição a partir das instituições que transita ou transitou na vida. Isto ocorre mesmo que discorde de aspectos daquela instituição, porém, o sujeito é interpelado pela instituição. Isso significa que

> [...] mesmo que eu possa ter posições bastante críticas, mesmo que [...] queira tomar uma distância, eu sou tomado por essa instituição. Lourau tinha uma frase que eu guardo de memória porque ilustra bem essa ideia: Ele dizia: "A instituição fala pelo ventre, falando por nossa boca". É uma imagem que [...] [contradiz] certas definições de implicação. Não podemos confundir implicação com engajamento, com investimento. (MONCEAU,2008, p.21).

Compreendendo o caráter epistemológico de qualquer prática profissional, entendo para fins deste estudo, que as implicações – algo que não é apenas da ordem do conhecimento técnico – vão marcar a interação entre o profissional de saúde que cuida e o/a usuário/a que recebe o cuidado. De certo, e bem verdade, é do seio das reflexões sobre transferência e contratransferência e condução da psicanálise (teoria-terapia-método de conhecer) que advém a corrente noção de implicação. Assim, embora Barbier (1985) utilize-se do conceito de implicação para discorrer sobre o/a pesquisador/a implicado com seu trabalho, vou tomar o conceito proposto por este autor, para tecer uma correlação entre as práticas de cuidado com usuários/as de drogas, exercidas por profissionais de saúde, e a importância de levar em consideração as várias dimensões de sua **implicação** visando um cuidado humanizado.

Para os autores Santos, Souza e Santos (2011), lidar com a implicação supõe a análise do sistema de lugares em uma dada instituição, e aponta para o lugar que o profissional (seja pesquisador/ra ou cuidador/ra) ocupa ou que deseja ocupar, bem como o que é da sua

responsabilidade ocupar no mundo do trabalho, a despeito dos diferentes obstáculos que possa vir a enfrentar no futuro.

Para uma analítica das implicações, Barbier (1985) propõe uma abordagem em três níveis: *psicoafetiva*, *histórico-existencial* e *estrutural-profissional*. Vale dizer que resiste em Barbier (1985) uma noção de desenvolvimento psíquico individual, de inspiração psicanalítica, que sobrecarrega nos primeiros anos de vida na organização de um aparelho psíquico pulsional de ordem inconsciente. De certo modo, essa noção faz com que o autor distinga implicações psicoafetivas e implicações histórico-existenciais e estrutural-profissional, sendo as duas primeiras resultantes da forma como ocorreram as vinculações iniciais, manifestações de uma vida pulsional primeva e a terceira referente a outras vinculações (pós-Édipo) institucionais e suas marcas na trajetória do/a pesquisador/ra.

No nosso modo de entender a construção do sujeito, mediado pelo conceito de curso de vida, não damos relevo ou distinção a uma vida pulsional, ulterior, organizada na infância, e no 'resto da vida'. Compreendemos que ao longo de toda a vida, experiências significativas são capazes de produzir mudanças e novos sentidos, assim não faremos a distinção de Barbier (1985), mas inspirados neste autor, consideraremos duas grandes ordens de implicações, as quais cunhamos as seguintes denominações: implicação pessoal - moral ou empática - e a implicação organizacional, conceitos que passarei a caracterizar logo em seguida. Mas, chamo a atenção do/a leitor/a que, em alguns momentos irei utilizar as denominações do autor que nos inspirou – Barbier – para situar seus conceitos, e ir paulatinamente desenhando como construímos e utilizamos a nossa abordagem da implicação.

3.3.1 Implicações pessoais

No âmbito da prática de cuidado, a dimensão pessoal das implicações revela as dificuldades e facilidades que a pessoa-profissional possui de, nos atos de cuidado junto aos/às usuários/as, usar de recursos cognitivos e afetivos de sua subjetividade pessoal. Processos que advém das histórias de classe social (também racial, de gênero, de sexualidade) mediados ou não pela educação formal.

A construção destas representações e/ou moralidades pode advir de diversos "agentes de socialização[73]" que o sujeito vivencia no seu Curso de Vida, a exemplo da família, escola, inserção em grupos religiosos, políticos, profissional, midiático, dentre outros.

Quando se atualiza como obstáculo, estas podem operar atravessamentos entre cuidador/ra e usuário/a, revelando desejo de controle e normalização do comportamento do/a usuário/a, de acordo com os padrões e/ou valores morais (estigmas) que regem a visão de mundo daqueles/as que exercem as práticas e/ou gestão do cuidado. Porém, quando se colocam como facilitadoras, as implicações se constituem como empatias[74] que atravessam a relação intersubjetiva estabelecida entre cuidador-cuidado mediante a construção de possibilidades para o/a usuário/a, respeitando a singularidade da sua história de vida e as suas demandas de cuidado do momento.

As ações do profissional podem ter relação com suas implicações pessoais em termos de julgamento ideológico e/ou idiossincrático durante o ato de cuidado junto a este/a usuário/a. E, nesse sentido, situar-se no movimento contrário à implementação do seu PTS, conforme o que é preconizado na perspectiva da "Clínica Ampliada e Compartilhada (2009)" defendida pelo MS para fins de operacionalização do cuidado no SUS.

Ainda em seus aspectos negativos, as implicações pessoais nas práticas de cuidado podem revelar dificuldades do/a profissional de lançar mão de recursos empáticos na relação que estabelece com o/a usuário/a. Neste contexto, o ato de cuidado pode vir a reforçar a "autoridade institucional", através das práticas de cuidado estigmatizantes dos/as profissionais de saúde, evidenciando a vulnerabilidade programática (AYRES; CALAZANS; SALETTI FILHO; FRANÇA JR.,2009; AYRES, PAIVA, FRANÇA JR., 2012). Isso significa que, se o/a profissional não conseguir realizar intervenções respeitando o desejo do/a usuário/a, sua singularidade e autonomia e, ao invés disso, estabelecer uma relação em que prevalece sua visão de mundo e escolhas para a projeto de vida da pessoa, sua prática de cuidado poderá ser permeada de valores morais, preconceitos e processos de estigmatização[75] e discriminação, que dificultarão acesso e tratamento de usuários/as na rede.

---

[73] De acordo com Giddens (2005, p.42), "os agentes de socialização são grupos ou contextos sociais em que ocorrem processos significativos de socialização".

[74] Para aprofundamento sobre o conceito de empatia consultar Rogers (2001)

[75] Para situar o cuidado humanizado na área, recomendo a leitura do "Guia Estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas" (BRASIL, 2015).

Não obstante, conforme explica Barbier (1985, p.110) “é justamente porque o pesquisador-animador está totalmente engajado no aqui-e-agora de sua pesquisa, no presente e no projeto dos grupos dos quais é animador, que ele não pode escapar à implicação histórico-existencial”. O autor ressalta a importância do constante questionamento acerca dos acontecimentos do momento vivido na atualidade. Ressalta citando Max Pagès (Barbier,1985, p.110-111),

> cada vez mais, os seminários tornam-se para mim um acontecimento ligado à minha própria vida, à minha história, onde a minha existência está em jogo e onde trabalho o mais profundamente possível os meus problemas do momento. Mas, pode alguém dizer (e sempre dizem) que não estou num seminário para resolver os meus problemas pessoais, e sim para ajudar os participantes a resolverem os deles. Recuso essa oposição. Porque à medida que, *durante o seminário*, enfrento com seriedade os meus problemas, é que me torno mais disponível para os participantes. [...] Estou pronto a ajudá-los na medida em que eles podem me ajudar, pois também eu preciso de ajuda. O contato entre eles e eu é o de uma verdadeira troca de serviços [...] meus limites existem de qualquer maneira [...], estão camuflados pela máscara da eficácia profissional, pelo código moral do trabalho dedicado aos outros, pela deontologia (que coisa horrível e anticientífica). [...] Um monitor engajado num trabalho de mudança pessoal, visivelmente falível, situado, é acessível e localizável. [...]

Para Barbier, o foco é o pesquisador, o monitor, no nosso caso, o profissional. De todo modo, podemos inferir que o que está em questão é a consciência dos processos inconscientes que emergem na interação com a alteridade. A capacidade que o profissional tem de usar a empatia para se comunicar verdadeiramente com o outro, sendo este, um processo contínuo que envolve os recursos subjetivos do profissional e sua capacidade de considerar a subjetividade do outro, de quem está sendo cuidado.

3.3.2 Implicação Organizacional

Importante situar que utilizamos o termo implicação organizacional devido ao estudo estar focado nas condições e no processo de trabalho que envolvem as práticas de cuidado profissional na instituição saúde/saúde mental. Assim, inspirados na modalidade de implicação “Estrutural-Profissional” de Barbier, elaboramos, com base no objeto deste estudo, a implicação organizacional. Mas, antes de discorrermos sobre esta noção, explicaremos a conceituação deste autor.

Para Barbier (1985, p.117), o nível de implicação estrutural-profissional situa-se no campo da mediação. O autor alega que

> Toda profissão tem um não-dito institucional que é sua posição no campo das relações de produção e do sistema de valores que lhe dá coerência interna. A atitude individual do profissional depende do papel social de sua profissão dentro de um mercado de trabalho estruturado pelas relações de classe. Os psicossociólogos americanos mostraram que, ao mudar de papel, muda-se de atitude. [...]

Nesta dimensão da implicação, para fins de análise consideraremos as ações dos/as profissionais na interface com o ambiente institucional e sua posição enquanto profissional dentro da equipe e do trabalho na Raps. Tais ações dependem do lugar em que este ocupa no âmbito do serviço e da Raps como um todo, mas também são decorrentes da interpelação entre as crenças, os valores, as concepções, conhecimento técnico e atitudes que lhe conferem uma identidade na relação com aspectos da dimensão organizacional.

Parafraseando Barbier (1985) e substituindo os atores e campos de investigação pelo que aqui é de meu interesse sugiro que:

> Fazer o cuidado em saúde é assumir o risco, que as políticas de saúde não conhecem *concretamente*, de ser interrogado sobre o papel e a função que se exerce como profissional de saúde e "especialista" no uso, abuso e dependência de drogas, isto é, aceitar uma interpelação sobre o sistema de valores e de atitudes da pessoa-profissional do qual depende o equilíbrio da relação intersubjetiva construída na prática de cuidado. É chocar-se a cada instante com o muro da contradição entre o *projeto* histórico e existencial, que consiste sempre lidar com os acontecimentos imponderáveis, contingenciais e transitórios que atravessam o Curso de Vida, e com a realidade organizacional da ação profissional, com suas injunções e seus limites econômicos, políticos e científicos. [76]

O referido autor evidencia, na citação original, a articulação entre as dimensões que ele denomina psicoafetiva, histórico-existencial e estrutural-profissional – no nosso caso, pessoal e organizacional das implicações. Aponta para os limites da prática, que constrange tanto os ideais presentificados nos textos que orientam a instituição como as intenções do profissional (também embasadas nas normas de atuação da classe).

Para fins da nossa pesquisa, a implicação organizacional, situa as demandas institucionais relacionadas às condições de trabalho e a posição que o profissional ocupa no

[76]Do original: Fazer pesquisa-ação em ciências sociais é assumir o risco, que a sociologia acadêmica não conhece concretamente as políticas de saúde não conhecem *concretamente*, de ser interrogado sobre o papel e a função que se exerce como pesquisador e "especialista" na sociedade, isto é, aceitar uma interpelação sobre o sistema de valores e de atitudes (do pesquisador) do qual depende o equilíbrio da personalidade. É chocar-se a cada instante com o muro da contradição entre o *projeto* histórico e existencial que é sempre "uma primavera inaudita espalhada entre as estações / e até sob as axilas da morte" (René Char), e a realidade estrutural da ação profissional com suas injunções e seus limites econômicos, políticos e científicos. (BARBIER, p.117)

processo de trabalho, bem como as ações que desenvolve no contexto organizacional da Raps do município. O trabalho da rede de saúde do SUS no território, envolve, evidentemente, a ligação do/a profissional de saúde com o território, com a rede, diversas unidades que compõe a rede do SUS e também do SUAS, mas, incluindo especificamente a unidade ao qual estão lotados/as para exercerem suas práticas de cuidado. No entanto, cada rede, cada território, cada unidade tem seu desenho próprio dentro de um município com características culturais e de gestão política própria. Deste modo, as práticas de cuidado dos/as profissionais envolvem a consideração de todo um contexto político e de gestão do trabalho nas dimensões municipal, estadual e federal, a exemplo da precarização do trabalho onde o/a profissional não é concursado, mas contratado via seleção simplificada ou por indicação política da gestão governamental atual.

Neste caso, por exemplo, a posição ou lugar que o/a profissional ocupa no trabalho mediante o tipo de vínculo empregatício, pode influenciar as práticas de cuidado realizadas pelo mesmo no âmbito institucional, na medida em que em algumas ocasiões, talvez pelo lugar que ocupa o contratado dentro da equipe, este profissional se omita em questões relativas ao cuidado com usuários/as temeroso de perder o vínculo empregatício. Nesse sentido, as ações profissionais podem visibilizar a vulnerabilidade programática a partir da dimensão organizacional, bem como as práticas de cuidado ser conduzidas considerando alguns aspectos, ou fontes que contribuem para o processo de estigmatização e discriminação do/a usuário/a nos equipamentos da Raps.

Por outro lado, para outros/as profissionais, como também para algumas equipes e/ou gestões, o cuidado com este público pode ter um teor de inclusão e *empowerment* de usuários/as, no sentido de propiciar o reconhecimento destes/as como protagonistas de suas biografias e, portanto, conscientes de seus direitos como cidadãos e cidadãs, atendendo as prerrogativas da RP e do antiproibicionismo que preconiza a autonomia do sujeito. Vale ressaltar que tal perspectiva não contempla uma ótica voluntarista, mas, sobretudo, significa assumir que usuários/as sejam sujeitos de direitos, e, como tal, atores do próprio processo de emancipação no contexto histórico e sociocultural que transitam.

Finalmente, é importante ressaltar que tais implicações são construídas a partir das experiências da pessoa-profissional (nossos interlocutores) nos percursos institucionais atravessados ao longo do seu curso de vida.

4 TRAJETOS DO MÉTODO: ETNOGRAFIA DE UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA USUÁRIOS/AS DE DROGAS

Retomando o projeto que originou esta tese, e tendo em vista a vulnerabilidade programática que caracteriza os serviços de saúde prestados aos/às usuários/as de drogas, a pesquisa teve como objetivo investigar o curso de vida de profissionais de saúde e suas implicações nas práticas de cuidado com usuários/as de *crack* e outras drogas, na caracterização da vulnerabilidade programática. Para respondê-lo, realizei uma pesquisa qualitativa, de perspectiva etnográfica, que usou como estratégias para a coleta de dados duas técnicas: a observação participante e a entrevista semiestruturada com profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial (CapsAD) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O CapsAD está situado em um município da Região Metropolitana do Recife (RMR)[77] e tem, de acordo com o IBGE, censo de 2010, cerca de 180 mil habitantes. A RAPS conta com 1 CapsAD, 1 Caps II, 1, Capsi, 1 consultório de rua, 1 UPA, 1 Hospital Geral e 2 equipes do Nasf. Além de dois Hospitais de municípios vizinhos para desintoxicação ou internamento de longa permanência. Em alguns casos, recorria-se ao Hospital Ulysses Pernambucano (Tamarineira), em Recife. Compondo a rede SUAS, conta com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS)[78], Casa de Acolhida e o Atitude. Como equipamentos do sistema de responsabilização tem-se a Fundação de Atendimento Socioeducativo (Funase), o Ministério Público (MP) e Organizações Não Governamentais (ONG´s). Existe também na rede informal uma "Casa de Acolhimento", coordenada por um Pastor. Este espaço acolhe egressos da Funase oferecendo comida e alojamento onde, durante a permanência na casa os/as usuários/as também fazem orações. Além disto, tem um espaço de artesanato que denominarei pelo nome fictício de Espaço Mestre das Artes (EMA), que oferece cursos para trabalhos com argilas e outros recursos.

É importante situar o/a leitor/ra que o CAPSad pesquisado receberá um nome fictício, inspirado no nome real, que possui um componente religioso, portanto, para fins deste estudo me

[77] Como esta pesquisa foi realizada em apenas um serviço, por questão ética resolvemos não mencionar o nome do equipamento, nem o município. A referência ao fato dele situar-se na Região Metropolitana do Recife é feita apenas visando sinalizar o contexto na tentativa de preservar minimamente as características da região, situando-o na região nordeste.

[78] Tanto o CRAS como o CREAS são dispositivos ligados ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

referirei ao serviço estudado como **CapsAD Estação Divina do Senhor (CapsAD EDS)**. Tal artifício será utilizado visando proteger a instituição e os profissionais da identificação como medida de cunho ético de pesquisa. Conforme já sinalizei anteriormente, também não revelarei o nome do município pelos mesmos motivos. A coleta e articulação dos dados foram processados através três etapas:

- **Etapa 1:** Realização de descrição densa do serviço de saúde mental pesquisado e das práticas de cuidado exercidas pelo/as profissionais de saúde no CAPSad e no território;
- **Etapa 2:** Construção do Curso de Vida dos/as profissionais de saúde que desenvolvem práticas de cuidado com usuários/as de *crack,* álcool e outras drogas;
- **Etapa 3:** Análise da interlocução entre as dimensões, coletiva e pessoal, do Curso de Vida dos/as profissionais, e sua implicação com as práticas de cuidado realizadas com usuário/as de *crack*, álcool e outras drogas.

As observações aconteceram entre agosto de 2015 e em março de 2016, totalizando 7 (sete) meses. O período de realização das entrevistas, apesar de ter iniciado em fevereiro, só pode ser concluído em 17 de junho do mesmo ano, devido às dificuldades na sincronização de agenda entre algumas entrevistadas e a pesquisadora. A pesquisa seguiu a resolução 466/12, que rege as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPE, já com a devida Carta de Anuência do município envolvidos na pesquisa. Antes da coleta dos dados foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos e utilizado o Termo de Confidencialidade, garantindo o sigilo dos dados coletados através dos instrumentos metodológicos da pesquisa.

Para realização deste estudo, todos/as os/as participantes foram informados/as sobre os seus objetivos, além de serem esclarecidos que são livres para decidir se desejam ou não participar da pesquisa, podendo interromper sua participação no momento que desejassem. A observação participante só foi realizada após a assinatura das cartas de anuências pelos órgãos envolvidos e as entrevistas após a assinatura de todos/as os/as participantes, onde foi assegurado o anonimato dos/as mesmos/as.

No que concerne aos riscos que, por ventura, o estudo poderia apresentar aos/as participantes, estes foram considerados inicialmente como relativos a algum tipo de

desconforto ou constrangimento durante a realização das entrevistas. A pesquisadora deixou claro, no entanto, caso os/as entrevistados/as sentissem qualquer incômodo, teriam o seu direito garantido, estando livres, portanto, para deixar a pesquisa em qualquer momento sem que tal decisão trouxesse algum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Nesse sentido, durante o convite realizado junto aos profissionais para a participação das entrevistas, percebi que alguns não se sentiam à vontade ou por timidez ou pelo fato de não terem estabelecido um vínculo mais forte com a pesquisadora que viabilizasse a realização de uma entrevista que fluísse espontaneamente. Nestes casos, resolvi recuar e entrevistar apenas os que expressavam confiança e tranquilidade para este momento da coleta de dados e optando por não entrevistar todos e todas profissionais do CapsAD, conforme pretendia no início da pesquisa.

No que se refere aos benefícios, o estudo possibilitará aos participantes, o desenvolvimento de reflexões e aprofundamento sobre a temática investigada. Esperamos que o projeto possa contribuir para que o Estado e o Município viabilizem aos profissionais, via a educação permanente, uma *práxis* focada mais na formação ampliada, bem como sirva para a Academia refletir sobre um Projeto Pedagógico que viabilize ao estudante da área de saúde, um trajeto acadêmico capaz de contribuir para a construção de uma prática de cuidado humanizada, desprovida de processos estigmatizantes, mas pautada na inclusão e olhar à diversidade como competência deste/a profissional de Psicologia e das demais disciplinas das Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

A partir do resultado desta pesquisa, esperamos contribuir com a educação permanente mediante a realização de palestras e oficinas voltadas aos profissionais e estudantes que atuam na área de saúde. O objetivo da reflexão sobre o tema em questão é sensibilizar e informar estudantes e profissionais sobre a importância de uma educação permanente pautada nos processos subjetivos que envolvem uma trajetória biográfica (pessoal e profissional) construída mediante a aceitação da diversidade e redução/negação de estigmas, fato que pode resvalar numa prática de cuidado humanizada que leve usuários/as a construírem vínculos e aderirem ao tratamento.

As gravações das entrevistas foram arquivadas apenas no computador da pesquisadora visando garantir o sigilo do material. Após a finalização da tese, foram realizados dois *backups* em HD externos guardados em uma gaveta, cujo acesso é restrito a esta pesquisadora. O material será armazenado pelo período de 5 anos, após isso será deletado dos HDs.

Este capítulo está dividido em três partes nas quais apresentarei o percurso trilhado e tecerei comentários sobre o próprio fazer etnográfico em cada uma das etapas da pesquisa.

4.1 CapsAD e seu cotidiano

A primeira etapa da pesquisa consistiu em realizar uma *descrição densa* (Geertz, 1989) do CapsAD, mediante observação participante, visando caracterizar a lógica de cuidado da equipe e a dinâmica de trabalho cotidiana através das ações que os/as profissionais desenvolvem com o público pesquisado e/ou ideias, valores e concepção de trabalho e/ou cuidado acerca deste público, que foram expressas no cotidiano do serviço.

O uso da técnica da observação participante exigiu da pesquisadora uma presença regular no CAPSad. Para Rios (2010, p.08), o uso desta técnica de investigação necessita que o/a pesquisador/a possa

> [...] aguçar os sentidos de ver e ouvir, e pede sua disponibilidade para a realização de conversar informais, de modo a fazer emergir reflexões sobre os assuntos que interessam direta ou indiretamente à pesquisa. (...). É importante lembrar que as pessoas modulam suas condutas e posições na presença de *outros*.

Durante o trabalho de campo procurei estar atenta para estas possíveis modulações, um gesto ou uma palavra que sugerisse que o/a profissional estava agindo de tal forma pela interferência da presença da pesquisadora no local ou mesmo de outros atores menos comuns no cotidiano do serviço. Com efeito, a apreensão destas minúcias foi estendida para o momento de análise.

Mediante a observação no cotidiano do CAPSad pesquisado foram apreendidas as vicissitudes das práticas de cuidado realizadas pelos profissionais. Nesse sentido, foram observadas as técnicas, forma de abordagem e acolhimento, além dos elementos considerados pelos/as profissionais no ato de cuidado e na construção do PTS, dentre estes, a consideração do paradigma da redução de danos ou do proibicionismo, da perspectiva da clínica ampliada e compartilhada (2009), a importância da reinserção social para usuários/as de drogas, através de várias ações. Pudemos observar também as interações da equipe, inclusive, no âmbito da RAPS com os demais serviços de forma a compreender as relações intersetoriais existentes durante as práticas de cuidado.

4.1.1 *Dos flertes à primeira vez*

Em agosto de 2014, foi realizado o contato inicial com o território por meio da coordenadora de saúde mental do município. Este foi intermediado por dois colegas da área de saúde mental e drogas, e propiciou a articulação desta com o Secretário de Saúde, para a assinatura da Carta de Anuência que, após acordado, demos entrada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) visando a obtenção do parecer que autorizasse o início da pesquisa de campo.

De posse do parecer positivo para a realização da pesquisa, após falar por telefone com a Coordenadora do CAPSad (contato obtido por meio de Fulana, colega que estava fazendo sua pesquisa de doutorado no município), fiquei bastante satisfeita com a excelente receptividade. Conversamos rapidamente sobre a minha pesquisa, ela disse que a coordenadora de saúde mental do município já tinha comentado sobre o assunto. Então, combinamos que para iniciar a pesquisa eu deveria ir à Reunião Técnica (RT) para que fosse apresentada à equipe. Marcamos a data e falei que estaria indo na semana seguinte com a nossa colega em comum e perguntei se teria problemas. Ela, muito receptiva, disse que não, apenas perguntou quanto tempo eu precisaria para falar, pois a pauta da RT estava grande. Respondi que no máximo meia hora e assim ficou acertado.

Por não conhecer o local, resolvi ir de carona com uma colega da área, que iria fazer entrevistas para a sua pesquisa. Fomos eu e Aline[79], residente de saúde mental da FCM/UPE, cujo campo de prática para fins de elaboração da monografia também seria no mesmo local. Então, seguimos para o local, cuja estrada me assustou devido a quantidade de buracos e lentidão do trânsito e pensei nos profissionais que enfrentam este percurso para chegar no trabalho todos os dias. Ao chegarmos no município, tomamos uma "avenida" estreita, mas, calçada (e sem buracos!). Minha colega comentou: "Onde é mesmo o Caps?!?" Era como se falasse em voz alta perguntando a si mesma tentando achar o local. Ela viu um muro azul, com a pintura gasta e disse que achava ser ali, mas, falou sem muita certeza. Eu estranhei, não vi indicação sobre um serviço de saúde. Só uma placa ao lado com o nome **Estação Divina do Senhor**, fato que, pelo teor religioso, me soou estranho se tratar do nome de um serviço de saúde!

Mas Aline, que estava me acompanhando, disse que aquela era a placa do CapsAD. Resolvi perguntar ao segurança do prédio se ali de fato era o local. Ele respondeu que sim,

[79] Importante situar o/a leitor/ra que em muitos momentos irei me referir a Aline, estudante da residência em Saúde mental da FCM/UPE, cujo projeto de tese serviu de guarda-chuva para o projeto de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sob a minha orientação. Durante parte do trabalho de campo e em algumas entrevistas esta esteve presente comigo.

mas frisou enfaticamente que era o CapsAD. Senti que quis chamar a atenção sobre o tipo de CAPS que procurávamos! Agradeci dizendo que voltaria à tarde. Ele foi falando que à tarde não teria expediente, eu e a colega, quase ao mesmo tempo, completamos a fala dele dizendo, sim, sei, é a RT, viremos nessa hora! Ele olhou parecendo entender que a visita que faríamos tinha outro teor.

Seguimos então para a instituição em que minha colega pesquisava, onde passaríamos a manhã para apenas às 14 horas estarmos na RT do CapsAD, conforme combinado com a gerente. Ao meio dia saímos para almoçar e em torno das 13:30 saímos do restaurante e a colega que nos acompanhava nos deixou no CAPSad. Ao chegar na frente do CapsAD, a mesma disse que queria cumprimentar a gerente do serviço, pessoa, segundo ela, pela qual tem muito afeto. Então, deu uma descida rápida. Pensei: excelente introduzida no campo. Ela, que conhece a gerente vai nos apresentar, e será ótimo, pois quebra gelo e formalidades! De fato, foi o que senti na hora em que entramos na Reunião Técnica (RT).

Quando chegamos, a gerente estava reunida com a equipe numa sala (por sinal, cheia de técnicos), sentada na cabeça da mesa grande retangular, perto da porta. Todos nos olharam curiosos e a colega, após abraçar a gerente, foi me apresentando. Disse: Esta é Marilyn, professora da UPE, que vai fazer a pesquisa aqui e esta é a sua aluna. Nossa colega saiu e a gerência nos indicou onde sentar e comunicou à equipe que não teve tempo de avisar, mas, que eu era a pesquisadora que a coordenadora de saúde mental tinha se referido há um tempo atrás.

Então, me apresentei e situei que a escolha do tema da minha pesquisa foi devido a minha inserção na rede como profissional de saúde da RAPS de Recife, fato que fez algumas pessoas lembrarem de mim da época do Programa Mais Vida de Redução de Danos, quando estava trabalhando na rede de saúde da Prefeitura do Recife, e possibilitou um encontro balizado por trocas empáticas e esboços de vínculos.

Fiz questão de frisar que eu e Aline iríamos participar do cotidiano do serviço, mas que não pretendíamos interferir de forma a atrapalhar a dinâmica de trabalho da equipe. No final, eu perguntei se poderia participar das reuniões técnicas. Como senti um silêncio geral na equipe, então, rapidamente rompi o silêncio dizendo para eles pensarem, conversarem entre si, depois me comunicassem a decisão. Eles riram e a gerência disse sorrindo: “a tendência é a gente responder sem pensar e dizer sim”. Eu disse: “lógico, pensem e me digam”. Achei natural, afinal a equipe ainda não nos conhecia!

Na saída, perguntei se poderíamos ficar no local, aproveitar para conhecer a estrutura, pois estávamos esperando a colega que iria passar e nos pegar. A gerente riu falando da excelente estrutura de forma irônica e disse, de maneira muito acolhedora, que a recepcionista iria nos mostrar as instalações e depois deixar a gente sentada no local mais agradável que tiver na casa. Pediu para passar lá na RT antes de sairmos para nos despedirmos. Achei este gesto muito atencioso e receptivo. Assim, foi o meu primeiro contato com o *lócus* da pesquisa e com os profissionais, protagonistas das práticas de cuidado no CAPSad.

Os profissionais preferiram não permitir inicialmente a minha participação nas RT, entretanto, após duas semanas imersa no cotidiano do serviço, obtive a permissão. Deste modo, os profissionais da equipe foram observados também no contexto das reuniões técnicas, além da observação das atividades/ações no serviço e no território, advindas do trabalho e/ou encontros informais realizados nos locais pesquisados.

4.1.2 *Atividades e Raps*

A técnica da observação participante permitiu a participação nas atividades do CapsAD, tais como nos grupos terapêuticos, oficinas (Quinta das oficinas), assembleias, visitas com o consultório de rua, supervisão (só permitida no final, quando os vínculos com das pesquisadoras com a equipe já estavam mais sólidos), RT, passeios, confraternização, dentre outros.

Na grade de atividades do CapsAD Estação Divina do Senhor costumava ter dois grupos em cada expediente (manhã e tarde). Os grupos tinham uma peculiaridade, pois a maioria não era referido por um nome, mas pelo nome do/a profissional, responsável pela facilitação do grupo, como por exemplo grupo de BEM-ME-QUER, Grupo de AZALEIA, Grupo de LIS etc. O único grupo que era identificado por um nome era o “Prevenção de Recaída”, sendo, inclusive, o único destinado a tratar do tema da RD. Segue a agenda de atividades do **CAPSad Estação Divina do Senhor (EDS)** apresentada no quadro a seguir:

Quadro 2: Grade de Atividades do CapsAD EDS

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
Manhã	Atendimento Psiquiátrico / Grupo	Atendimento Médico Clínico / Grupo	Grupo	Quinta das Oficinas	Atendimento Psiquiátrico / Grupo Prevenção de Recaída
	ALMOÇO	**ALMOÇO**	**ALMOÇO**	**ALMOÇO**	**ALMOÇO**
Tarde	Reunião Técnica	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo

Fonte: Agenda de atividades do CAPSad Estação Divina do Senhor (EDS)

Na dinâmica cotidiana de atividades, era realizado um grupo por turno e em seguida uma oficina. Mas nem sempre estava acontecendo desta forma, ficando apenas uma atividade em horário estendido. Após o grupo, caso o almoço já tivesse chegado os/as usuários/as iam almoçar, caso contrário, ficavam jogando dominó ou vendo televisão até o horário do almoço. O lanche dos dois turnos (manhã e tarde) geralmente eram servidos antes do início dos grupos. Nos dias de atendimento médico (clínico ou psiquiátrico) os grupos ocorriam de forma concomitante e os/as usuários/as que iam para atendimento médico, não participavam do grupo naquele dia, ficando na sala de espera do serviço aguardando a vez de ser atendido. O atendimento psiquiátrico da sexta feira era revezado, de forma quinzenal, com a ida do psiquiatra para atender demandas na Funase (Fundação de Atendimento Socioeducativo).

Importante situar que nossa inserção no campo não foi em um momento fácil para os profissionais do CapsAD EDS devido a todo o contexto de sucateamento que o serviço estava sofrendo, como incerteza com relação à mudança de casa, espaço de trabalho com vazamentos, rachaduras, esvaziamento do serviço, falta de segurança e de material para a realização de algumas atividades de grupo, a exemplo da Quinta das Oficinas, coordenada pela arte-educadora, dentre outras faltas. Neste cenário, havia uma intensa insatisfação e desmotivação dos/as profissionais, elementos que somado às idiossincrasias da equipe técnica, tinham contribuído para que nem sempre as atividades programadas fossem realizadas. A organização interna da equipe era de que cada profissional facilitava pelo menos um grupo por semana e disponibilizava um turno para a realização de triagem. Tinha também um profissional responsável pelo Acolhimento que consistia no primeiro contato do/a usuário/a com o serviço, denominação que em outros serviços significa triagem. Apesar da

proposta de atender todo/a o/a usuário/a que chega ao serviço e garantir a universalidade de acesso (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009), o acolhimento geralmente era realizado mais no turno da manhã, e, muitas vezes, limitava-se a identificar se o/a usuário/a estava sob efeito de alguma droga e acompanhá-lo/a na distribuição do café da manhã.

Todas as segundas à tarde eram realizadas as Reuniões Técnicas das 13:00 às 16:00 horas, podendo passar um pouco deste horário, mas a equipe sempre corria para terminar neste horário devido ao intenso trânsito caso passasse desta hora.

A RT iniciava sempre com um clima descontraído entre a equipe. Nesta reunião, costumava-se discutir estudos de caso, divisão de responsabilidades, a exemplo da definição do Técnico de Referência (TR), que era o profissional responsável pelo atendimento semanal de um usuário, não sendo terapia, mas um espaço de escuta e apoio à execução do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esta distribuição sempre era motivo de debate entre os profissionais, cujo critério de escolha era quem tinha o menor número de usuários/as sendo acompanhados/as por profissionais naquele momento, contrariando a lógica da CAC (BRASIL, 2009), a qual preconiza que o TR deve ser o profissional que tenha um bom vínculo com o/a usuário/a a fim de facilitar o processo terapêutico, discussão, elaboração e avaliação do PTS[80].

Acompanhamos a mudança para a nova casa, mas neste período nossa pesquisa de campo estava finalizando. Do que pudemos observar, apesar do momento inicial de continuidade da apatia, efeitos do sentimento de abandono na mudança pela gestão, um grupo começou a organização de atividades de jardinagem com os/as usuários/as. Os/as profissionais que tiveram esta iniciativa foram a arte-educadora, assistente social e dois agentes redutores de danos, o grupo que se sentia *outsiders* por não dominar conhecimentos teóricos da área.

Como já apontado, nossa presença no cotidiano do serviço visava conhecer a dinâmica de funcionamento do CapsAD, sua relação com a Raps, bem como apreender a lógica de cuidado profissional exercida com os/as usuários/as, mediante as implicações dos/as profissionais no cuidado. Este último envolve equipe, familiares e usuário/as de *crack* e de drogas. Inicialmente o olhar foi para o cuidado realizado no serviço como um todo, no entanto, na medida em que se aprofundava a convivência com as pessoas no campo, fomos

[80] Ver RIBEIRO, A. N. Práticas de cuidado com usuários de crack: percepção dos profissionais de um CapsAD da Região Metropolitana do Recife. Trabalho de Conclusão de Curso. (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife, 2016.

percebendo que os/as usuários/as de *crack*, público pelo qual pretendíamos inicialmente observar como estavam sendo cuidados, não se destacavam.

Havia certa invisibilidade, porém, seu protagonismo só emergia quando era feita alguma referência ao Programa Atitude, seja para sinalizar algum encaminhamento realizado pelo programa, ou para comentar algo relativo à convivência de usuários/as neste dispositivo. Sobre o convívio, geralmente eram os/as próprios/as usuários/as que traziam o assunto *crack* para o CapsAD. Talvez pelo fato de usuários e usuárias desta droga terem passado a chegar ao serviço via o Atitude, e serem minoria. Ou, ainda pelos trabalhos em grupo não enfatizarem esta SPA, mas principalmente aspectos ligados às atividades da vida cotidiana de usuários/as. O *crack* geralmente era mencionado quando estes queriam referir-se a algum incômodo devido ao uso da droga, porém quando o assunto vinha à tona nos grupos, geralmente havia risos dos usuários/as de álcool que demonstravam a produção de estigmatização entre dois grupos distintos: usuários/as de álcool e de *crack*, ficando as outras drogas neutralizadas por estes marcadores sociais estigmatizantes.

Na maioria das vezes em que os profissionais estavam na sala dos técnicos, eram entabuladas conversas sobre a vida destes ou mesmo sobre o contexto de trabalho na Raps e no CapsAD. Algumas sinalizavam a visão das pessoas sobre variados assuntos, a exemplo de um diálogo entre dois técnicos, no qual uma tinha sido chamada para trabalhar numa Comunidade Terapêutica (CT), mas revelou seu receio em aceitar o convite para conhecer o local porque “estava com um pé atrás para ir”. A outra pessoa orientou a colega para que observasse o funcionamento da comunidade a fim de saber se o “viés é sério ou só ligada à religião”. Havia da parte das profissionais uma preocupação acerca do processo de trabalho nestes serviços. Presenciar tal diálogo no levou a inferir que as profissionais estavam por dentro do debate atual acerca dos investimentos do governo nas CT, cujas críticas giram em torno da configuração de instituição total, com tratamento distante da laicidade da ciência por ter um cuidado focado na religiosidade de usuários/as e usuárias. Tratava-se de sinais que na experiência de troca cotidiana, nos levavam a conhecer um pouco melhor cada membro da equipe.

Os diálogos nos sinalizavam além da visão de mundo dos técnicos, mas suas interações na equipe, opiniões sobre a política de saúde mental e drogas, bem como as percepções sobre diversos assuntos, como por exemplo, a Raps, o debate político, rotinas familiares etc.

4.1.3 *Convivendo com o cuidado*

A pretensão inicial foi usar a observação participante de forma livre e, portanto, descolada de um roteiro previamente construído, mas após a segunda semana, em alguns momentos, o foco se voltou para dois eixos temáticos:

4.1.3.1 As práticas de cuidado realizadas pelos/as profissionais de saúde;

4.1.3.2 A apreensão das implicações dos/as profissionais nos atos de cuidado, a lógica do cuidado e as possíveis fontes de estigmas por meio do cuidado realizado junto dos/as usuários/as de *crack* e outras drogas.

No que tange as práticas de cuidado, alguns elementos como a interação com usuários/as e usuárias, as iniciativas em relação às atividades e/ou construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) destes/as, ou à realização de matriciamento[81], participação ativa na RT mediante a abordagem de temas debatidos etc. Também busquei apreender a lógica de cuidado, ou seja, a estratégia utilizada, se de cunho proibicionista ou antiproibicionista, se as abordagens incluíam o uso de estratégias de redução de danos e se o cuidado profissional era norteado por uma visão complexa do sujeito cuidado, visando apreendê-lo, numa perspectiva da clínica ampliada ou mediante clínicas tradicionais, calcada em "especialismos". A dinâmica de trabalho dos grupos, bem como os temas tratados também foram objetos de observação.

Também observamos eventos que se compunham na interface CAPSad e território, através de outras ações desenvolvidas no local pelos profissionais que cuidam dos/as usuários/as vinculados ao CAPSad pesquisados. Deste modo, tive a oportunidade de participar de várias atividades, a exemplo de assembleias de usuários/as, familiares e profissionais da rede, da confraternização da equipe do CapsAD, da construção coletiva de um projeto elaborado com fins de submissão a Edital do Ministério da Saúde, de um momento de supervisão institucional, já que tal participação só foi permitida pela gerência do serviço, posteriormente, após estabelecida uma relação de confiança da pesquisadora com a equipe.

Ressalta-se a importância da presença da pesquisadora nas *Reuniões Técnicas* realizadas todas as segundas-feiras das 13:00 às 17:00 horas, tendo em vista o teor desta

[81] Denominado também de "Apoio Matricial" se pauta pela construção compartilhada no cuidado realizado por duas ou mais equipes, mediante uma proposta interventiva de base "pedagógica-terapêutica" (BRASIL, 2011).

reunião à construção e discussão em equipe sobre as práticas de cuidado e operacionalização ou não do PTS de usuários/as. Os dados coletados nestas reuniões foram sistematicamente anotados no diário de campo, um instrumento que serviu para voltar aos registros e subsidiar a análise dos dados e a construção do roteiro das entrevistas semiestruturadas.

Embora não estivesse previsto no projeto de tese, o campo evidenciou a necessidade da elaboração de uma **ficha complementar** com dados sobre cada pessoa entrevistada, principalmente para situar melhor o tipo de vínculo empregatício, se no momento da pesquisa tinha mais de dois vínculos, a renda, religião e outros dados que permitissem traçar um perfil mínimo de cada pessoa entrevistada. Este instrumento foi complementar, principalmente no que concerne à biografia dos participantes da pesquisa. *(Vide Anexo B)*

Na medida em que tentei apreender o curso de vida dos participantes desta pesquisa, tive diante de mim percursos institucionais da pessoa-profissional, cuja análise e cruzamento da história pessoal e profissional possibilitaram a apreensão das implicações (pessoais e organizacionais) no cuidado. Entretanto, o momento da imersão no campo, observação e participação das atividades com os/as profissionais do serviço, serviu para ter contato com a dinâmica de trabalho da equipe, suas atividades, a relação estabelecida entre os membros, as gratificações e insatisfações com o cotidiano do trabalho, bem como as práticas de cuidado realizadas em e na equipe. Além de conhecer as pessoas, seus gostos, questões familiares e opiniões por assuntos diversos.

No que se refere à apreensão dos percursos institucionais, ia apreendendo por meio de conversas informais com os profissionais, realizadas durante momentos na sala dos técnicos ou quando dava alguma carona a estes. Assim, na medida em que ia conhecendo as inserções dos/as profissionais em outros equipamentos da Raps, inclusive em outros municípios, percebia, ao observar as formas de interesse, comentários e cuidado quando se discutia algum caso, suas implicações ao olhar e/ou cuidar de usuários/as.

Neste contexto, pude perceber, por exemplo, que o fato de um dos/as profissionais trabalhar em um equipamento da rede voltado às mulheres usuárias de drogas, e lidar com questões ligadas à violência de gênero, sua sensibilidade para tais questões era visível. Assim como determinadas situações pessoais compartilhadas pelos profissionais, como um acidente de um dos técnicos devido ao uso abusivo de álcool, levado na “brincadeira” por alguns colegas dizendo que este deveria “colocar em prática a redução de danos”. E ainda apreender

um pouco da relação entre religiosidade ou a adesão a uma religião e a um cuidado pautado por uma escuta empática com os usuários e usuárias.

Devido as precárias condições de trabalho, inclusive de dificuldades relativas à disponibilidade de recursos financeiros à manutenção das atividades terapêuticas do serviço, no que concerne a disponibilização de material para a realização das oficinas de arte, alternativas foram buscadas, a exemplo do uso de material reciclado e, como nem todos os/as usuários/as tinham habilidades e nem sempre se conseguia este tipo de material, a arte-educadora contatou uma Organização Não Governamental (ONG) que oferecia cursos para confecção de artesanatos, visando a realização no próprio CapsAD de uma oficina de barro destinada à ensinar a técnica aos/às usuários/as, cuja ideia era torná-los/as agentes multiplicadores/as. Diante das dificuldades de recurso financeiro do serviço, o instrutor levou o barro. Esta atividade fez parte de uma das quintas das oficinas. No entanto, esta iniciativa ocorreu em um momento de fragilidades no serviço, no qual além da casa estar deteriorada, sem material, havia a expectativa de mudança de local, já referendada pela coordenação de saúde mental do município. Apesar de o trabalho ter mobilizado os/as usuários/as, não teve continuidade e nem solidificou-se mediante a multiplicação desta habilidade aprendida pelos/as usuários/as que participaram da oficina.

Durante o processo de trabalho da equipe no cotidiano do serviço, pudemos observar quais as estratégias utilizadas para a construção do PTS do usuário, bem como a escolha do/a TR, além de acompanhar triagens e outras atividades. Na construção destas formas de cuidar, foi possível compreender como o cuidado era gerido na equipe, ou seja, se as práticas de cuidado eram dialogadas com a equipe e usuários/as, bem como se tinham viés estigmatizante ou calcado na singularidade do sujeito.

4.1.4 *Usuário de crack e mudança de foco*

Torna-se fundamental esclarecer que o suposto processo de estigmatização dos/as usuários/as de *crack*, reforçado fortemente pela mídia e até mesmo por profissionais, fez com que a pesquisa inicialmente se voltasse mais para o cuidado com este público. No entanto, na medida em que ia me inserindo no campo, as implicações no cuidado e a forma de realização destas práticas de cuidado, em equipe ou individual, tomaram dimensões mais robustas e significativas. Assim, apesar de continuar focando no cuidado profissional com usuários/as de *crack*, principalmente por estes/as terem, em sua maioria, uma inserção no CapsAD diferente dos/as usuários/as de outras drogas, via o Programa Atitude, observamos que estas inserções

diferenciadas no serviço, era um dos elementos que contribuíam para que, em alguns momentos, houvesse a formação pelos/as próprios/as usuários/as de dois grupos ou categorias de usuários/as no serviço, os de *crack* e os de outras drogas. Eis um dos elementos que me faz indagar: porque os/as usuários/as de *crack* só começaram a chegar mais no CapsAD após a chegada no Programa Atitude no município estudado? Enfim, algo a ser refletido acerca do processo de estigmatização e discriminação sobre este público para "não jogar o bebê fora com a água do banho".

De acordo com uma entrevistada, inicialmente houve uma dificuldade da equipe do CapsAD entender quais os objetivos do Programa Atitude na Raps, o que segundo esta, gerou um certo "ciúme", fazendo a equipe se perguntar: "[...] como assim, que entra no serviço, com outro nome, que faz a mesma coisa que a gente faz, com os profissionais que já foi da nossa rede?!? Tinha uma coisa assim que era de um briga das duas equipes terrível! (PERPÉTUA[82])

Nesse processo de estranhamento entre as duas equipes de profissionais, foram realizadas algumas reuniões visando possibilitar maior integração nas ações e reconhecimento das diferenças. Na medida em que as equipes iam interagindo, se reunindo, é que houve o reconhecimento das especificidades dos dois dispositivos, conforme relato abaixo:

> E aí a gente viu que assim, ou a gente se acertava ou ia ser impossível o trabalho deles e o nosso porque um complementava o outro e a gente tinha que caminhar aí a gente foi fazendo alguns ajustes. [...] **O Atitude ajudou a mostrar muitas falhas no nosso serviço, não é? Que não era um serviço tão de porta aberta assim. Que era um serviço de alta exigência. E a gente começou a acessar um público que antes a gente não acessava. Então, o Atitude ele mexeu com a nossa zona de conforto. [...] A gente estava muito acomodado [...] com aquela forma de fazer**, se achava o máximo naquilo... (PERPÉTUA, grifo nosso)

Conforme visto no relato acima, com a inserção do Atitude na rede, esta invisibilização de usuários/as de *crack* pelo próprio serviço, levou os profissionais a refletirem sobre este/a usuário/a, suas especificidades e formas de acolhimento para futura adesão ao CapsAD. Além de colocar em xeque os profissionais diante do receio de atender tal público, cuja colagem na periculosidade desenhava sua imagem e que apontava para o sentimento de despreparo técnico, em relação ao cuidado com público em questão.

Neste caso, o fato de ter o Atitude como porta de entrada para o CapsAD, impõe uma corresponsabilização no protagonismo deste cuidado. No entanto, raros foram os momentos em que percebi esta corresponsabilidade no cuidado entre as equipes dos dois serviços, apesar

[82] A escolha dos nomes das entrevistadas surgiu após o trabalho de jardinagem que presenciei no espaço

de ser relatado pelos profissionais as dificuldades que tiveram quando o Atitude chegou na Raps, seja pela falta de preparo técnico e/ou receios para lidar o usuário/a de *crack*, geralmente embasados em concepções estigmatizantes ligadas à periculosidade destes/as usuários/as ou pela forma como os profissionais do Atitude encaminhavam os/as usuários/as para o CapsAD. Em muitos momentos eram realizados encaminhamentos apenas para o cuidado médico (clínico ou psiquiátrico), fato que transformava a demanda de atendimento no serviço em ambulatorial, deslocando os objetivos do mesmo no contexto da Raps.

A informação acima sobre a relação entre a equipe do CapsAD e do Programa Atitude, serve para ilustrar que as observações realizadas no trabalho de campo e registrados detalhadamente no Diário de Campo, sempre que chegava do local de pesquisa, foram construindo hipóteses de trabalho, desenhando o formato e conteúdo que viria a ser contemplado nas entrevistas. Inclusive, Minayo (2004, p. 107) frisa que, o uso da entrevista ao lado da observação participante, é bastante utilizado no decorrer do trabalho de campo, fato que ficará mais explícito em seguida. Esta última foi construída na convivência cotidiana na medida em que íamos observando e interagindo com a equipe do serviço, observávamos a forma desta se relacionar, os vínculos com usuários/as e os subgrupos dos/as profissionais existentes no âmbito da própria equipe, além de compartilharmos opiniões sobre assuntos corriqueiros e banais do dia-a-dia que versavam sobre política etc.

4.2 Profissionais e cursos de vida

Vale salientar que este estudo não almejou a construção de uma amostra representativa sobre as práticas de cuidado exercidas pelos/as profissionais de saúde e a estigmatização revelada neste cuidado, mas sim constituir um *corpus* de dados qualificados que possibilite o debate e a reflexão sobre como as práticas de cuidado dos/as profissionais de saúde podem reproduzir processos de estigmatização que impossibilitam estes de enxergar as fontes de estigma que regem o cuidado com os/as usuários/as, dificultando a integralidade no cuidado, a reinserção social e, inclusive, o acesso dos usuário/as de *crack* à rede.

Entretanto, buscamos principalmente possibilitar a reflexão a respeito dos percursos institucionais que constroem a pessoa-profissional e o reflexo de suas implicações – seja de classe, raça/etnia, religião e outras – no cuidado realizado junto ao usuário e usuária de *crack*, álcool e outras drogas. Assim, busquei descrever densamente o território e as práticas de

cuidado exercidas pelos/as profissionais de saúde na medida em que tivemos acesso aos seus espaços de sociabilidade, seja nos CAPSad e/ou através de ações do CAPSad no território.

É importante ressaltar que a observação participante se constituiu como uma técnica contínua que atravessou todos os momentos do trabalho de campo, inclusive, no momento da realização das entrevistas, o que favoreceu a complementação de dados provenientes de outras fontes de coleta, a exemplo das entrevistas de enfoque biográfico.

Mediante o diálogo com os achados do trabalho de campo sob a inspiração da coleta de dados via técnica da observação participante e leituras e releituras dos Diários de Campo construídos, bem como à luz dos objetivos do estudo, foi construído um roteiro da entrevista de modo a dar início à segunda etapa da pesquisa. Para Minayo (2004, p.108),

> [...] a entrevista podem ser obtidos dados de duas naturezas; (a) os que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, atestados de óbitos etc. São dados a que Lundberg chama "objetivos" (1946); Parga Nina denomina "concretos" (1983) e Gurvitch (1955) os qualifica como pertencentes ao nível "ecológico ou morfológico" da realidade. (b) os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões. São informações ao nível mais profundo da realidade que os cientistas sociais costumam denominar "subjetivos". Só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos.

Sendo assim, o roteiro tem sempre o objetivo de ser um guia, não um obstáculo, sendo assim, não é capaz de ter a previsibilidade de todas as situações que circundam as condições do processo de trabalho no campo. O formato semiestruturado do roteiro da entrevista foi escolhido em decorrência do tema deste estudo circundar aspectos do curso de vida de entrevistados/as. Desta forma, achamos que deixaríamos os interlocutores mais à vontade, se estivessem mais livres para responder. O roteiro semiestruturado privilegia o ponto de vista dos sujeitos à luz dos objetivos do estudo e deve ser utilizado como um facilitador de "abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação" (Minayo, 2004, p.99).

4.2.1 *Entrevista com enfoque biográfico e roteiro*

No que concerne à escolha da modalidade de entrevista, semiestruturada com um *enfoque biográfico*, cabe uma ressalva que clarifica os pressupostos teórico-metodológicos deste estudo, pois o roteiro, de cunho biográfico, procurou englobar aspectos relativos à construção do curso de vida do/as profissionais, com a finalidade de apreender as implicações do percurso biográfico (pessoal e profissional) destes, refletidas nas práticas de cuidado com

os/as usuários/as de *crack*, álcool e outras drogas. Todavia, não se trata de uma relação de causa e efeito, pois há de se considerar o contexto do cuidado, inclusive no que se refere às condições de trabalho do serviço e rede, tendo em vista que são elementos passíveis de interveniências no processo de trabalho dos/as profissionais.

Ao desconsiderar a causalidade simplista entre curso de vida e práticas de cuidado profissional, chamamos a atenção para outros fatores intervenientes, a exemplo da condução pela Secretaria de Saúde do Município acerca da política de saúde mental e drogas no sentido de propiciar condições de trabalho e produção da saúde na Raps local. Sendo assim, é importante esta análise para que possamos apreender como se caracteriza a vulnerabilidade programática (VP) neste contexto. Estes resultados nos permitirão propor à gestão estratégias para a educação permanente para o cuidado na Raps do município. Como o estudo não tem a pretensão de tecer generalizações, mas que, seus resultados possam levar outros territórios de cuidado em saúde mental e drogas, a pensar um processo de formação profissional que dê conta das peculiaridades de cada rede.

Assim, apesar de ser mais flexível, ao abordar aspectos do percurso biográfico de participantes pela via da sua própria narrativa, esta é contada e recontada, de acordo com perspectivas diversas discorridas pelos/as entrevistados/as. Importante ressaltar este aspecto, porque, na história de vida, conforme aborda Rios (2004), o entrevistador se mantém com uma "atenção flutuante". Diferentemente, na abordagem escolhida para este estudo – o método biográfico - em que eu mantinha o foco nas *implicações do curso de vida no cuidado profissional*, ao mesmo tempo em que tentava apreender tais elementos a partir dos percursos institucionais experienciados pelos/as entrevistados/as no processo de socialização percorridos por estes, desde a família até o trabalho profissional, inclusive no próprio CapsAD. Outros autores como BECKER (1999), SILVA (2002), GOLDENBERG (2004), SANTOS, H. T. ZAUHY, G .(2014), bem como KNOUBLAUC e TORALES (2012) me ajudaram a ir tecendo os fios de sobre a abordagem biográfica.

Nesse contexto, tinha como hipótese que a prática de cuidado não é decorrente do processo de "socialização profissional" (KNOUBLAUC; TORALES,2012) ocorrendo apenas no CapsAD/Raps, mas é decorrente da relação que se estabelece entre esta experiência institucional e a trajetória anterior de cada '*pessoa-profissional'*. Uso essa terminologia para enfatizar a constituição identitária dos/as participantes desta pesquisa. É nesta fresta aberta entre a experiência nas diversas instituições percorridas no percurso biográfico da pessoa, que se desenham as implicações dos participantes desta pesquisa.

Considerando a importância do processo de socialização (primária e secundária) dos entrevistados/as que, ao longo da trajetória biográfica foi vivida em diversas instituições, bastante explorado no marco teórico deste estudo, o roteiro de entrevista foi construído visando apreender as concepções teóricas (apreendidas na vida profissional) e/ou de vida que estão implicadas no momento em que estes exercem o cuidado com os/as usuários/as de drogas.

A fim de facilitar a apreensão dos percursos institucionais, o roteiro de entrevista foi dividido em blocos que visibilizavam os trajetos experienciados pelos participantes, desde a socialização primária, na instituição familiar, até o exercício da profissão, no serviço pesquisado. Com o foco nas implicações do cuidado profissional a partir do curso de vida dos/as profissionais e, considerando as observações durante o trabalho de campo, apreendemos algumas temáticas que nortearam a construção do roteiro de entrevista semiestruturado *(Vide anexo A).*

Os blocos de temas foram os seguintes: 1- Formação e Trajetória Profissional nas Instituições: objetivando apreender o processo de socialização da pessoa em diversas instituições como a educacional e a profissional; 2- Trajetória Pessoal/Familiar: Visando compreender as implicações de experiências significativas vivenciadas pelos/as entrevistados/as no que concerne às drogas; 3- Percepção do/a usuário/a: Objetivando apreender sua compreensão sobre os/as usuários/as de *crack,* álcool e outras drogas, bem como a percepção midiática a partir do ponto de vista do/a profissional; 4- Processo de Trabalho no CapsAD e na Raps: Tentando compreender a visão do/a profissional sobre si mesmo/a, demais colegas na rede e o cuidado com os/as usuários/as no Caps e na Raps como um todo, bem como sua incorporação da política de saúde mental e drogas, clínica ampliada, RD e outros marcadores teóricos que norteiam a técnica para o cuidado com o público em questão; 5- Condições de Trabalho e Processo de Trabalho (CapsAD e Raps): Apreender como o profissional enxerga a si mesmo e demais colegas e serviços da Raps e o cenário de Saúde Mental/Álcool e outras drogas; 6- Memória Profissional: Conhecer cenas de cuidado significativas e o projeto de vida da pessoa entrevistada em termos de idealização do futuro profissionais e/ou pessoal.

Para atingir a segunda etapa da pesquisa, foram realizadas 12(doze) entrevistas com os trabalhadores/as de saúde (nível médio e superior) que estavam inseridos nas atividades do serviço.

4.2.2 *Os participantes da pesquisa*

A equipe multidisciplinar do CapsAD é formada pelos seguintes profissionais, quantidade e nível:

Quadro 3: Relação de participantes da pesquisa por profissão e nível de escolaridade

Nível do cargo	Categoria profissional	Quantidade de profissionais
Médio	Agente Redutor de Danos	2
Superior	Assistente Social	1
Médio	Administrativo	1
Médio	Arte-educador	1
Superior	Educador Físico	1
Superior	Enfermeiro	1
Superior	Gerente	1
Superior	Médico Psiquiatra	1
Superior	Médico Clínico	1
Médio	Recepcionista	1
Médio	Técnico em Enfermagem	1
Superior	Terapeuta Ocupacional	3 (com a gerência)
Superior	Supervisor	1
Médio	Vigilante	2

Fonte: Diário de Campo

Portanto, atende aos requisitos de uma equipe mínima, que, de acordo com o manual do CAPSad é configurada da seguinte forma: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível universitário, 6 profissionais de nível médio, conforme as portarias 336/02 e 130/12.

Inicialmente, o estudo vislumbrava como participantes da pesquisa todos e todas profissionais de saúde (níveis básico, médio e superior) do CAPSad pesquisado. O critério inicial para a escolha dos/as profissionais foi pertencer a este equipamento de saúde e ter tido alguma experiência no cuidado com usuário/as de *crack* e outras drogas, mesmo que fosse através de um contato inicial para posterior encaminhamento, não sendo necessário ter experiência no atendimento com o público estudado por um período de tempo previamente determinado.

No entanto, o trabalho no campo me levou a fazer um outro tipo de escolha destes sujeitos em relação ao público que recebia o cuidado, pois considerando os objetivos deste estudo acerca das implicações do curso de vida e sua interferência no cuidado profissional, percebi que o vínculo estabelecido com os profissionais era fundamental para os resultados deste estudo. E apesar de ter tido uma boa relação com a equipe do serviço como um todo, o vínculo de confiança baseado em um diálogo mais horizontal não foi construído com todos. Fizeram parte da pesquisa, inclusive, os profissionais que exercem funções administrativas, conforme pode ser constatado no quadro abaixo, porém, todos/as interlocutores/as desenvolviam práticas de cuidado com usuários/as de *crack* e outras drogas, no referido CAPSad e construíram um forte vínculo de confiança com a pesquisadora.

O número de entrevistados/as dependeu da disponibilidade dos/as profissionais de saúde em participar da pesquisa. Disponibilidade esta, que já apontava à relação construída entre a pesquisadora e os/as 12 (doze) participantes, pois claramente dois profissionais não tiveram coragem de recusar a participação, mas as dificuldades de agenda e outras eram inúmeras. Resolvi respeitar o desejo destes, inclusive por questões éticas, além do fato da entrevista ter um enfoque biográfico, o que solicita um vínculo de confiança entre pesquisadora-entrevistado/a. Por outro lado, percebi a resistência inicial de algumas pessoas, no entanto, notei também que, apesar das hesitações, havia um vínculo e curiosidade, então, após uma conversa rápida sobre possíveis receios, aceitaram e saíram da entrevista explicitando satisfação. Além disto, houve alguns desencontros de agenda com outros profissionais, cujo vínculo permitia sua participação de forma fluída neste estudo, a exemplo de doenças na família, férias, dentre outros fatores.

À medida em que me inseria no campo através de conversas informais, ia construindo um perfil dos/as profissionais mediante a observação do contexto das práticas de cuidado e/ou através das opiniões emitidas sobre assuntos do cotidiano na família, no trabalho, na política, na cidade etc. Um dos instrumentos, que posteriormente, me ajudou a construir estes perfis foi a *Ficha Complementar (Vide Anexo B)* entregue aos participantes para ser preenchida após a entrevista, cujos dados podem ser visibilizados através dos quadros abaixo. Este instrumento foi elaborado no intuito de coletar alguns dados relativos ao perfil do/a entrevistado/a, a exemplo de Idade, Sexo, Formação, Pós-graduação, Faixa Salarial etc., com a finalidade de ter um perfil dos interlocutores.

Dos 16 (dezesseis) profissionais atuantes na equipe, fizeram parte deste estudo 12 (doze) profissionais, conforme quadro abaixo, identificando idade, sexo, formação profissional, cargo/função, vínculo e escolaridade.

Quadro 4: Perfil dos sujeitos pesquisados

Ego	**Idade**	**Sexo**	**Formação profissional**	**Cargo/função**	**Vínculo empregatício**	**Escolaridade**
ROSA	29	FEMININO	Técnico de Enfermagem	Recepcionista	Contrato	Nível Médio
HORTÊNCIA	49	FEMININO	Assistente Social	Agente Redutor de Danos	Concurso	3º grau completo
PETÚNIA	35	FEMININO	Psicologia	Psicóloga	Contrato	3º grau completo
JASMIM	*Falta*	FEMININO	Historiadora	Arte-Educadora	Concurso	3º grau completo
CRAVINA	54	FEMININO	Enfermagem	Enfermeira	Concurso	3º grau completo
LIS	37	FEMININO	Psicologia	Psicóloga	Concurso	3º grau completo
BEM-ME-QUER	35	FEMININO	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	Concurso	3º grau completo
LÍRIO	26	MASCULINO	Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	Contrato	Nível Médio
AZALEIA	57	FEMININO	Assistente Social	Assistente Social	Contrato	3º grau completo
MARGARIDA	44	FEMININO	Psicologia	Supervisão da Raps	Contrato	3º grau completo
PAPOULA	39	FEMININO	Assistente Social	Gerência de Saúde Mental	Contrato	3º grau completo
PERPÉTUA	36	FEMININO	Terapeuta Ocupacional	Gerência do Serviço	Contrato	3º grau completo

Fonte: Ficha Complementar (*vide* anexo B)

Portanto, o universo deste trabalho é formado por 12 (doze) mulheres e 1 (um) homem, cujas idades variam de 26 a 57 anos, sendo 10 (dez) com formação superior e 2 (dois) com formação de nível médio. Entretanto, deste total 2 (dois) profissionais que exercem a função de nível médio no serviço, possuem formação superior. Dos entrevistados, 4 (quatro) são concursados e 6 (seis) são contratados, o que será melhor problematizado no capítulo 4, evidenciando o processo de sucateamento do CapsAD.

Conforme quadro acima, dos 12 profissionais pesquisados, 3 (três) estão exercendo funções de nível médio e 9 (nove) de nível superior, sendo 5 (cinco) possuem vínculo empregatício via contrato de prestação de serviços e 7 (sete) são concursados. Dos cargos de confiança de chefia gerencial do serviço e coordenação de saúde mental da Raps local, chama a atenção a ausência de gratificação para a gerência do CapsAD. Estes dois profissionais são concursados, mas apenas a coordenação recebe gratificação pelo exercício desta função. Vale salientar que a gerência do serviço pesquisado trabalha em outro município desempenhando o mesmo cargo em um outro CapsAD. No entanto, seu vínculo empregatício no outro local é mediante contratação, mas, inclusive no dia da sua entrevista, a profissional relatou que passou em um concurso e está em vias de se tornar efetiva em outro Caps, mantendo a mesma função no serviço onde é lotada. Entre os participantes, 8 (oito) possuem outro vínculo empregatício.

A maioria das entrevistas foram realizadas em uma sala no CapsAD, duas em outros locais de trabalho dos participantes e uma outra, em um restaurante. Todas as entrevistas foram gravadas, e mantido o devido sigilo do momento de coleta, bem como todos os áudios estão com boa sonoridade. As entrevistas tiveram a duração média de 01:30 horas.

Importante dizer que oito entrevistas foram realizadas com a presença de Aline, minha orientanda que teve o meu projeto de tese como guarda-chuva do seu TCC. Outras, somente na minha presença, seja porque estes profissionais não fariam parte de sua pesquisa ou porque se negaram a ter a presença dela pelo fato de o vínculo ser mais forte comigo, o que para mim só corrobora a escolha metodológica que fiz de ter como participantes deste estudo apenas os que se sentiam à vontade para falar sobre a sua trajetória biográfica. A transcrição das entrevistas em que Aline participou foram realizadas por ela, as demais por mim, pacto, aliás, feito com três das entrevistadas em que esta não teve a participação desta durante a sua entrevista.

Inicialmente pretendia entrevistar todos os profissionais que faziam parte do serviço e/ou que atuavam de forma intersetorial no cuidado com os/as usuários/as do CapsAD, a exemplo dos/as profissionais do Programa ATITUDE. No entanto, durante o trabalho de campo não houve uma sistemática no cuidado compartilhado de nenhum usuário com demais profissionais da rede. Houve algumas trocas entre os serviços, porém, de forma esporádica. Além disto, na medida em que aprofundava o trabalho de campo, conforme disse anteriormente, percebi que para realizar uma entrevista que atendesse aos objetivos deste estudo, seria necessário um vínculo de confiança forte com o/a entrevistado/a já que este/a não se sentiria à vontade de discorrer sobre sua trajetória biográfica sem que esta relação fosse

estabelecida, o que se tornou um elemento dificultador, já que não tinha contato com os profissionais do Programa Atitude por não presenciar de forma sistemática diálogos sobre o cuidado compartilhado de usuários/as que frequentavam os dois serviços.

No período do trabalho de campo, participei das suas atividades terapêuticas e de diversas reuniões, inclusive de momentos de lazer como confraternização da equipe, fato que favoreceu a relação estabelecida com muitos membros desta, ficando de fora, apenas aqueles que demonstraram algum tipo de hesitação em participar da entrevista. Geralmente, estes tinham um vínculo frágil com a pesquisadora. Nestes casos, não caberia insistir, primeiramente pela obviedade no que tange à questão ética e, posteriormente, pelos atravessamentos nos resultados, tendo em vista que a abordagem ao curso de vida do profissional supõe que o/a entrevistado/a se sinta à vontade para responder de forma mais verossímil.

Assim, o número de entrevistados/as foi reduzido no decorrer do trabalho, ficando de fora alguns profissionais, o que não inviabilizou que os demais profissionais da equipe do serviço entrassem no contexto da observação realizada nos momentos grupais destes profissionais na interação com usuários/as no cotidiano do CapsAD.

4.2.3 *Qualificação dos dados*

Através do Curso de Vida, foram apreendidas as fontes de estigmas que envolvem o cuidado de profissionais de saúde e a relação deste com o modelo de atenção e/ou gestão do local. Busquei ainda a relação dos processos de estigmatização que, por ventura estivessem atravessando as práticas de cuidado do/a profissional de saúde no sentido de apreender como este cuidado era garantido e/ou como eram construídas barreiras de acesso aos serviços da rede.

Tentei também, através da apreensão da trajetória institucional da pessoa-profissional, compreender as concepções pessoais que atravessam o cuidado profissional, podendo ser questões de ordem étnico/racial, classe social, gênero, religião, dentre outros valores morais que possam vir a construir juízos de valor sobre usuários/as e usuárias de drogas, evidenciando suas implicações nos atos de cuidado. Estes podem ter sido fatores que contribuíram para um cuidado imbuído de processos de estigmatização ou humanizado, possibilitando a integralidade no cuidado e reinserção social de usuários/as e usuárias.

Além destes elementos, as práticas de cuidado foram apreendidas a partir da lógica de acesso destes/as usuários/as à rede mediante o cuidado compartilhado, conforme preconizado no Manual da Clínica Ampliada e Compartilhada (BRASIL, 2009). Foram considerados também a construção ou não do PTS, a consideração das estratégias de redução de danos nos atos de cuidado, e a relação dos processos de estigmatização, dificultando as práticas de cuidado dos/as profissionais de saúde com o público pesquisado. Estes também foram elementos apreendidos para atender aos objetivos da pesquisa.

A apreensão do cuidado ocorreu também através da análise dos valores e ideias relatados pelos profissionais nas entrevistas. A análise de inserções institucionais ao longo da vida, nas dimensões pessoal e profissional, seja na instituição familiar, escola, trabalho, lazer ou demais instituições que compõem as redes de sociabilidade dos participantes da pesquisa, contribuiu para apreender as concepções que cerceiam o cuidado, se imersa em princípios da Reforma Psiquiátrica e Antiproibicionista, ou Manicomial e Proibicionista, revelando distintas perspectivas teóricas e operacionalização desta teoria acerca da saúde mental e drogas no SUS.

Na perspectiva do curso de vida, alguns acontecimentos da trajetória biográfica dos sujeitos, a exemplo da própria experiência de consumo do álcool e/ou outras drogas ou o de familiares, foram considerados "pontos de viragem", "transições" ou experiências transformadoras, que, de forma contingencial, operaram rupturas significativas no curso de vida destes/as. Por sua vez, contribuíram para a produção de suas implicações nas práticas de cuidado, se constituídas em cima de valores estigmatizantes ou de valorações que consideram a singularidade dos/as usuários/as e vise à reinserção social dos/as mesmos/as.

Assim, um dos fatores considerados é a internalização ou incorporação, pelo profissional, das políticas públicas de saúde mental e drogas, legitimadas pelas portarias ministeriais e marcos de Direitos Humanos, bem como a implicação pessoal-empática do profissional, acionada durante as práticas de cuidado profissional. No entanto, temos que observar que esta incorporação do discurso, que contempla as políticas públicas e os Direitos Humanos na área de saúde mental e drogas, se caracteriza como fundamento de sua prática ou como mera repetição de discursos tidos como politicamente corretos para o ambiente de trabalho, muitas vezes sendo internalizados como mera reprodução do que se escuta de colegas e/ou gestores do serviço ou da Raps. Estes constituem indicadores que revelam a experiência institucional no serviço e o processo de formação do profissional no que concerne à temática AD.

4.3 Experiências e implicações, pessoais e organizacionais

Finalmente, a terceira etapa da pesquisa consistiu na análise dos dados mediante a interlocução entre as dimensões coletiva e pessoal do Curso de Vida dos participantes da pesquisa, e sua relação com as implicações nas práticas de cuidado realizadas com os/as usuários/as de drogas, na caracterização da vulnerabilidade programática.

Tendo um teor mais analítico do que as demais etapas, essa última serviu para tecer um diálogo e cruzamento dos dados coletados nas etapas anteriores, constituindo, portanto, uma segunda análise. Neste aspecto, seguimos Becker (1999), cuja análise proposta por acontece de forma concomitante e após a coleta dos dados, fato que pode contribuir para o surgimento de novos *insights*, conforme afirma Vasconcelos (2011, p.144), ao trazer a ideia de que não se trata de abandonar as hipóteses ou o raciocínio hipotético como um "dispositivo de formulação do objeto", mas, - inspirado em Becker - o autor sugere "a adoção da estratégia que metodólogos como o próprio Becker (1999), que chama de "indução analítica" ou "análise sequencial".

4.3.1 *Análise temática e hermenêutica*

Na medida em que passavam os dias convivendo com profissionais e usuários/as, ia apreendendo a dinâmica do serviço e descobrindo um dado novo. Nesse sentido, os apontamentos no caderno de campo foram cruciais para a tessitura dos dados coletados. As histórias ouvidas, presenciadas não ocorreram de forma linear, cabendo a mim oferecer um sentido na medida em que tecia os acontecimentos presenciados e/ou ouvidos através das narrativas dos sujeitos envolvidos nos cenários cotidianos da RAPS. Deste modo, como já dito, o processo de análise constituiu-se ao longo do trabalho de campo e, após a transcrição das entrevistas, por meio da escuta dos áudios e leitura flutuante dos relatos coletados, foi-se tecendo uma grande colcha de retalhos, cujas diferentes temáticas emergentes geravam uma categoria analítica distinta.

Embora a metodologia esteja dividida em etapas, o recurso analítico foi utilizado constantemente na medida em que os registros no Diário de Campo auxiliaram a emergência de temas que serviram para subsidiar o refinamento das observações no campo, bem como na elaboração do roteiro de entrevistas, as etapas, estando, portanto, imbricadas.

Operacionalmente, as entrevistas foram tratadas por meio de uma **Análise Temática**, que consiste na descoberta "[...] dos núcleos de *sentido* que compõem uma comunicação cuja

presença ou *frequência* signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. Para Bardin (2011, p.96), sendo o tema uma "unidade de significação" que se descola do texto analisado, de acordo com a teoria que baliza a leitura do pesquisador,

> Sob a aparente desordem temática, trata-se de procurar a estruturação específica, a dinâmica pessoal, que, por detrás da torrente de palavras, rege o processo mental do entrevistado. Cada qual tem não só o seu registro de temas, mas também a sua própria maneira de (não) os mostrar. Claro que tal como se pode, ao longo de várias entrevistas, e sobretudo se forem muitas, ver manifestarem-se repetições temáticas, pode também ver-se tipos de estruturação discursiva. (BARDIN, 2011, p.96)

Geertz (1989, p.25) considera o próprio processo de análise como uma interpretação, ou seja, uma interpretação da interpretação, na medida em que, segundo o autor,

> "[...] começamos com nossas próprias interpretações do que pretendem nossos informantes, ou o que achamos que eles pretendem, e depois passamos a sistematizá-las [...]", ou seja, nossos textos passam a ser interpretações [...] que, em sua opinião são, de segunda e terceira mão, pois, "somente um "*nativo"* faz a interpretação em primeira mão: é a sua *cultura"*.

O cruzamento dos dados apreendidos nas dimensões coletiva e pessoal do curso de vida dos participantes deste estudo, permitiu a apreensão das inserções de nossos interlocutores ao longo de suas trajetórias biográficas. Ao conhecer as instituições de pertencimento e as influências destas mediante relato nas entrevistas na produção de implicações, foi possível localizar os *'pontos de viragens'* que redimensionaram o cuidado profissional dos/as pesquisados/as, a exemplo da experiência familiar com álcool e/ou outras drogas, bem como acerca das implicações presentes no cuidado profissional com este público, advindas do percurso pessoal destes, revelando a determinação da socialização institucional (família, trabalho etc.) na construção de olhares e cuidados tanto no âmbito profissional como familiar. Sobre isto, veremos de forma mais pormenorizada na análise propriamente dita.

A perspectiva analítica adotada neste estudo é a hermenêutica dialética, fonte inspiradora para a tessitura analítica dos dados coletados. Para Minayo (2002, p.83-84),

> A hermenêutica se move entre os seguintes termos: compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade, necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes e significado, símbolo, intencionalidade e **empatia** como balizas do pensamento. A dialética, por sua vez, é desenvolvida por meio de termos que articulam as ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social. (grifo nosso)

Aqui a hermenêutica é vista como uma disciplina voltada para a compreensão de textos. Estes, por sua vez, serão entendidos de forma ampla, podendo ser um documento, livro, narrativa, biografia, entrevistas, dentre outros. Mediada pela linguagem e possuindo o presente como unidade temporal, esta perspectiva, de acordo com Minayo (2002, p.84) "marca o encontro entre o passado e o futuro ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual [...]". Entretanto, a linguagem dentro da hermenêutica nem sempre é direta, transparente no que comunica já que possibilita tanto o entendimento como o não entendimento, embora nunca se entenda totalmente uma dada realidade, sempre de forma parcial.

4.3.2 *Minhas implicações*

Inspirada em Cecílio, Carapinheiro e Andreazza (2014), assumo nesta pesquisa o estatuto de pesquisadora de saúde/profissional de saúde que me confere um lugar ou lugares implicados como forma de olhar advindas destes estatutos. Os autores se referem à dedicação de profissionais como militantes, gestores, profissionais de saúde que se debruçam em estudar as suas próprias práticas profissionais. Assim, surge uma gama de pesquisadores que possuem "duplo estatuto", como de "pesquisador da saúde/gestor da saúde", ora "pesquisador da saúde/profissional de saúde" ou o que denominam de "tríplice estatuto" na forma de "pesquisador/gestor/profissional".

Tais autores, baseados na teoria das implicações de Lourau, se colocam aceitando as suas próprias implicações durante a abordagem analítica. É neste sentido, que me coloco nesta pesquisa, pois apesar da maior marcação como profissional de saúde e pesquisadora/docente, o tempo relativamente pequeno na gestão de um serviço do que hoje se denominada Raps, inscreveu uma experiência na qual pude apreender as dificuldades que alguns profissionais tinham no cuidado em decorrência de suas implicações pessoais morais. Porém, vale lembrar que ao passar no concurso para Psicóloga da Prefeitura do Recife, e ver que seria lotada em um CapsAD, eu mesma hesitei e tentei ir para um Caps II, cujos/as usuários/as estariam no serviço devido a problemas relativos a saúde mental, sem atravessamento de uso de drogas. Eu também tinha internalizado um olhar estigmatizante sobre estas pessoas! Entretanto, não tive sucesso na transferência e tive que ficar no serviço

que cuidava de pessoas que tinham problemas relacionados ao uso de drogas. A experiência com este público resignificou o meu olhar e prática de cuidado. Portanto, o objeto desta pesquisa surgiu a partir das minhas próprias implicações. Durante o tempo no serviço pude perceber que estes estigmas circulantes produziam discriminações de profissionais no cuidado com as usuárias do serviço, assim como já tinha acontecido comigo. Além, desta experiência, as inserções na Raps como pesquisadora reafirmaram estas questões que, após um tempo, se tornou objeto de estudo desta tese.

É neste contexto que busco compreender o posicionamento do sujeito nas práticas de cuidado, visando apreender suas implicações de ordem pessoal (moral ou empática) e as implicações organizacionais, relativas aos aspectos teórico-epistemológico-técnico do cuidador no processo de cuidado e em que estas, produzem processos de estigmatização e discriminação no cuidado, aprofundando a vulnerabilidade programática. Ou, em que a experiência institucional revelou "pontos de viragem" que redesenharam o olhar da pessoa-profissional, construindo implicações moralizantes ou empáticas e mesmo as organizacionais.

Assim, reconhecendo a formalidade das parcerias, que produz um engajamento da universidade na produção de um conhecimento que vise o aprimoramento do SUS, os autores criticam o frequente "caráter "avaliativo" para os gestores", já que estes nem sempre se reconhecem nos resultados destas pesquisas, pois a avaliação que eles próprios fazem dos serviços e sistemas de saúde nem sempre coincidem com as pesquisas produzidas na parceria com a academia, produzindo, na verdade, um "estranhamento nos gestores", difícil de ser trabalhado. Nesse contexto, mostram a relevância da "análise de implicação".

Nesse sentido, apreender a implicação dos/as profissionais de saúde, os lugares e pertencimentos institucionais que transitaram ao longo da trajetória biográfica destes nos permitiu apreender à luz das minhas próprias implicações institucionais, do meu triplo estatuto como profissional de saúde, pela experiência como gestora de serviço e pesquisadora, as formas de olhar o/a usuário/a, a gestão, os demais profissionais, a análise sobre a política de saúde mental e drogas, dentre outros temas familiares ao meu universo por ser parte de "um código linguístico" comum, e portanto, apreensível de forma mais direta por mim, com menos estranhamento, na medida em que seus relatos remetiam à um nós genuíno, possibilitando transitar, de certa forma, por uma "autoanálise" ou processo de autorreflexão, em decorrência do triplo estatuto a que referi minhas implicações.

Ao captar, de forma implicada, o "nós", emergiu a experiência vivida nestes estatutos e uma 'percepção do nós' revelou momentos empáticos. Não o "nós naturalizado" que busca a objetividade científica, conforme abordado por Cecílio, Carapinheiro e Andreazza (2014), mas o do reconhecimento da própria implicação.

4.3.3 *Eixos analíticos*

Considerando que o objeto de estudo desta pesquisa se debruça sobre o *Curso de Vida de profissionais de saúde, sua implicação interferindo nas práticas de cuidado com usuários/as de crack, na caracterização da VP*, é importante ressaltar que as inserções pessoais e profissionais (no âmbito do processo da formação) que o/a profissional de saúde teceu ao longo de seus percursos institucionais, trouxeram implicações significativas no desenvolvimento de suas práticas de cuidado com usuários/as de drogas. Ou seja, as *experiências e acontecimentos* no âmbito da vida pessoal e do processo de formação mediante a socialização na família, escola, universidade, trabalho, lazer, dentre outras redes de sociabilidade cotidiana que são vivenciadas pela pessoa no seu percurso biográfico, vão formando a pessoa-profissional, seus valores morais, visão de mundo, ideologia e concepções. Pela perspectiva teórico-metodológica adotada nesta tese, tais implicações são de cunho emocional, teórico, filosófico e ideopolítico. Tais questões visibilizam quatro elementos mais ou menos visíveis nas práticas e relatos:

4.3.3.1 O **quê,** das implicações do profissional, interfere nas práticas de cuidado com o/a usuário/a de *crack* e outras drogas?

4.3.3.2 Como os "pontos de viragem" ou experiências transformadoras estão implicados no Curso de Vida dos/as profissionais de forma significante para a construção das práticas de cuidado com usuários/as de *crack*?

4.3.3.3 Como o processo de estigmatização dos/as usuário/as de drogas (especificamente, o *crack*) na cultura local, constituem práticas de cuidado e dificulta a apreensão da singularidade destes/as e a garantia do cuidado?

4.3.3.4 Como e/ou o que destas implicações dos/as profissionais no cuidado com usuários/as caracteriza a vulnerabilidade programática?

5 “A CASA CAIU!” IMPLICAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO A UNIÁRIOS/AS DE DROGAS

A produção de cuidado no âmbito da Raps supõe que no processo de cuidado realizado nos equipamentos, os profissionais tenham condições de trabalho necessárias à efetivação de um cuidado integral em saúde. As implicações organizacionais podem ser elementos facilitadores ou dificultadores das práticas de cuidado profissionais. Tais implicações refletem as dificuldades e facilidades encontradas pela equipe para o devido cuidado no serviço/rede, podendo estas serem de ordem objetiva (condições físicas do serviço e insumos para realização do cuidado), condições de trabalho (contrato de trabalho, direitos, remuneração etc.) ou subjetivas, relativas ao processo de trabalho (dificuldades na formação técnica, política, comunicação interprofissional, intersetorial etc.).

Neste capítulo, iremos discorrer sobre o modo como o serviço se organiza e neste bojo o que dificultou o cuidado com usuários/as de drogas e que se apresentou numa denominação nativa pelos profissionais do serviço, como “sucateamento”. O sucateamento institucional serve para sinalizar as condições de trabalho em que os profissionais se viram tendo que dar conta do cuidado com o público AD na Raps. Tais condições são fatores que produzem efetividade, resolutividade ou não no processo de trabalho da equipe.

5.1 Sucateamento

Desde o início de minha inserção no campo, me chamou a atenção a precariedade das instalações físicas do CapsAD. Com base nos dados advindos do registro no Diário de Campo e das entrevistas com profissionais do serviço, a noção de sucateamento é o modo como os/as profissionais se referem às *condições de trabalho precárias* no serviço e na Raps. O termo é usado de forma polissêmica, podendo significar deterioração da estrutura física do serviço; descaso com a segurança; falta de materiais de uso diário (limpeza, lanche, café etc.) e para a realização de grupos e/ou oficinas de arte e culinária; ausência de funcionários; manutenção do suprimento (recurso financeiro proveniente do Fundo municipal de Saúde); baixo salário; precarização do vínculo empregatício e ausência de cuidado com o cuidador. Inclusive, a

gerência do CapsAD não recebe gratificação pelo cargo ocupado, o que difere de muitos municípios da Região Metropolitana do Recife.

> Essas condições de trabalho é que não são muito boas né? São os pontos negativos, eu acho que falta melhores condições de trabalho e de salário também (risos) (HORTÊNCIA, Nível Médio)

> [...] Não tinha é, dinheiro e tudo. E a remuneração não é boa. Você ganha dois mil e trezentos reais prá tá com, uma responsabilidade grande, você tem que tá criando as coisas. Caps não é bico. Não é, ah, eu vou lá, vou dar uma horinha e vou me embora, não é. Caps é relação, então, as oportunidades foram aparecendo para outras pessoas, né? E e, e aí foi saindo e alguns, algumas vagas foram preenchidas. [...] (BEM-ME-QUER, Nível Superior)

Em sua pesquisa de doutorado, Campos (2005) refere-se às condições de trabalho em um hospital público. Para o autor, tais condições não são adequadas para a maioria dos/as profissionais devido a vários elementos tais como a inexistência de recursos tecnológicos nos postos de saúde ou hospitais; a dificuldade de acesso de medicamentos e procedimentos diagnósticos ou terapêuticos para a maioria das pessoas devido à falta de recursos financeiros para comprar; poucas oportunidades de aperfeiçoamento profissional; baixos salários dos/as profissionais; pressa devido a agenda cheia de compromissos que impede os profissionais de encontros importantes para o bom andamento do trabalho, dentre outros elementos. Campos (2005, p. 35-36) ainda chama a atenção para o fato de que "[...] cada vez mais os profissionais [são] remunerados por produtividade (e os valores de remuneração são baixos), mais se obrigam a atender a um número grande de pacientes.[83]" Neste contexto o profissional se vê pressionado a atender bem, mas faltam condições de trabalho adequadas para um cuidado efetivo.

Campos (2005, p. 35) frisa que o profissional vive um dilema:

> [...] se recusa o trabalho, fica desempregado, e se aceita o trabalho fica vulnerável. Vulnerável às consequências do seu ato, praticado sem os recursos necessários e suficientes, que recairão sobre ele e só pouquíssimas vezes sobre as instituições e o

[83] O texto de Campos é de 2005 e nesse período realmente a lógica de funcionamento dos Caps era a de modalidades de inserção dos usuários/as em "intensivo", "semi-intensivo" e "não intensivo", que referiam-se procedimentos que incidiam em registros voltados à lógica da produtividade. A portaria Nº 854, de 22 de agosto de 2012 (ver também Nota Técnica Nº 42/2012), altera a lógica de funcionamento destes serviços, e os Caps começam a registrar os atendimentos a partir do Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), cujo objetivo é a flexibilização para os PTS, bem como a possibilidade do registro de procedimentos relativos ao cuidado de usuários/as e/ou familiares dentro ou fora do serviço, contemplando também a comunidade ou outras ações de saúde, a exemplo das reuniões de equipes. A RAAS visa instituir uma nova lógica de funcionamento dos Caps, desfocando da produtividade e buscando a qualificação dos serviços voltados a este público. O MS recomenda que cada município use as informações da RAAS para refletir sobre seus cenários de práticas e ações de cuidado. Resta saber o impacto efetivamente da RAAS no processo e condições de trabalho.

> sistema. **Os salários de grande parte dos profissionais de saúde são baixos. Por outro lado a necessidade de se manterem atualizados é enorme e as oportunidades de capacitação e aperfeiçoamento são reduzidas por falta de tempo e de recursos. O profissional é levado sorrateiramente (ou acintosamente) para o despreparo e a incompetência. [grifo meu]**

Muitos dos fatores acerca da precária condição de trabalho, elencados pelo autor supracitado, aparecem na ideia de sucateamento expressa pelos profissionais, conforme veremos no decorrer deste capítulo. Assim, sucateamento se refere à precariedade dos insumos oferecidos pela gestão municipal, que dificultam o processo de produção do cuidado profissional nos serviços oferecidos pelo CapsAD e pela Raps do município como um todo. Este cenário é visibilizado pela precariedade na estrutura física do serviço, bem como pelas dificuldades e insatisfações no desenvolvimento do processo de trabalho dos/as profissionais.

Krugman e Wells (2015) chamam qualquer coisa que possa servir de instrumento para dar origem a uma segunda coisa, de insumo. A lista dos insumos de uma economia, em geral, são os recursos naturais, o trabalho (o tempo de trabalho dos trabalhadores), o capital humano (os níveis educacionais e as habilidades dos trabalhadores) o capital (máquinas, instalações, edificações) e a tecnologia (a maneira de se combinar todos os insumos para produzir). De forma complementar, usarei também a conceituação de Boyes e Melvin (2006) quando os autores classificam os insumos em três categorias principais: Recursos Naturais (terra, água, minerais, madeira e outros); Trabalho (esforço físico e intelectual das pessoas, incluindo formação escolar, treinamento e habilidades) e Capital: Físico (maquinário e instalações) e financeiro (recursos monetários necessários para viabilizar alguma compra). Para fins de nosso estudo, podemos considerar como insumos do cuidado, as condições de trabalho do CapsAD e da Raps e o processo de trabalho para a efetivação do cuidado com os/as usuários/as e também com os profissionais, sendo estes inseridos na lógica da necessidade de "cuidar do cuidador". Nesse contexto, o sucateamento referido pela equipe do serviço, refere-se aos insumos necessários para o cuidado na Raps e engloba desde as condições até o processo de trabalho, evidenciando as relações que são tecidas entre gestores, trabalhadores, usuários/as, serviço no âmbito do SUS.

Evidentemente, as **condições de trabalho** interferem no **processo de trabalho** do serviço. Contudo, para fins de análise e também visando facilitar a compreensão do/a leitor/a, separamos estes dois conceitos. Porém, em determinados relatos extraídos das entrevistas, pensando em situar o contexto da fala, optamos por deixar a referência destas duas noções - condições de trabalho e processo de trabalho -, visando ressaltar a influência recíproca.

Da ideia de sucateamento, foram desmembrados alguns temas que compõem a primeira parte deste capítulo:

- Condições físicas do local de trabalho e os insumos
- Quadros, Vínculos trabalhista da equipe
- Percepção sobre a Gestão
- As interlocuções com Rede mais ampla

5.1.1 *O contexto de trabalho*

Nas conversas frequentes com os profissionais, uma das cenas que me chamou mais a atenção foi o estado de *deterioração da casa*. Em relação a isto, já na primeira visita ao CapsAD, a recepcionista me apresentou o espaço físico do serviço e, nesse momento, se queixou muito acerca da estrutura física da casa.

Iniciamos o percurso por uma sala que era usada para a realização dos grupos terapêuticos, mas foi inutilizada por estar deteriorada e com cheiro forte de mofo. Esta sala, inclusive, teve a janela arrombada. Vale ressaltar que durante todo o trabalho de campo, eram constantes as queixas relativas à precarização das condições de trabalho no serviço. Muitas vezes, estas vinham acompanhadas de um saudosismo dos/as profissionais acerca de um tempo em que o CAPSad não tinha rachaduras nas paredes e não faltava material para a realização de grupos, pois as condições de trabalho eram melhores etc.

O fato é que, desde a minha inserção no campo, os profissionais falavam, de forma crédula ou incrédula, da possibilidade de mudança de casa, pactuada por meio da coordenação de saúde mental do município, com o Secretário de Saúde. A necessidade de mudança e as expectativas que giravam em torno desta, foi assunto de assembleia realizada entre usuários/as, trabalhadores do serviço, do Programa Atitude e membros do Conselho Municipal de Saúde, coordenação de saúde mental representando a secretaria de saúde etc., sobre os quais discorrerei mais detalhadamente ao longo deste capítulo.

A assembleia ocorreu no dia 16 de setembro de 2015, às 9:30 horas, no próprio CapsAD. Mas a mudança de casa só veio ocorrer quatro meses depois, no dia 05 de janeiro de 2016, no período em que a gerente estava de férias. No entanto, apesar do apelo da gerência e da coordenação de saúde mental para que alguém da equipe ficasse no seu lugar neste período de ausência, ninguém quis assumir o cargo, tendo este que ficar, portanto, com a coordenação

de saúde mental, mesmo que a responsabilidade desta estivesse voltada para coordenar o trabalho em SM/AD na Raps. Não foram explicitados os motivos pelos quais os profissionais da equipe não assumiram a gerência neste período. No entanto, além do clima de desmotivação geral existente, talvez o fato de não haver gratificação para quem ocupa o cargo de gerência do serviço possa ser uma das explicações ou a principal explicação para esta vacância.

No dia da mudança cheguei, juntamente com a Aline às 9:30 horas, e acompanhamos todo o processo. Ao chegarmos várias cenas ocorriam de forma concomitante: usuários/as desmontando móveis e tirando o ar-condicionado de cada sala, telefonemas para agilizar o carro que a prefeitura ficou de mandar para fazer o transporte para a casa nova, dentre outras atividades. Entretanto, havia muita reclamação da parte dos técnicos sobre a ausência da coordenação de saúde mental, o atraso dos funcionários, responsáveis pelo desmonte de alguns móveis e do carro para transportar a mudança. Este, bastante precário, só chegou às 11:30 horas.

Mas, nesse dia, uma cena, dentre tantas presenciadas, me chamou a atenção. Foi quando uma profissional, sentada diante da mesa, na sala dos técnicos, enquanto homens retiravam o material e a sala ia ficando esvaziada, fez um relato emocionado, que, de forma saudosista, incidia sobre como era a casa no início do funcionamento do CapsAD, antes do tão mencionado sucateamento. Neste momento, relata também não estar se sentindo muito bem, estava enjoada. De acordo com esta profissional, há nove anos quando entrou no serviço, recém-inaugurado, aquela casa era linda, cheia de material e equipamentos novos para realização do trabalho, mas com o tempo foram sendo deteriorados, mas não consertados nem repostos.

Além disto, segundo esta, os constantes arrombamentos e o descaso da gestão na conservação do espaço físico possibilitaram as inúmeras rachaduras na casa. E, com os olhos marejados de lágrimas, a profissional desabafa ao dizer de forma emocionada: *"a casa caiu"*. Tal fala emocionada e triste durante o contexto do dia da mudança para outra casa, simbolizou um misto de ansiedade e expectativa, bem como exprimia a sensação de que a equipe estava descrente com o contexto e tinha perdido a esperança. No ar pairava uma sensação de que a mudança parecia não significar esperança de inovação!

No momento da minha inserção no campo, o CAPSad já tinha sofrido onze arrombamentos, sendo o último na primeira semana da pesquisa quando foi roubado um

montante de 800 comprimidos de Diazepam da farmácia do serviço, que já estava com a porta arrombada, fato que ocasionou provisoriamente a mudança de lugar da farmácia até que fosse feito o conserto da porta da sala. Após o roubo, chegaram rapidamente mais de mil comprimidos e os profissionais da enfermagem não sabiam onde guarda-los em segurança. O comentário era que a coordenação de saúde mental já havia solicitado o conserto da porta, porém, de forma irônica, um dos profissionais, que estava perto da conversa, comenta que só não saberia informar "qual a sexta-feira do ano que vem". A saída foi armazenar os medicamentos na sala de atendimento médico. Este foi comunicado em tom de brincadeira por um dos profissionais do serviço que disse: "Olha [Doutor] agora teu consultório está mais equipado. Tem uma farmácia dentro dele!" (ROSA, 2015) Inclusive, devido aos constantes arrombamentos, a janela da sala do consultório onde eram realizados os atendimentos médico e psiquiátrico foi fechada, motivo de reclamação de um profissional médico que aponta para a insalubridade da sala por não ter nenhuma entrada de ar, pois atende vários/as usuários/as com "suspeita" de tuberculose devido ao contato com o bacilo pela rotina na rua.

Segundo relato da gerência do serviço, os arrombamentos são uma realidade constante dos vários estabelecimentos da rua já que a iluminação pública é bastante precária, tornando estes locais mais vulneráveis aos roubos. No entanto, esta relata um episódio que considera uma exceção, pois um usuário, que estava em um momento de maior fragilidade e com um discurso ameaçador, criou um clima de medo em toda a equipe. Depois de várias ameaças, o serviço foi invadido no final de semana e, apesar de não levarem nada, deixaram o local desarrumado, com coisas fora do lugar e prontuários no chão. A gerência relata ter conversado com este usuário, que negou, mas percebeu que este episódio foi significativo para o fortalecimento de vínculo e melhora terapêutica do usuário, bem como na diminuição do medo gerado nos profissionais do serviço. No entanto, apesar do medo e desconfiança, o discurso de culpabilização de usuários/as é negado pelos profissionais do serviço.

Na verdade, neste período, desde o segundo semestre de 2015, coincide com um momento de *contenção de despesas* não apenas no cenário municipal, mas também estadual e federal. Inclusive, houve corte no suprimento, um dinheiro repassado pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS) para que a gerência do CapsAD pudesse dar contas de despesas cotidianas referentes ao funcionamento do serviço, a exemplo de um conserto de fechadura que, neste período foi realizado porque a coordenação de saúde mental tirou dinheiro do próprio bolso. Assim, a palavra sucateamento também era acionada para referir-se à instabilidade no cenário

nacional da política de saúde mental e drogas no Brasil e os reflexos nas dimensões municipais e estaduais, conforme já apontamos no capítulo 1.

Para a gerência que estava à frente do serviço há quase 7 anos, nas várias fases difíceis que enfrentou na gestão do CapsAD, eram realizados bazares ou doações para lidar com os problemas, mas no momento atual dizia estar "trabalhando com nada, fazendo milagre", pois nunca passou um momento tão ruim no serviço (Diário de Campo, 04/set/2015). Mesmo assim, é importante registrar que, foram realizados dois bazares, um só para os/as usuários/as e outro para os profissionais. Em relação aos reflexos do cenário macropolítico no micro, Vasconcelos (2012, 2016) sinaliza o sintoma do modelo neoliberal vigente no Brasil. Este cenário, incide, inclusive, no repasse de verbas à uma gestão, o que nem sempre é garantia de efetividade e resolutividade na Raps, pois é necessário também contar com gestores (Prefeitura/Secretaria de Saúde) que possibilitem condições de trabalho favoráveis a um processo de trabalho humanizado para profissionais e usuários/as.

O cenário de sucateamento das condições e processo de trabalho, certamente gera uma forte inquietação na equipe e nos/as usuários/as. Assim, não apenas a equipe, mas também os/as usuários/as se queixavam revelando a insatisfação com a estrutura física da casa, da ausência de um funcionário para realizar os serviços gerais. No início da inserção no campo, o CAPS estava sem o profissional de serviços gerais, então o serviço de limpeza era realizado pelos profissionais juntamente com usuários/as. Entretanto, após uma pressão de usuários/as e profissionais, a coordenação de saúde mental priorizou esta demanda e uma semana depois de nossa chegada no serviço, este profissional chegou. No entanto, com a iminência da mudança de casa, o profissional pediu para sair devido às limitações de saúde que o impediam de se deslocar diariamente para um local mais distante de sua residência. Além de tudo, o serviço estava em um momento que faltava material para realização das atividades terapêuticas, até mesmo produtos de higiene como papel higiênico, que estavam sendo levados pelos profissionais para uso diário no CapsAD.

Refletindo sobre o cenário exposto acima, percebemos a ausência de condições mínimas necessárias para a manutenção da dinâmica cotidiana do serviço que, na opinião de alguns entrevistados, reflete também uma falta de cuidado com a equipe, conforme discorrerei melhor mais adiante.

> Falta de material, móveis inadequados, quebrados né? Falta, agora mesmo falta telefone. A gente precisa resolver muita monte de coisa por telefone. **O serviço tá doente, a casa em si.** [...] **O que a gente vai oferecer pra usuário? [...] Eu tenho dificuldade [...] de ver meus colegas de trabalho precisando de material para um**

> **grupo, que é grupo específico, mas não tem um material.** Então assim, isso gera desconforto, que serviço não vai funcionar 100%, não vai oferecer o que o usuário precisa, se ele também tá precisando de algo. [...] (ROSA, grifo nosso)

> [...] a gente não tem mais recurso pra nada, então até pra usar isso. Existe alguns algum investimento em termos de geração de renda, JASMIM [referindo-se à arte-educadora] coitada, eu morro de pena, porque ela tenta, ela tem ideia, mas não rola. **Vem o dinheiro, se faz, capacita, mas não desenvolvem, não tem uma coisa estruturada, sabe?** (LIS, grifo nosso)

O escasso recurso financeiro do momento atual inviabiliza melhorias e condições mínimas para processo de trabalho dos/as profissionais. Não há uma continuidade nas ações iniciadas pela equipe junto aos/às usuários/as, inclusive no que concerne ao planejamento e exceção de ações para o reinício do funcionamento do CAPSad na "nova casa". Logo após a mudança, a equipe teve fortes dificuldades de reorganização. Na ausência da gerência e mediante a dificuldade de comunicação e integração com a coordenação de saúde mental do município, se mobilizaram e resolveram fazer revezamento no serviço ficando um técnico por turno. No novo espaço faltava água constantemente e, sem o profissional de serviços gerais, cabia à equipe e os poucos/as usuários/as que estavam frequentando o serviço nas novas instalações, realizar a limpeza, inclusive dos banheiros. O clima era de muita insatisfação, queixas e apatia na retomada das ações junto aos/às usuários/as. Na verdade, o clima apático continuou, a despeito da mudança de casa. Tendo nova localização, o CapsAD precisava ser divulgado no novo território e os/as usuários/as do espaço antigo, serem contatados para viabilizar seu retorno ao serviço, porém, a linha telefônica não estava instalada quando houve a mudança e a equipe, nesse momento se restringia a cumprir o expediente, inclusive, devido ao esvaziamento do serviço, pois se já estava esvaziado na outra casa, nesta mais ainda.

Sem sombra de dúvida, a casa era muito melhor que a anterior, porém ainda havia demandas antigas para um espaço novo, a exemplo da falta de materiais, equipamentos, medicamentos e dificuldades nas novas instalações, sendo feitos alguns improvisos, a exemplo do repouso sem divisória, um ar condicionado inadequado para a necessidade de refrigeração da farmácia, vazamentos, falta de água, a falta de um corrimão para dar segurança na subida da escada de acesso às salas de atendimento, dentre outras demandas. Alguns não reclamaram, mas não se colocaram enfaticamente sobre a responsabilização da gestão no sucateamento. Mas, na opinião de cinco profissionais, o sucateamento das condições de trabalho é responsabilidade da gestão, conforme alguns relatos:

> Não tem um [...] o consultório médico que é necessário, pelo menos isso ter, mas não tem, estão atendendo na farmácia. Se for um paciente cadeirante como é que vai subir pra aqui? [...] A gente teve um caso essa semana, [...] de uma triagem de um cadeirante [...]. Quando a gente viu a família já estava com ele aqui em cima, pegaram os quatro e subiram. Vê que coisa frustrante pra o cadeirante! Isso é o que eu vejo e assim Marilyn eu acho que não é bem a crise que tá fazendo isso. Eu acho a questão da gestão de assim do incentivo da gestão de cobrar de cobrar a quem precisa ser cobrado, porque até eu falei na reunião eu disse "há seis meses a gente lá no outro Caps, já se falava disso aí e já se falava da casa, essa casa ficou 3 meses alugada sem ninguém vir", sabia da necessidade e porque não fizeram? aí aonde eu fico meio querendo entender, você não sabia? porque não fazer? e porque não fez? porque tem que fazer, tinha que fazer, mas não fizeram**.** (LÍRIO, p.25-26) *P- Você fala a gestão, mas a gestão quem é?* E- Da coordenação da Saúde Mental. [...] (LÍRIO)

Inclusive, conforme já sinalizado anteriormente, durante a ausência de um profissional para os serviços gerais, a estratégia utilizada pela equipe para lidar com esta circunstância, foi fazer revezamentos para a limpeza entre os profissionais e usuários/as. Nesse sentido, vale a reflexão sobre o teor terapêutico, neste contexto, para justificar a atividade dos/as usuários/as na medida em que o serviço, diante das condições de trabalho precárias, não está reproduzindo, mesmo inconscientemente, de forma mecânica, o modelo de instituições totais como as Comunidades Terapêuticas (CT), cujo trabalho assume um valor terapêutico para o usuário de drogas "ocupar a cabeça" e não pensar na substância? Sentidos foram produzidos de forma que as atividades produzissem efeitos terapêuticos para os/as usuários/as? Serviram para fortalecer o pensamento crítico do usuário e construir responsabilizações? São dois lados de uma mesma moeda que precisamos observar e serve de reflexão.

5.1.2 *Vínculos profissionais*

No que tange ao Processo de Trabalho e Cuidado, alguns fatores chamaram a atenção, como, por exemplo, a fragilidade no cuidado compartilhado devido às diferenças de vínculo empregatício na rede e a baixa coesão entre a equipe, conforme relato dos participantes do estudo.

Existe um certo saudosismo por parte de alguns profissionais em relação a equipe anterior, desfeita pelo desligamento de profissionais antigos por motivos que iam da busca por trabalhos melhores no que tange ao salário, à distância da residência, ao tipo de vínculo empregatício, se via contratação ou concurso. Mas, também nesta saudade, segundo relatos, estava o sentimento de pertencimento a uma equipe em que o cuidado compartilhado era uma prática vista nas Reuniões Técnicas por meio da discussão dos casos clínicos, confiança, sensação de segurança no trabalho interprofissional, coesão e integração na hora das decisões,

diferente do que muitos dizem sobre a integração na equipe atual. No passado, esta responsabilidade compartilhada no cuidado transmitia para uma das entrevistadas uma sensação de segurança.

> Eu me sentia segura na equipe. Eu tinha aquela coisa de trabalhar...porque é um atendimento complexo, né? A gente é TR de um usuário e este usuário ele também é atendido por todo mundo. Eu sou responsável por um grupo que eu faço, mas aí eu tenho outra pessoa que eu posso compartilhar, porque todo mundo tá alí...todo mundo sabe a história da pessoa. A gente...é uma coisa que dá uma certa segurança, eu gostei disso. (LIS)

> [...] Eu to vivendo o luto, né? Ainda to de luto. É, a gente tinha quando eu entrei há 5 anos, a gente tinha uma equipe bastante jovem e muito, e muito dinâmica e multi, sabe? [...] Sabe, uma gama de, de profissionais que a gente brincava até dizendo: os mais afolozados possíveis, que era [uma] psicóloga, afolozadissíma. Era a que mais criava alternativa para as pessoas que iam chegando e a mais rígida, de todas [era esta profissional]. Então, a gente tinha uma variedade. Por isso que eu achava que era mais incrível e todo mundo se entendia. [...] Aí de, de uns dois anos prá cá gente foi saindo, né? [...] Assim, **o vínculo, a equipe era muito boa, mas o serviço ao longo dos anos sucateando**, né? (BEM-ME-QUER, grifo nosso)

Conforme expresso acima, o saudosismo dos/as profissionais que eram da equipe mais antiga do CapsAD, tem relação com o compartilhamento de ideias, saber construído coletivamente na medida em que todos sabiam da história de usuários/as. Entretanto, é visível o luto não elaborado pela saída dos colegas que, pelos relatos sinaliza um funcionamento da equipe nos moldes da Clínica Ampliada e Compartilhada (2009), na qual uma das prerrogativas do cuidado é, mediante o reconhecimento da complexidade que envolve o usuário e seu entorno (familiares, comunidade na qual está inserido, profissionais responsáveis por seu cuidado) e promovendo uma organização da equipe que possibilite o cuidado compartilhado nos âmbitos do serviço e intersetorialmente, um processo empático no cuidado, dada a predominância de uma comunicação transversal, na qual o profissional exercita sua escuta do outro (usuário/familiares/profissionais/comunidade) e de si mesmo.

Nas observações no campo, membros da equipe teciam comentários sobre a integração da equipe, ressaltando o caráter especial desta em termos de integração. No entanto, no processo de análise das entrevistas foi ficando mais claro a fragilidade na coesão grupal entre os profissionais, fato que remete à obra "Os Estabelecidos e os Outsiders", de Elias&Scotson (2000), cujo estudo em uma pequena comunidade denominada ficticiamente de Winston Parva mostra o processo de estigmatização presente na relação entre dois grupos de moradores, os antigos e os novos, sendo a antiguidade medida por meio do tempo de moradia no local, um elemento forte nas relações de poder estabelecidas entre os moradores devido à

forma de organização das pessoas implicadas nestes grupos. Mediante este estudo, os autores perceberam que diferenças no grau de coesão grupal interna, podem ter peso significativo na relação de forças estabelecidas entre os grupos. Nesse sentido, os referidos autores argumentam que "[...] a exclusão e a estigmatização dos outsiders pelo grupo estabelecido eram armas poderosas para que este último preservasse sua identidade e afirmasse sua superioridade, mantendo os outros firmemente em seu lugar" (ELIAS; SCOTSON, 2000, p.22).

Conforme sinalizei, no CapsAD estudado, apesar de ouvir nos momentos de observação da interação grupal entre os técnicos, que a equipe era coesa, existiam dois grupos nos quais mesmo alguns membros circulando pelos dois, havia uma demarcação forte caracterizada pelos que estavam no serviço há mais tempo e os mais recentes. Além desta divisão, havia uma outra que consistia nos grupos dos concursados e no dos contratados, aspectos que só foram esclarecidos mais diretamente nas entrevistas. As duas configurações grupais apreendidas no serviço expressam "as condições em que um grupo consegue lançar um estigma sobre outro [...]", ou seja, o que Elias e Scotson (2000, p.23) denominam de "sociodinâmica da estigmatização". Esta, presente entre os profissionais pela constituição de alguns símbolos de poder que permitiram esta configuração grupal. Para encontrar a "figuração estabelecidos-outsiders", proposta pelos autores, é necessário haver interdependência grupal como no caso dos participantes desta pesquisa, cujas configuração baseada no tempo em que estava no serviço e/ou na forma de contratação revelava o estabelecimento ou a condição *outsider* de cada profissional.

Também a ideia de que parte da equipe tinha pouco conhecimento técnico, e manejava o cuidado com base em princípios do senso comum, religiosos e sem o uso de limites no cuidado fundamentava o sentimento de superioridade do grupo estabelecido e, possibilitava a preservação da identidade destes e a manutenção do lugar dos *outsiders*. Do mesmo modo havia da parte destes últimos o reconhecimento do saber-poder dos estabelecidos e o sentimento de não fazer parte. Assim, como valores construídos para a atribuição de *status* dentro da equipe era visível marcadores sociais como tempo de trabalho no CapsAD (antigos e novos), o tipo de vínculo empregatício (contrato e concurso) e a disponibilidade dos/as profissionais para estudar temas afins à saúde mental e drogas como elementos fundamentais para legitimar o grupo dos estabelecidos, reafirmando a subalternidade dos *outsiders*. Uma das entrevistadas, inclusive, comentou que tinha vontade de montar um grupo de estudo no CapsAD para que a equipe possa estudar, debater textos e aprimorar o cuidado, mas que

sempre que fala não sente interesse das pessoas. Conta que, a partir de um questionamento sobre como o instrumento da triagem estava sendo utilizado no serviço, levou um livro para circular entre os membros da equipe, mas que devido ao desinteresse das pessoas, foi enfática ao dizer: [...] vou até levar pra casa, o bichinho fica ali abandonado ninguém faz nada com ele" (LIS).

Importante pontuar que, apesar de estar situada no serviço como uma das mais antigas e cuja relação de poder permite sua inclusão no que, inspirada em Elias (2000), chamo de grupo dos estabelecidos no serviço, a profissional LIS propôs um grupo de estudos voltado aos membros da equipe, apesar de tecer críticas à forma de cuidado realizada por alguns profissionais do CapsAD, que estariam situados metaforicamente no grupo dos outsiders. Tal iniciativa sinaliza uma busca de coesão grupal, fortalecimento do processo de trabalho e visa diminuir a distância, minimizando o processo de estigmatização existente entre os dois grupos no serviço, o dos estabelecidos e dos *outsiders*.

Ao entrar no campo, ouvimos vários relatos de insatisfação acerca da forma como foi demitida uma colega (técnica em enfermagem) que estava desde o início da inauguração do equipamento. Tais relatos expressavam a saudade da profissional, mas também remetiam às condições desiguais de vínculo empregatício dos membros das equipes, sendo alguns concursados, outros contratados mediante seleção simplificada realizada pelo município, conforme sinalizei acima. De todos os componentes da equipe do CapsAD, 11 (onze) são provenientes de concurso público e 7 (sete) submeteram-se a uma seleção simplificada e são contratados, destes tem uma profissional recém-contratada em abril de 2016. A segurança é realizada por uma empresa contratada, fato que causou muitos transtornos, ocasionando períodos em que o serviço ficou desprovido deste serviço. Os contratados queixam-se da condição desigual perante os outros. Porém, existe o reconhecimento da parte de parte dos concursados de que existem diferenças significativas entre concursados e contratados.

Na presente pesquisa, em conversas informais durante o trabalho de campo, alguns profissionais chegaram a dizer que os colegas contratados calavam-se diante de algumas situações, evitando expor opiniões adversas por receio de uma rescisão contratual. Dos interlocutores da equipe do CapsAD, participantes deste estudo, cinco são contratados. Dentre os contratados entrevistados, parece existir uma tentativa de silenciar em determinados contextos por ficarem temerosos de perder o contrato de trabalho. No entanto, nem todos conseguem silenciar, conforme aponta um dos interlocutores.

> [...] Talvez a preocupação da equipe seja "Petúnia é contrato, então é melhor Petúnia ficar calada para evitar uma polêmica e o contrato dela pode ser encerrado simplesmente", porque se eu bater de frente com a coordenação, por exemplo, ela pode não renovar meu contrato, mas uma pessoa que é efetiva pode bater de frente o quanto for, o máximo que pode acontecer é uma implicanciazinha pessoal, mas tem consequências, tudo tem. (PETÚNIA)

Nos relatos dos prestadores de serviço foram apontadas diferenças existentes entre profissionais pela forma de vinculação institucional, fato que incidia nas ações e relações destes dentro da equipe.

> [...] pessoas de contrato eu percebo, que são vistas e tratadas de modo diferente pelas pessoas efetivas. [...] Eu poderia até pensar assim, isso é só meu, mas aqui tem [mais pessoas de contrato] [...] [que] já conversei com eles [...]e eles sentiram e sentem a mesma coisa que eu sinto, então aí eu tirei do âmbito do pessoal. Disse: "olha, isso não é seu isso não é com você, isso é do outro. Porque se três pessoas que são totalmente diferentes [também sentem isso] [...], aí eu comprovo que eu não tô doida né? que isso de fato existe, mas aí comprovo que não é só pra mim, aí tira o peso de "o problema não é, a questão é a resistência dessa equipe porque não sei, não sei", **eu só penso que é no sentido desse amor mesmo desse ciúme dessa coisa próxima deles**. (PETÚNIA, grifo nosso)

> Acho que é diferença entre efetivo mesmo aqui. [...] Então, chegou até um ponto que eu [me] perguntei **"eu acho que você não gosta de mim".** [...] Eu acho que é uma coisa erradíssima você ter essa diferença [...] do efetivo para o contratado [...] nós somos funcionários da mesma forma". (LÍRIO, grifo nosso)

Apesar de nos chamar a atenção também um elemento afetivo, como ciúmes da gerência, citado por duas pessoas entrevistadas, este sentimento não é visto de forma isolada, mas num contexto em que se produz o estigma. O ciúme aqui expresso revela a necessidade de atenção e reconhecimento por parte da gerência, cuja relação com a equipe como um todo é bastante positiva, mas significa também sentir-se distante ou excluído do grupo em que a gerência está incluída. Neste caso, dentre os estabelecidos. Por outro lado, no momento em que a entrevistada acima remete aos demais colegas contratados, o sentimento de sentir-se diferente pela vinculação institucional, ressalta que o processo de estigmatização é produzido pelo pertencimento a grupos considerados de forma coletiva, diferente e inferior. Deste modo, conforme Elias e Scotson (2000) enfatizam, a estigmatização social não significa que as pessoas demonstrem, de forma individual, o desapreço por outra, o que seria preconceito. Tomando o estudo em Winston Parva, mas ampliando para outros lugares, os autores Elias e Scotson (2000, p.23) alegam que "viam-se membros de um grupo estigmatizando os de outro, não por suas qualidades individuais como pessoas, mas por eles pertencerem a um grupo coletivamente considerado diferente e inferior ao próprio grupo". Alguns concursados também percebem diferenças entre os dois perfis de profissionais.

5.1.3 *Gestão e (des)cuidado*

Percebi, ao longo das observações, que o significado de sucateamento para a equipe do CapsAD referia-se às "ausências" e/ou "faltas", apresentando uma forte ligação também com a noção de *falta de cuidado*. Estes elementos faziam parte da queixa dos/as profissionais referente à falta de cuidado da gestão para com a equipe e com os/as usuários/as, sendo muito evidenciado pela equipe o sentimento de não estar sendo cuidada e/ou olhada pela gestão (leia-se coordenação de saúde mental e secretaria de saúde do município, ficando de fora a gerência do serviço). Conforme exemplificado abaixo, pelo relato de um dos membros da equipe técnica sobre o comunicado feito na RT sobre o envio de um carro com problemas de segurança para os passageiros, como pode ser lido no seguinte fragmento de entrevista:

> [...] Na reunião de segunda-feira [...] [foi dito que] eles até mandaram um documento por escrito dizendo que o carro tava sem freio, [...]. Olha era tanto problema no carro e enviaram o carro nessas condições, oferecendo risco para as pessoas! O próprio motorista que tava lá dentro né? E aí a gente acordou, que eu acho que foi até um desrespeito a pessoa perguntar, né? **Quem enviou esse carro se o serviço seria o carro como é que a gente vai andar com carro que não oferecem as mínimas condições de segurança? Sem freio, foi uma das coisas, né?** Que eu até questionei, isso é o que eles mandam [por] escrito? Quem sabe a real condição do carro, né? Que até não tem problemas a mais, aí o carro foi devolvido. (HORTÊNCIA, grifo meu).

Este relato acima representa uma queixa geral sobre o sentimento de falta de cuidado da gestão local da RAPS para com os profissionais. O carro utilizado pelo CapsAD é o mesmo do Programa Atitude, numa parceria do governo do estado e município; inclusive acompanhamos um momento em que a equipe do consultório de rua precisaria do carro para fazer visitas, mas foram impossibilitados pelo fato do veículo estar sem combustível suficiente, o que tinha era para ser priorizado por demandas urgentes.

Na opinião da gerência do serviço, o sucateamento do serviço é um elemento dificultador do processo de trabalho e advém do cenário de desvalorização que a saúde mental vem enfrentando no âmbito nacional, porém se torna agravado pela "visão fechada, proibicionista e talvez discriminatória" da gestão municipal já que, segundo esta, o secretário de saúde "não sabe nada sobre saúde, muito menos sobre saúde mental". Este já foi da área da defesa social, e possui uma perspectiva moralista em relação ao uso de álcool e outras drogas, chegando a sugerir, em certo momento, a chamar um pastor para realizar orações no CapsAD.

O sucateamento era referido não apenas em relação às condições de trabalho, mas também ao processo de trabalho, inclusive, no que se refere às informações que circulavam na rede e que, efetivamente não chegavam ao CapsAD, a exemplo das Conferências de Saúde que, segundo informa um dos/as profissionais, não chegou à gerência do serviço informação acerca da data em que ocorreu a Conferência Municipal de Saúde, espaço de debate político e reivindicação para a área. Segundo este profissional, a equipe só soube do evento quando já tinha ocorrido a conferência, sendo "escondido" até a realização das pré-conferências.

> Eu acho que [...] o pessoal que trabalha na rede é um pessoal muito empenhado que isso dê cer...a rede dê certo. Mas, **tem que ter o negócio atrás, o político atrás**, **entendeu? Se não tiver não adianta não, não vai não.** Só a pessoa tá botando a mão no bolso, pagando as coisas e bancando tem uma hora que cansa. Também não pode estar fazendo isso o tempo todo. [...] Isso não é uma empresa privada, é um órgão público. É um órgão de saúde pública. (JASMIM, grifo nosso)

A pauta política é fundamental para o processo de trabalho no SUS, sendo as conferências de saúde, oportunidades para o *empowerment* de usuários/as e profissionais da Raps, por meio do uso do direito de voz e voto. A omissão e/ou esquecimento na divulgação desse evento, contribui para a institucionalização de usuários/as e para a manutenção de um cuidado profissional pautado no assujeitamento destas pessoas, já que a possibilidade de se enxergarem como sujeitos de direito em espaços de sociabilidade e na política, lhes é vetada, legitimando um modelo de cuidado pautado na institucionalização e contribuindo para que o *empowerment* dos/as usuários/as seja dificultado. Nestes contextos, o uso da própria voz e voto costuma ter um forte valor terapêutico na reconstrução do exercício da cidadania destas pessoas, que, na maioria das vezes se veem estigmatizados na sociedade. Assim, tanto usuários/as como a equipe do CapsAD, tiveram este direito amputado e o percurso institucional do/a usuário/a do serviço, ao extrair sua possibilidade de autonomia, os torna invisíveis e reproduz elementos da instituição total. Não obstante, a iniciativa da equipe, de realizar uma assembleia no serviço com usuários/as, profissionais e demais atores da Raps, que discorrerei de forma mais pormenorizada neste capítulo, talvez tenha sido feita para cumprir esta lacuna e evidenciar para a gestão, o protagonismo destes atores.

A coordenação de saúde mental comenta, desde a nossa inserção no campo, que chegamos em boa hora e aponta o difícil cenário da saúde mental no município como um reconhecimento de que a equipe do CapsAD estava sofrida e angustiada, os profissionais estavam cansados e adoecidos, mas, que é "uma equipe com maturidade e compromisso", remetendo à necessidade de valorização dos/as profissionais, bem como revela a necessidade

de um certo *cuidado* com a equipe, que em suas palavras, encontra-se "fragilizada" e evidencia também a fragilidade do seu vínculo com este grupo.

O relato da coordenação estava em consonância com a maioria dos/as profissionais do serviço. Inclusive ROSA, conforme pode ser lido abaixo, ressaltou que os profissionais estavam enfrentando dificuldades relativas ao processo de trabalho, num espaço físico deteriorado, sem a devida manutenção, além da precariedade em certos insumos e, portanto, sem condições de um funcionamento eficaz, fato corroborado por alguns profissionais:

> Tem cobranças [...] que a gente não pode fazer algo, que eu não vou fazer visita domiciliar ao paciente a pé, nunca nesse mundo. Eu não vou ligar, **eu ligo várias pro paciente do meu número, porque eu deixei de pensar em mim um pouquinho, eu [estou] pensando na necessidade do usuário, mas a gente sabe que não é assim. Que é a unidade que tem que dar suporte ao usuário da melhor forma.** (ROSA, grifo nosso)

Neste contexto de sucateamento, o conceito de práticas de cuidado, cujo foco deste trabalho voltava-se ao cuidado do profissional para com usuários/as, foi tomando novas dimensões, e nesta ampliação, passou a me chamar a atenção também o cuidado da gestão municipal para com usuários/as e/ou profissionais da RAPS, em especial, do CAPSad, *lócus* desta pesquisa ou, como estes/as se sentiam cuidados pelos gestores. Um pouco na linha do argumento de Merhy (1998, p.15), ao fazer referência do que decorre da "ótica hegemônica do modelo médico neoliberal", salienta que esta perspectiva subordina a dimensão cuidadora a um papel sem relevância e complementar. No texto, o autor mostra que neste modelo de assistência, a ação dos/as profissionais não médicos/as de uma equipe de saúde, ficam subjugadas a esta lógica médico-assistencial dominante.

Muitas queixas da maioria dos/as profissionais do serviço giravam em torno de aspectos subjetivos, tais como o sentimento de desvalorização e a falta de reconhecimento da gestão para com estes. Este tema se liga ao processo de mudança de casa como um acontecimento significativo que gerou um forte sentimento de abandono da equipe pela gestão. Nesse período, como já foi dito anteriormente, a gerência estava de férias e a coordenação de saúde mental do município ocupava também este lugar.

> Uma coisa que me incomodou foi a gente se mudar pra cá, um exemplo pior, foi o cúmulo, a gente se mudar pra cá, certo que o tempo todo eu tava com a coordenadora de saúde, ela dando as instrução tal entendeu? E de repente as coisas desandou. Porque? Porque na gerência maior teve uma falta de comunicação, e que culpa tenho eu se não teve uma comunicação direta que se resolvesse a coisa? Como aconteceu da

> gente tirar tudo do Caps e colocar tudo de volta não é? **E aí no dia, não custava nada a pessoa dizer "poxa vocês fizeram um trabalho maravilhoso, vocês se mudaram, não veio ninguém pra ajudar, mas vocês foram maravilhosos"**, mesmo se a gente cometeu falha, mas ao menos dizer "olha foi trabalho maravilhoso". Que aquilo ia estimular a gente a fazer melhor. Dizer "poxa, mas vocês têm que fazer mesmo é obrigação", não é obrigação, se a gente for lá dentro da razão não é obrigação. Isso doeu bastante. (ROSA, grifo nosso)

O cuidado em um equipamento de saúde passa a ser revelado pela forma com que os profissionais abordam os/as usuários/as, bem como na interação entre os profissionais da equipe, mas também pela forma que a gestão disponibiliza infraestrutura à equipe dos serviços, oferecendo condições dignas para que o cuidado com usuários/as se efetive e/ou como a equipe se sente cuidada no contexto de trabalho. O "chavão" "cuidando do cuidador", comumente utilizado no vocabulário dos/as profissionais de saúde, na verdade, tem bastante relevância quando apreendemos esta necessidade de cuidado que os profissionais tanto se queixam, como um grito de socorro e sobre a importância de serem olhados, escutados dentro do contexto de cuidado que envolve o processo e as condições de trabalho dos serviços da Raps.

Em relação à perspectiva de agente ativo, que se espera dos/as usuários/as por meio do *empowerment* adquirido mediante o cuidado na rede, podemos pensar que a trajetória, a socialização e a sociabilidade de cada pessoa-profissional o torna ativo ou passivo em relação aos/às usuários/as ou a quem se dirige o cuidado. Retomando a "rede de funções" ou "ordem invisível" tratada por Elias (1994, p.23), as funções exercidas pelo profissional são exercidas para o outro que retribui reciprocamente criando uma "rede de interdependência" que vejo estabelecida na relação cuidador-cuidado, profissional-usuário, gestor-cuidador, gestor-usuário, sem a qual os atos de cuidado não se legitimam de forma genuína e eficaz na construção do Projeto Terapêutico Singular dos/as usuários/as e na operacionalização deste cuidado na RAPS como um todo.

Um elemento importante é a capacidade de reflexão de gestores/as acerca da sua trajetória institucional na rede e o lugar que é conferido a esta pelos profissionais da Raps.

5.1.4 *Rede e (des)responsabilização*

Um dos elementos observados durante o trabalho de campo foi a frágil comunicação entre o CapsAD e os demais serviços da Raps. O fato de apontar esta dificuldade não significa

culpabilizar o serviço e seus profissionais, mas principalmente refletir sobre os sintomas institucionais que possam estar presentes nesta baixa coesão intersetorial e, porque não, no trabalho interprofissional da equipe, como já foi sinalizado. Assim, no que tange a ideia de sucateamento da Raps, extraí alguns relatos:

> [...] Antigamente eu me via inserida numa RAPS que precisava melhorar muito, mas que eu via como [...]: vai melhorar, **tá todo mundo por aí, todo mundo se fortalecendo, todo mundo se capacitando e buscando isso**. [...] (LIS, grifo nosso)

> Por exemplo, eu [estou] numa unidade de acolhimento. Tem colegas na unidade de acolhimento que trabalha no Programa Atitude. Eu trabalho num Caps.[...] Quando eles me relatam coisas do Programa Atitude e eu vejo coisas da Unidade de Acolhimento e coisas daqui, eu vejo que tá todo mundo fazendo a mesma coisa. E- Eu vejo que são programas que de...a princípio deveriam ter objetivos diferentes, mas que **no fim tá todo mundo fazendo a mesma coisa.** *P-Dá um exemplo prático.* Por exemplo [pausa de reflexão]. Poxa, eu não vejo um trabalho assim de, de pegar o indivíduo, reorganizar ele e ele poder viver uma vida é...socialmente...[...] Nuuuum...na Unidade de Acolhimento eu vejo sóoo...eu não vejo assim, pegar a menina trabalhar ela e ela poder viver uma vida plena lá fora. Eu vejo só aquele cuidado assistencial e depois ela tem alta alí. Quando dá uns dois meses, três meses ela retorna do mesmo jeito que ela [estava] antes. (JASMIM, grifo nosso)

Percebe-se, pelo relato de LIS, uma fragmentação no cuidado representado pela ideia de não pertencimento a uma Raps. Por outro lado, se cada serviço está voltado para si, a intersetorialidade é desconstruída. A crítica de JASMIM recai na prática de cuidado que não prioriza a autonomia e inserção social de usuários/as e usuárias de drogas para que possa retomar suas rotinas de atividades cotidianas. Além disto, este relato evidencia a importância de cada serviço ter clara a sua missão institucional para operacionalização do cuidado que, a despeito de ter o mesmo objetivo no que tange à reabilitação psicossocial, também necessita funcionar de forma integrada para, inclusive, garantir a integralidade no cuidado. Nesse sentido, o fortalecimento da Raps passa pelo conhecimento da missão do serviço visando a assunção no cuidado compartilhado de forma interdisciplinar e nos serviços intersetorialmente.

Uma das dificuldades no cuidado com usuários/as de *crack*, álcool e outras drogas, ser compartilhado de forma intersetorial no município, é a visão que os/as profissionais da Raps possuem deste público. O processo de estigmatização e discriminação está fortemente presente, apesar de invisibilizado, quando nos referimos ao cuidado em saúde e ao acesso à rede de cuidados. Conforme Ayres (2013, p.11) argumenta no prefácio do livro “Estigma e Saúde”,

> [...] o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso à saúde e ao cuidado para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, e que a integralidade nos desafia a saber e fazer o 'que' e 'como' para responder universalmente às necessidades de cada um. [...] [Tais] aspirações são praticamente o inverso do movimento descrito pelo conceito de estigma e discriminação, que denuncia universalização onde é preciso diferenciar e diferenciação onde é necessário universalizar. Exploremos restrições de acesso a bens e serviços no âmbito do SUS e encontraremos estigma e discriminação, expressos no desrespeito à cidadania de grupos cuja situação de carência já se 'colou' às suas identidades quase como um traço natural de suas existências, como negros, pobres ou desviantes da norma heterossexual [...]

Como complemento, eu acrescentaria estas restrições de acesso aos serviços da rede, pautadas em processos de estigmatização e discriminação de pessoas que se encontram em situação de sofrimento mental e/ou de uso abusivo ou dependente de drogas (licitas ou ilícitas), conforme poderemos constatar através da descrição a seguir, pois, de acordo com o relato de uma técnica do CapsAD, o acesso ao atendimento de usuários/as de *crack* no Hospital Geral do município, cujo nome fictício para fins deste estudo será Hospital Salvador Dalí, foi bastante difícil, principalmente quando este tipo de usuário começou a chegar na rede de saúde local. A profissional relata um episódio em que precisou levar um usuário de *crack* ao serviço, e que se deparou com uma ausência de apoio intersetorial devido à estigmatização com um usuário desta droga:

> [...] fomos levar ele pra o [Hospital Salvador Dalí] e, **ao chegarmos lá [...], eu tive que mentir que era álcool, não pude dizer que era droga, que era o *crack*. Porque os hospitais hoje não, né? Mas naquele tempo o hospital não aceitava que usuário era de *crack*, né?** até hoje tem problemas com álcool. Eu disse: é usuário de álcool. E aí entrei no médico ele tá em abstinência, realmente ele estava delirando né tudinho. E aí ele entrou depois a gente conseguiu a família ir pra lá, ele fez a desintoxicação como se fosse pra álcool, mas mesmo assim a desintoxicação é uma. É o soro né? O Diazepam que eles deram e o haldol, mas eu tive que mentir eu disse que não era. (CRAVINA, grifo nosso)

O fato de mentir sobre o tipo de droga que o usuário usava aponta, por parte da própria profissional, mais do que uma precaução e cuidado, visando garantir o atendimento de urgência devido à necessidade do usuário, mas leva-nos a supor que o ato de evitar o estigma que esta acreditava existir nos profissionais do hospital, reforça o processo de estigmatização e discriminação em relação aos/às usuários/as de *crack*, bem como a falta de responsabilização do Hospital Geral sobre o cuidado com este público e também com o de outros tipos de drogas, a exemplo do próprio álcool. Apesar da atitude da profissional do CapsAD visibilizar o estigma internalizado de periculosidade que circunda os/as usuários/as

de *crack*, sob a forma de discriminação nos moldes em que o conceito é usado por Parker (2013), precisamos estar observar mais atentamente os elementos que interferem no aprofundamento da "sociodinâmica da estigmatização", como as condições e os processos de trabalho que envolvem as práticas de cuidado profissional que culminam na discriminação de usuários/as e usuárias de drogas.

Devido às dificuldades de acesso de usuários/as do CapsAD ao atendimento do Hospital Geral do município, a equipe convidou a direção do serviço, representada pelos diretores médico e administrativo da instituição, para realizarem conjuntamente uma pactuação do fluxo de usuários/as do CapsAD para a unidade. A reunião ocorreu no próprio CapsAD numa RT, e contou com a presença de profissionais das duas unidades da Raps, mas também com o psiquiatra e uma técnica do Caps II, convidados pela gerência para a discussão sobre o fluxo da saúde mental e drogas no que tange às demandas clínicas deste público.

A equipe do CapsAD iniciou a reunião relatando várias situações de dificuldade de acesso ao atendimento no Hospital Geral. No relato dos/as profissionais, apenas o usuário/a de álcool foi exemplificado, fato justificado pelo psiquiatra como o que apresenta maior demanda. Segundo este e os demais membros da equipe do CapsAD, as demandas clínicas apresentadas são pressão alta, diabetes, *delirium tremens*, dentre outras. No entanto, a dificuldade de acesso do público SM e AD ao serviço revela a vulnerabilidade programática da rede do município, já que os profissionais do Hospital deram diversas justificativas relativas ao atendimento deste público, como o fato de o serviço não ter suporte para o tipo de demanda de usuários/as de álcool e outras drogas. No momento desta pesquisa, pudemos perceber as dificuldades de acesso e a produção de estigmas e discriminação no cuidado com este público. No entanto, o contexto apresentado pelos gestores do Hospital, coloca em questão as novas exigências que este público cria para uma equipe que se vê tendo inúmeras demandas institucionais e nos faz refletir sobre as condições e processos de trabalhos necessárias para um atendimento que preconize a equidade, integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade nas práticas de cuidado ofertadas pela instituição.

Uma das situações relatadas pelo auxiliar de enfermagem foi que, ao chegar ao Hospital com um usuário de álcool, este, que saiu do CapsAD compensado psiquicamente, surtou, tendo que ser imobilizado. Segundo relato do profissional que o acompanhou, a médica de plantão "soltou os cachorros", alegando que o hospital não era o local ideal para este "tipo de paciente" e frisou para a pessoa do CapsAD: "você só sai daqui quando chegar um familiar ou o diretor médico resolver. Porque você não trouxe a família?" O profissional

reflete que se era um atendimento de urgência, como acionar a família para levar o usuário? Além disto, relata que os profissionais do hospital se negaram a fazer a administração da medicação do usuário, fato que levou ele mesmo a ter que realizar o procedimento. A gerente do serviço observa que ele poderia ter perdido sua licença profissional! Neste caso, não houve corresponsabilização entre as equipes dos dois serviços (CapsAD e Hospital Geral), conforme recomenda a clínica ampliada e compartilhada (2009), mas isenção de responsabilidade da equipe do Hospital.

Outro relato feito por uma técnica do CapsAD revela que, após um trabalho com um usuário de álcool grave, com um histórico de que sempre que resolve parar de beber convulsiona, este mostra-se bastante motivado para passar pela desintoxicação. É feito o encaminhamento para este Hospital Geral e o usuário relata ter sido destratado pelos profissionais da instituição, volta chorando e frustrado. Em seguida, desaparece do serviço. A técnica comenta: “Espero que ele esteja vivo”, pois segundo esta, ele estava bastante fragilizado, clínica e psicologicamente. Mais um elemento que reforça a dificuldade de acesso, cuidado integral, a interprofissionalidade e intersetorialidade no cuidado, dentre outros elementos produzidos pelo processo de estigmatização no cuidado.

Neste contexto, a desintoxicação é problematizada pelas equipes dos serviços e colocada pelos profissionais dos Caps como demanda clínica que precisa de resolutividade do Hospital. Este, por sua vez, tem a responsabilidade de atender estas demandas da rede. Ao ouvir as queixas, os diretores expressam suas desculpas pelas ocorrências, alegando que recomenda para toda a equipe do serviço que “paciente psiquiátrico e de drogas” tem que ser atendido em suas urgências e emergências clínicas. Entretanto, um dos diretores expõe as condições de trabalho do hospital que inviabiliza o cuidado, a exemplo do fato do hospital estar sem segurança e que, neste caso, seria uma irresponsabilidade atender este público já que o serviço não tendo condições de cuidar, pode colocar em risco a pessoa atendida. Segundo ele, o usuário de drogas tende a abandonar o tratamento devido à fissura pela droga e, geralmente quer sair correndo, mas sem segurança fica inviável este cuidado.

Achamos que, em virtude de ações de cuidado com viés estigmatizante e discriminatório, a esse respeito, vale a pena refletirmos, embora tenhamos consciência de que seja preciso considerar questões programáticas que desenham as políticas públicas locais. Assim, à luz de Parker (2013, p.28-29) torna-se relevante refletir que

> a discriminação tem sido vista como uma espécie de resposta comportamental causada por essas atitudes negativas – ou, como por vezes tem sido descrito na literatura, como

> uma forma efetivada de estigma ou preconceito. Em acepções mais populares, tanto o estigma quanto o preconceito têm sido considerados, em certo sentido, como a teoria, e a discriminação como a prática. Estabeleceu-se então, uma nítida distinção entre ideias, atitudes ou ideologias, e suas consequências comportamentais e ações discriminatórias. Essa distinção entre pensamento e ação, por sua vez, tem servido como ponto de partida para aqueles que procuram intervir, particularmente em relação às consequências do estigma, do preconceito e da discriminação na saúde.

Um dos profissionais relata que existe uma questão cultural com relação aos/às usuários/as de álcool e outras drogas que leva o profissional a ter medo de atender o referido público. Uma técnica do Caps II argumenta que o usuário de álcool é sujeito de direito assim como o diabético, e deve ter o seu acesso ao tratamento garantido. E indaga a todos: qual a diferença entre estes/as usuários/as? Na indagação esta profissional resgata elementos dos Direitos Humanos para dar conta das atitudes discriminatórios dos/as profissionais do hospital com os/as usuários/as de drogas, chamando à responsabilização na cogestão do cuidado. Nesse sentido,

> [...] Muitas intervenções se concentraram nos pensamentos percebidos como determinantes das práticas discriminatórias, procurando modificar as atitudes negativas e reduzir os níveis de atitudes de estigma ou preconceito, para assim obter resultados na redução da incidência dessas práticas. (Parker, 2013, p.29)

Com base no exemplo acima, podemos refletir sobre a responsabilização institucional sobre os/as usuários/as que procuram atendimento e se sentem constrangidos em seu direito de acesso por dificuldades na humanização do cuidado profissional. Parker (2013), ao refletir sobre a amplitude relacional da tríade estigma, preconceito e discriminação como estando no cerne dos processos culturais, das estruturas de poder, bem como da possibilidade de resistência social e política destes processos, aprofunda sua reflexão quando mostra a ligação desta tríade aos processos de desigualdade e exclusão social. Segundo o autor, é por esta imbricação que as relações nesse âmbito tem sido descritas como "violência estrutural"[84].

A violência estrutural, legitimada pelas desigualdades de poder, aliada a processos de estigmatização e discriminação reproduzidos no cuidado profissional junto ao público de usuários/as de drogas, é a responsável pela negação de uma humanização no cuidado mediante a dificuldade de acesso à Raps. Inclusive, durante a reunião entre os profissionais do CapsAD, Caps II e a direção do Hospital Geral, foram apresentadas estratégias de

[84] Parker (2013) alerta o/a leitor/a que as origens do conceito de violência estrutural são incertas. Alguns fazem vinculação com a teologia da libertação, à teoria marxista ou a certa corrente do pensamento antropológico. Segundo o autor, Johan Galtung, sociólogo norueguês é visto como o primeiro pensador relevante a desenvolver o referido conceito.

enfrentamento do problema pelas equipes dos Caps presentes, a exemplo da repactuação do atendimento no hospital aos/às usuários/as destes serviços, visando uma corresponsabilização até mesmo com o acionamento da família de usuários/as para dar conta da lacuna de falta de segurança do hospital, e garantir que tendo a família perto, a responsabilização desta para com o/a usuário/a diminuiria questões ligadas à vulnerabilidade programática do hospital no que tange à articulação multissetorial a partir desta reunião, bem como ao acesso, equidade, integralidade, compromisso e responsabilização profissional. No entanto, cabe à gestão municipal oferecer condições aos profissionais do hospital visando garantir o cuidado com o público que necessita de cuidados relacionados à saúde mental e drogas, bem como de um processo formativo que contemple estas demandas.

5.2 Enfrentando a precariedade

Em um contexto de instabilidade no cenário da saúde mental no Brasil e devido ao que a equipe denominou de estar vivendo um sucateamento na instituição, surgiram algumas estratégias advindas da inquietação da equipe para tentar sanar o problema, como uma *assembleia geral*; *bazar; passeio com a equipe para Calhetas e reunião visando relaxamento e integração da equipe* em vista da tensão pós-mudança de casa que mobilizou os profissionais. Esta última atividade foi proposta pela gerente que, ao chegar das férias, encontrou a equipe com muitas queixas relativas ao período de mudanças e à supervisão institucional.

5.2.1 *Assembleia*

Um elemento que culminou em um processo de reapropriação do cuidado no CapsAD foi o enfrentamento do sucateamento antes da mudança de casa. Ao se darem conta que não foram avisados da Conferência Municipal de Saúde, incerteza sobre a mudança de local do serviço, sensação de impotência da equipe e dificuldades de situar o cuidado voltado aos/às usuários/as e usuárias devido às condições e processo de trabalho, a equipe propôs uma assembleia interna com diferentes atores da comunidade: profissionais, usuários/as e familiares, gestão (coordenação de saúde mental e secretário de saúde), conselho municipal de saúde e demais profissionais da Raps local.

Entretanto, para realizar esta assembleia, antes seria realizada uma pré-assembleia de usuários/as, com o objetivo de ouvir e registrar as reivindicações para levar como pauta na

assembleia geral. Para isto, foram realizadas duas pré-assembleias de usuários/as, sendo uma voltada para o turno da manhã e outra, para o da tarde, nas quais o um relator eleito participaria de ambas e a partir da montagem de uma pauta única, os pontos seriam levados à assembleia geral.

A importância de uma pré-assembleia foi posta em um "grupo informativo" realizado por uma profissional. O grupo funcionou nos moldes de um grupo operativo, cujo objetivo era explicar o que era uma assembleia, seus objetivos e como organizar os pontos de pauta para levar no dia. Compareceram cerca 11 usuários/as (3 mulheres e 8 homens).

Após os avisos iniciados pela facilitadora, esta informa que o grupo continuaria a proposta da semana passada, no qual houve uma reflexão e discussão sobre o caos que se encontra a saúde do município e no estado de Pernambuco. Entretanto, o objetivo daquele momento seria trabalhar as propostas da assembleia, discutir seu conceito e seus objetivos. Pontuou que na assembleia geral vão comparecer todos os turnos do CAPSad e que nela irá discutir e deliberar várias questões de interesse coletivo. Reforçando a importância de todos estarem presentes para terem "voz e voto", bem como a participação de familiares (incluindo amigos e vizinhos), profissionais e que teria a participação de um representante da secretária de saúde. (Diário de Campo, 04/set/2015)

Um usuário pediu a palavra e falou que seria importante se os/as usuários/as que "reclamam" apenas pelos corredores, não se calassem na hora da assembleia. A profissional interrompeu alertando que não precisavam ficar com receio de falar, porque não haveria retaliações futuras. O usuário deu o exemplo do talher, que antes eles podiam comer com faca, mas após um usuário sugerir a suspensão por medo de violência foi suspenso o uso até o presente momento. A facilitadora reforçou que esse era um exemplo que poderia ser levado para a pré-assembleia e votado na assembleia geral, sempre fortalecendo que as sugestões devem ser focadas no coletivo e que assuntos individuais devem se discutir com a TR. (Diário de Campo, 04/set/2015)

A facilitadora lançou três questões: *1 - "o que é que esse serviço precisa? 2 - O que nós podemos melhorar? 3 - O que tem de bom nesse serviço? "*. Destacando que além das dificuldades e precariedades, precisavam mostrar as coisas positivas também. Usou a expressão "tirar leite de pedra" para explicar que apesar da falta de material, os profissionais "se viram" para proporcionar coisas novas em suas intervenções. Deixou o grupo ciente também que algumas propostas votadas na assembleia poderão não ser realizadas de imediato,

mas que pelo menos alguém irá escutá-los e ter as informações da real situação do Caps (Diário de Campo, 04/09/2015).

No grupo também foi explicado quem são os atores de uma assembleia e seu papel, tais como: juiz relator, coordenador e relator. Ela cedeu 30min do grupo para os presentes conversarem, votarem um relator e fazerem a pauta da pré-assembleia. Neste momento saímos da sala junto com a facilitadora do grupo, para deixá-los à vontade e poderem falar sem receio de represálias.

Conforme expresso no Manual do CAPS (2004), é importante o envolvimento de familiares e comunidade na realização de problemas comuns enfrentados na relação do usuário com na rede de sociabilidade do território. Estas ações contribuem para a autonomia do usuário. Inclusive, no material mais recente intitulado "Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA" (MS, 2015) existe a referência à importância do CAPS ser configurado como "[...] um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário [e manter] espaços que expressem o "cuidar em liberdade" e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos [...]". Embora tanto nas assembleias prévias como na geral, alguns/as usuários/as participaram ativamente, mas a maioria manteve uma postura de silêncio revelando passividade. Chamou atenção a pouca participação das mulheres nas reivindicações quando comparada a dos homens, bem como a ausência do Secretário de Saúde que se fez presente apenas através da figura da coordenação de saúde mental.

A assembleia aconteceu no dia 16 de setembro de 2015, estavam presentes usuários/as, profissionais, a gerência do serviço, a coordenação de saúde mental do município (disse estar representando o prefeito e também o secretário de saúde), uma conselheira do conselho municipal de saúde, duas residentes e eu.

Às 9:30 horas foi iniciada a Assembleia, sendo aberta pela gerência do CAPSad e, durante as apresentações me chamou atenção o fato de os/as usuários/as se apresentarem pelos nomes e, em nenhum momento, dizerem a droga que os levou ali. Em muitos serviços, costuma-se ver os/as usuários/as ao se apresentarem, mencionar também a (s) droga (s) de uso (s). Isso me remeteu ao cuidado inclusivo da equipe e a possibilidade de não serem vistos pela droga que usa, mas, pela pessoa em sua singularidade.

O usuário que ficou responsável pela relatoria começou a leitura da pauta construída coletivamente com os demais usuários/as apresentando à assembleia as reivindicações do grupo. A pauta dos/as usuários/as foi a seguinte: Cursos (vínculos com empresas para emprego...); Volta das festas do CapsAD; Retorno das facas (comem com colher e garfo);Cerca elétrica no muro do CAPSad devido a quantidade de assaltos; Horário do lanche ser das 8 às 9 h, pois fica muito em cima do almoço; O CAPSad ter pernoite; Avaliação dos/as usuários/as sobre o TR; Vale transporte não durarem até o final do mês; WC ter chuveiro; Falta de medicamentos; Transporte para; Moradia/abrigo temporário para usuários/as; Ter um bazar/feira cultural para arrecadar fundos, bem como o fato de que não será mais fornecido material de limpeza. A arte-educadora pede para incluir mais dois pontos na pauta: Retorno da Cooperativa; Oficina culinária.

Durante a assembleia, pude me aproximar melhor do cotidiano de dificuldades que a equipe está enfrentando. Inclusive, em certo momento, a enfermeira, que estava sentada perto de mim, se levanta com a sua cadeira e sai do círculo de cadeiras para trocar de lugar devido a uma goteira estar caindo nela. Situação que imaginei se repetir durante o cotidiano da assistência aos/às usuários/as e usuárias.

O usuário responsável pela relatoria se inscreve e fala que todos nós pagamos impostos, que isso não é favor e sim um direito. Percebo o *empowerment* deste usuário e o esclarecimento, diferente de muitos, que permaneceram calados e apáticos. E mais uma vez as mulheres me chamaram a atenção, por remeterem, talvez, a uma internalização da cultura local, calcada em viés um androcêntrico pela qual diante da fala dos homens, estas tendem a se calar.

A coordenadora de saúde mental do município disse que a prefeitura lançou um pacote de gastos, reduzindo despesas. Informou sobre os editais do Ministério da Saúde abertos, com financiamento, para projetos de geração de renda, estimulando profissionais a se organizarem para participarem desta seleção nacional. Por outro lado, a representante do Conselho Municipal de Saúde disse em tom forte: “eu não admito crise na saúde de maneira nenhuma, pois o dinheiro, às vezes, vem e volta para o ministério por falta de alimentar o sistema”. A coordenadora de SM reforçou que toda a discussão de assembleias é levada para os órgãos responsáveis visando dar conta das demandas. A gerente estimulou a mobilização e organização dos/as usuários/as para que o CapsAD entre no pacote de prioridades da gestão.

Um dos usuários cobra diretamente à gestão ao dizer: “a gente sempre fala para a gerente e não sabe se vocês pedem”, argumenta olhando para a coordenadora de Saúde Mental. Então, reclama o fato das técnicas fazerem cota para comprar cal para pintar o serviço e faz uma crítica interessante (se dirigindo à gestão do município), ao dizer que: “apesar da placa constar Centro de Atenção Psicossocial, que atenção [é essa]?” Completa dizendo que pessoas estão ali por amor e conclui: “O que a gente precisa é ser observado”. Esta, inclusive, também era uma demanda dos/as profissionais dirigida à gestão. Ou seja, o usuário aponta diretamente para a falta de atenção, de cuidado, evidenciado pela vulnerabilidade programática tendo em vista que toda a sua fala é dirigida à coordenação de saúde mental, representante da gestão municipal.

5.2.2 *Do limão à limonada*

Como sabemos, o CapsAD, modelo advindo da RP, foi pensado dentro do processo de desinstitucionalização como modelo substitutivo aos manicômios, portanto, a ideia é que usuários/as e usuárias que ingressam no serviço sejam cuidados em suas demandas de uso abusivo ou dependente de drogas, com foco no processo de ressocialização mediante a reabilitação psicossocial, *empowerment* e autonomia dos/as usuários/as. Diferentemente dos internos em uma instituição total, cuja autonomia é negada em troca de um eu mortificado via assujeitamento do sujeito.

Espera-se que estes atores, dentro dos grupos de pertencimento da sociedade, possam ser reconhecidos como sujeitos de direito, aspecto fundamental no tratamento no que concerne à autoestima, reintegração social, autonomia e *empowerment* destes. No entanto, sem as condições de trabalho que envolvem a estrutura física do serviço, segurança, formação em serviço, insumos para o desenvolvimento das oficinas e grupos terapêuticos, dentre outros elementos no cotidiano do trabalho, o processo de trabalho dos/as profissionais, consequentemente o cuidado com os/as usuários/as é afetado negativamente.

Mas, em um movimento de Fênix – renascendo das cinzas - transformando limão em limonada, a assembleia se tornou um dispositivo para trabalhadores e usuários/as expressarem suas insatisfações, advindas das condições e processo de trabalho na Raps. Assim, o exercício da cidadania se pondo na condição de sujeito de direito com poder de voz e voto, deslocou o usuário da posição de passividade e apatia em que se encontrava em seu percurso institucional

no cotidiano do CapsAD e os levou à reflexão junto com os demais usuários/as e equipe sobre o processo de processo de sucateamento institucional. Esta atitude transformou este usuário em sujeito de direito, capaz de reivindicar que a gestão olhe e os reconheça em suas necessidades e direito à saúde.

Com a mobilização interna (profissionais e usuários/as) na preparação, discussão e reflexão sobre os pontos de pauta da assembleia já percebíamos a mudança de postura dos/as usuários/as dentro do serviço, revelando uma implicação pessoal empática no que concerne a uma postura crítica e mais consciente dos impactos do sucateamento do serviço no seu cuidado/tratamento. Para a maioria dos/as profissionais, a assembleia constituiu um ponto de viragem em seu percurso institucional no serviço, além do espaço catártico de fala, pois sendo um momento em que as dificuldades relativas às condições e processo de trabalho foram publicizadas, sobretudo, este momento significou uma implicação política de *empowerment* e autonomia da equipe (e também dos/as usuários/as) relativa às demandas institucionais.

Dentre as recomendações do MS para a operacionalização dos CapsAD, a assembleia é sugerida semanalmente já que a produção do cuidado na Raps é voltada à produção da vida, não se limitando às drogas, mas à pessoa do usuário na medida em que este se posiciona como sujeito de direito, inclusive na produção da sua saúde/vida. No entanto, durante o trabalho de campo não víamos acontecer as assembleias semanais, talvez, diante do cenário de sucateamento institucional, seja um sintoma de "adoecimento da equipe", conforme disse uma de nossas interlocutoras. O fato é que, a despeito dos problemas relatados continuarem a interferir no processo de trabalho, o debate político sobre saúde e direitos, coloca os Direitos Humanos como paradigma ético-político fundamental ao cuidado destes/as usuários/as e esta atividade ressalta a importância de estimular o protagonismo cidadão de usuários/as, familiares e comunidade e profissionais no âmbito do SUS, conforme posto na portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o incentivo financeiro para o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CapsAD III), que indica, no Art. 4º, parágrafo IX –, "estimular o protagonismo dos/as usuários/as e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outros".

Finalmente, a assembleia surtiu efeitos terapêuticos, pois representou um ponto de viragem no percurso institucional de profissionais e usuários/as, extraindo-os da condição de assujeitamento institucional e focando-os como sujeitos de direitos, protagonizando, de forma coletiva o enfrentamento da precarização do serviço e a relevância do cuidado com o

equipamento/serviço. Além de revelar à gestão e comunidade presente, que as implicações organizacionais podem se tornar um obstáculo para o desenvolvimento do processo de cuidado profissional junto aos/às usuários/as, e sinalizando a VP.

5.3 Reciclando Sucatas na produção do cuidado: pequeno apontamento

Este capítulo foi dedicado a apresentar o modo como o CAPSad materializa sua função de oferta de atenção psicossocial a usuários/as de álcool e outras drogas. Enquanto equipamento social, três componentes se articulam para a oferta de serviços em cumprimento de sua função social na implicação organizacional: estrutura física, material para o trabalho e pessoal.

Conforme mostramos, os três componentes são marcados por precarização, denominada pelos profissionais como *sucateamento*. Componentes que, sem a menor dúvida, amplia a dimensão programática que marca a vulnerabilidade dos/as usuários/as de álcool e drogas. De certo que precisamos recuperar o tempo histórico em que a etnografia aconteceu, marcado por um corte de recursos nas três esferas de governo, repercutindo diretamente na ponta – o CAPS, seus técnicos e seus/as usuários/as.

No plano das implicações, posso dizer que esse ambiente organizacional vai gerar um conjunto de emoções: saudosismo pelo passado, desgosto pelo presente e desesperança com o futuro, que se articulam num sentimento de apatia. Esses sentimentos vão se nutrir por e locupletar processos anteriores já existentes no serviço, como: a fragilidade dos vínculos entre os que fazem a equipe, em parte por conta da precarização dos próprios vínculos trabalhistas; o sentimento de desamparo em relação à gestão, processos de desresponsabilização na Raps, entre outros.

Ao mesmo tempo, ou em resposta à apatia, percebi outro movimento. Este, também pode ser pensado como relacionado às implicações que a organização provoca naqueles que dela participam. Neste caso, a ideia de produção de cuidado pode ser ampliada do usuário ao próprio CapsAD, e a partir dos recursos ofertados na normativa que rege o serviço e a Raps, o enfretamento da vulnerabilidade programática aconteceu. Profissionais e usuários/as, organizaram uma assembleia para tornar a gestão partícipe do drama que viviam. Criaram um momento de participação comunitária para dialogarem sobre o processo de sucateamento do CapsAD, tendo como pano de fundo a política macro e micro de saúde, profissionais, usuários/as junto com parcela de representantes da comunidade, como o Conselho Municipal de Saúde juntos

reivindicaram melhores condições para a organização do serviço e realização do cuidado voltado ao público AD.

Este protagonismo de profissionais e usuários/as possibilitou a emergência destes atores como sujeitos de direito, exercendo a autonomia e *empowerment*, num movimento de oferta mútua de cuidado em que tocam em questões relativas aos Direitos Humanos como paradigma ético-político que rege a produção do cuidado voltado aos/às usuários/as de drogas.

A discussão estabelecida neste capítulo deve servir como pano de fundo mais amplo para compreender a dinâmica do contexto em que os profissionais atuavam. No próximo capítulo irei realizar um movimento retrospectivo. Inicialmente, apresentarei outro componente do contexto: o modo como lidam com a Redução de Danos, e na sequência caminharei pelos cursos de vida que me foram narrados, em busca da compreensão sobre os recursos técnicos, teóricos e as implicações que se utilizam para realizarem o trabalho no CapsAD.

6 CURSO DE VIDA E IMPICAÇÕES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO COM USUÁRIOS/AS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SUS

Um elemento bastante presente no cuidado profissional com usuários/as de drogas, mas pouco problematizado, é o curso de vida deste profissional, que consiste no objeto central de estudo desta pesquisa. Os achados de campo que apontam para esta relação, mostrando que curso de vida e prática de cuidado revelam implicações advindas de percursos institucionais diversos dos interlocutores deste estudo, seja no âmbito da família, escola, trabalho ou outros espaços de sociabilidade constituindo o olhar da pessoa-profissional.

Vale relembrar que a discussão sobre implicações advém de uma reflexão inicialmente de sociólogos, influenciados parcialmente pela psicanálise e que constituíram o denominado institucionalismo, para pensar outros atravessamentos não técnicos, ou teóricos que interferem de modo inconsciente no pesquisador durante a produção do saber (BARBIER,1985; BAREMBLITT,2002; ENRIQUEZ, E.,1989; LOURAU,1995). De minha parte, estou usando o conceito para refletir sobre aquilo que está "para além" dos marcos legais, teóricos e técnicos institucionalizados (o que é prescrito) e que, junto com estes configuram a ação do técnico, profissional de saúde (a coisa como realmente acontece) na produção do cuidado. Também como apontado no segundo capítulo, essas "influências", além dos canais formais, nem sempre se configuram como inadequadas, em muitos casos, são ingredientes importantes para a efetividade na ação de cuidado

As ações no âmbito da saúde mental (SM) e álcool e outras drogas (AD) são recomendadas por legislação, normas, documentos e/ou materiais elaborados pela equipe do Ministério da Saúde (MS). Tais recomendações se baseiam nos principais marcos legais, responsáveis pela regulação e mudança no paradigma de cuidado nas dimensões SM e AD. Assim, constituem marcos norteadores do cuidado em SM/AD, a Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2011, de Reforma Psiquiátrica e a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, de 2003[85] que incorpora a Redução de Danos (RD) como estratégia norteadora do paradigma de cuidado voltado para o público AD, conforme já abordamos no capítulo 1.

[85] Política consolidada a partir do grupo técnico interministerial que formulou a proposta da "Política Nacional sobre o Álcool [dispondo] sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade [...]", aprovada através do Decreto Nº 6.117, de 22 de maio de 2007.

Para fins deste capitulo, tomei a RD como analisador do trinômio: curso de vida, práticas de cuidado e implicações, dada a centralidade deste conceito/estratégia na política e a dificuldade recorrente identificadas nos estudos (SANTOS, 2008) em realizar ações de cuidado a partir dele. Nesse sentido, as práticas de cuidado com usuários/as de álcool e outras drogas se configuram de formas diferenciadas nos territórios, não apenas pelo desenho institucional dos serviços, que envolve diversos profissionais com percursos institucionais singulares, mas pelo fato de cada município e seus atores (gestores, profissionais, conselho de saúde, usuários/as, familiares e comunidade) incorporarem a RD para o cuidado em AD, a partir de uma cultura local e/ou processo formativo dos/as profissionais na Raps.

Embora em alguns momentos analíticos, o foco seja no sujeito e as suas implicações (pessoal e organizacional), enquanto profissional cuidador/ra, o cenário macropolítico que revela as condições de produção do cuidado engendrado na interface das dimensões municipal, estadual e federal das ações em saúde mental e drogas, não será desconsiderado. Importante situar que durante a análise, os fragmentos temáticos das entrevistas, em alguns momentos, foram atravessados pelos contextos registrados no Diário de Campo (DC) e os das próprias entrevistas, para que nesse cruzamento de dados, pudesse ser feita uma interlocução, na medida do possível, um pouco mais robusta, inclusive considerando de forma mais integral os percursos biográficos da pessoa-profissional ao longo do curso de vida.

6.1 Redução de Danos e produção do cuidado

De acordo com a "Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil" (2008, p. 19)[86], lançada durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a redução de danos passa a ser legitimada como a abordagem recomendada para o tratamento do/a usuário/a de drogas, cuja orientação é "voltada para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial [...]" e ser utilizada na prevenção, assistência, promoção da saúde e dos direitos humanos.

[86] Dentre as recomendações contidas nesta legislação está a seguinte diretriz: 3.2.1. Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos; 3.2.5. Garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos".

Não obstante, a despeito da RD supostamente atravessar o cotidiano de cuidado no âmbito dos CapsAD, seja nas atividades grupais, nos atendimentos individuais com o Técnico de Referência (TR), nas intervenções realizadas nos momentos de bate-papo com os/as usuários/as, durante o descanso do almoço e lanche ou mesmo no território, por meio do matriciamento[87] realizado pelos profissionais do serviço, e pelas equipes dos Nasf[88] e Consultórios de Rua ou Consultórios na Rua, nem sempre os princípios da RD são internalizados pelos profissionais e usados em suas práticas de cuidado.

Importante chamar a atenção do leitor para que, nos serviços, no nosso caso, CapsAD, pode haver coexistência de modelos antagônicos na abordagem ao usuário/a de drogas. Faz parte do processo de trabalho das equipes dos CapsAD e também dos CapsSM[89], a reflexão dos/as profissionais acerca de comportamentos transgressores de seus/as usuários/as. Embasadas por esta lógica, muitas intervenções foram construídas visando oferecer a este público, um *limite estruturador* na ideia de que tais limites estruturam dores, organizam a vida, tecem reinserções sociais importantes para a reinserção na sociedade. Não foi diferente no CapsAD, *lócus* desta pesquisa, este tema em reuniões técnicas (RT), onde, em alguns momentos, o comportamento de um usuário era ressaltado como sem limites e transgressor.

Sendo um serviço com uma experiência mais voltada principalmente aos/às usuários/as de álcool, com a chegada de usuários/as de *crack* nos serviços, as equipes tiveram que se readequar para dar conta deste novo perfil de usuário. Dentre as mudanças, os profissionais tomaram consciência da importância de um cuidado focado na **baixa exigência**, algo, inclusive, já prescrito há muito tempo como parte das estratégias de RD, conforme já pontuado por Marlatt (1999), mas que parece ter sido esquecido, só sendo relembrado pelas demandas de cuidado relativas aos/às usuários/as de *crack* que chegam ao serviço de forma "desavisada" às equipes, e deixando-as temerosas, dentre outras questões, por não se sentirem qualificadas para oferecer cuidado a este público.

Foi identificado que a baixa exigência favorece a adesão dos/as usuários/as aos serviços da Raps, inclusive ao CapsAD, sendo um tipo de cuidado que possibilita a construção de vínculo

---

[87] Recomendo leitura do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011). Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental na Atenção Básica, nº 34

[88] Consultar Portarias GM 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – NASF e a Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 que redefine parâmetros que serão usados para vincular os Nasf, nas modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde de Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas e cria modalidade Nasf 3.

[89] Embora o cuidado em saúde mental e drogas e suas políticas estejam interligadas, a despeito das especificidades, ao me referir aos Caps I, II, III, modalidades da saúde mental. Para evitar cair na armadilha de como comumente tendemos a chamar "Caps de Transtorno", optei pela convenção CapsSM distinguindo-os dos CapsAD.

usuário-profissional e, consequentemente, o acesso do público aos equipamentos de saúde. Neste contexto, podemos dizer que à medida em que o usuário se sente acolhido, torna-se possível construir uma relação horizontal e dialógica cuidador-cuidado, nos moldes de um cuidado humanizado. Este é um dos aspectos da Humanização no cuidado, a valorização da inclusão de trabalhadores e usuários/as no processo de produção da saúde, pautada pelos Direitos Humanos. A ideia de cogestão, corresponsabilização no cuidado, possibilita a elaboração, de forma compartilhada do PTS dos/as usuários/as, e constrói possibilidades de autonomia e *empowerment* de usuários/as e usuárias. Assim, pautada em prerrogativas relacionadas aos direitos humanos, a RD preserva a liberdade, igualdade, isonomia e dignidade dos atores numa dimensão ética, constituindo uma relação profundamente imbricada entre os conceitos de humanização.

No entanto, existe uma banalização da proposta de política de humanização à saúde, sendo esta, muitas vezes, associada à filantropia, atitudes humanitárias, revelando voluntariado com um manto de bondade e prestação de "favores", e não como um "**direito à saúde**". As ações pautadas por estas intencionalidades, tendem a situar o usuário no lugar de objeto submetido a uma intervenção profissional em que se vê imerso na relação de poder com o cuidador, sendo este último o que detém o saber porque cuida. (BRASIL, 2004). Assim, o usuário de drogas, sendo colocado pelo profissional na condição de "abjeto" (RUI, (2014), supõe o aprofundamento das dimensões da vulnerabilidade - individual, social e programática - pela retirada de direitos da pessoa, mediante o assujeitamento no cuidado (AYRES, PAIVA E FRANÇA JR., 2012). Assim, no processo na relação estabelecida cuidador-cuidado, é importante apreendermos o lugar ou posição em que o usuário é incitado a responder com suas ações.

Durante o período em que estivemos participando da dinâmica de trabalho no CapsAD, a RD era mais evocada quando os profissionais se referiam às ações do Consultório de Rua[90] ou à participação de usuários/as no Grupo Prevenção de Recaída (GPR), que também era denominado

[90] Em 1999 surge o primeiro Consultório de Rua (CR), em Salvador/Bahia, fruto de um projeto-piloto visando dar conta de demandas de crianças e adolescentes em situação de rua, que faziam uso abusivo de drogas. O projeto foi implementado pelo CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Em 2004 foi implantado o primeiro CR, vinculado a um CapsAD, em Salvador. Em 2009, o MS insere a proposta do CR para que seja uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento dm Álcool e Outras Drogas, e em 2010 o CR é incluído no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, visando a ampliação de acesso dos usuários/as de crack aos serviços da rede mediante ações na rua. (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014) Sendo uma equipe itinerante, o CR foca no atendimento em SM. A Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011, "define as diretrizes de organização e funcionamento de Consultório na Rua" (CnaR) que, vinculado ao ESF com equipes específicas itinerantes, se volta à atenção integral à saúde da população em situação de rua, incluindo as demandas relativas às drogas. Em 2012, coordenações estaduais e municipais de saúde mental e atenção básica, lançam uma nota técnica conjunta visando adequar os CR e implantar novas equipes de CnaR, considerando as diretrizes de funcionamento das equipes de CnaR, com base nas portarias 122 e 123 de 25 de janeiro de 2012.

por alguns profissionais como Prevenção de Recaída e Redução de Danos. Esta associação da Prevenção de Recaída (PR) com a RD denota uma confusão conceitual entre estes profissionais.

Inclusive, alguns profissionais, tanto no nível médio como superior, achavam que cabia apenas a alguns técnicos da equipe a responsabilidade por abordar a RD, pois era algo já acordado no âmbito da equipe do CapsAD. Ao perguntar a uma entrevistada, se a equipe do CapsAD trabalha com a RD, ela responde que sim, e que "tem uma pessoa aqui que é determinada para [trabalhar com] aquele [usuário]". Não obstante, um elemento que chamou a atenção em vários relatos foi a percepção de que a RD seria trabalhada de forma localizada, em um grupo da grade de atividades semanal do serviço, seja através dos denominados "grupo informativo", "prevenção de recaída" "grupo de redução de danos e prevenção", "grupos terapêuticos" ou através das ações do consultório de rua, conforme pode ser lido abaixo:

> Redução de danos? É... (pausa) o que a gente faz. Existe muito, a gente usa muito é a questão do consultório de rua pra dar uma ajuda [orientar] nessa questão de redução de danos que vai na, [...]. Vai à busca do usuário não é? [...] (LÍRIO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM)

Observamos que quando o Consultório de Rua[91] era mencionado, geralmente as intervenções junto aos/às usuários/as eram vistas como de responsabilidade dos Agentes Redutores de Danos (ARD). A RD, enquanto estratégia, portanto, não atravessava as práticas de cuidado cotidiana da equipe como um todo. Porém, durante o trabalho de campo, um grupo, particularmente nos chamou a atenção pela menção à RD tanto pelo profissional que facilitou o grupo como pelos/as usuários/as, o que nos permite compreender do ponto de vista dos atores, o manejo e a internalização do conceito de RD, embora a presença da pesquisadora no momento, possa ter influenciado de alguma forma as ações dos participantes, inclusive da profissional. Reproduzo um fragmento de um Diário de Campo (DC) sobre uma atividade de grupo que presenciamos no CapsAD:

> Antes de iniciar o grupo, a profissional menciona que este "não era um grupo operativo, mas, de acolhimento"! [...] A facilitadora focou no final de semana dos usuários já que era um grupo de segunda-feira [o primeiro do dia após um final de semana onde o risco de recaída é mais provável]. O grupo tinha um total de nove usuários, apenas uma mulher. R, usuário de *crack* e outras drogas, disse que seu final de semana não foi muito bom, pois usou maconha e álcool, porém, diz: "fiz redução" no uso, fato que foi valorizado pela técnica ao dizer "você está menos caidinho que na outra semana" e que ele usasse isto como um "reforço positivo". J. disse ter passado o final de semana cuidando da sua casa, pintando e que, apesar de ter o estímulo de uma festa realizada ao lado, não sentiu vontade de beber. Falou que hoje sabe dizer não também às companhias que não levam a nada, e que já percebe quando não sente falta do álcool. A facilitadora do grupo enfatizou o aspecto mais cuidado de sua aparência física, fato

[91] O município pesquisado não tinha Consultório na Rua, mas Consultório de Rua.

> que era notório ao olhar para o seu rosto. Outro usuário referiu que foi à igreja no final de semana e que deve a Deus mais de um mês sem beber. Sr. A. disse que também não foi muito bom o final de semana porque ele bebeu meia garrafa de Pitú. Porém, disse que não bebeu durante a semana e somente no sábado, mas, que queria parar de vez. A técnica pergunta se é isto que ele deseja, onde ele responde que sim. [...] (Diário de Campo, 09/11/2015).

A abordagem de RD utilizada pela profissional focou em aspectos clínicos dos/as usuários/as visando à redução da demanda. Por outro lado, ao perguntar a um dos usuários se este tinha o desejo de parar de vez o uso da bebida conforme ele estava dizendo, a profissional em um movimento empático, aciona a corresponsabilização do usuário nesta escolha relativa ao processo de seu tratamento. Esta, podendo ser a abstinência ou outras formas de RD que o usuário possa optar, fato que pelas intervenções grupais, pressupõe um certo conhecimento teórico da profissional sobre a RD como estratégia de cuidado. Um ponto que merece atenção também é o comentário de um usuário que relata ter passado o final de semana em casa e diz atualmente saber dizer não às companhias que, segundo ele "não levam a nada", comenta referindo-se aos colegas que costumavam beber com ele. Percebe-se que, com a evitação de lugares e companhias onde circula o álcool, este usuário está utilizando da estratégia da Prevenção de Recaída (PR). No entanto, em nenhum momento a profissional fez alguma intervenção reforçando este comportamento, atendo-se ao seu autocuidado com a aparência, num movimento de trabalhar a autoestima do usuário.

Nesse sentido, podemos dizer que a RD pareceu não estar restrita apenas ao grupo denominado Prevenção de Recaída, conforme dito por alguns profissionais, mas atravessa outras práticas no serviço. No entanto, parece haver um desconhecimento dos técnicos - enquanto equipe - deste atravessamento, parecendo ser uma prática de cuidado realizada de acordo com o desejo e a habilidade do profissional em manejar esta estratégia de cuidado, denotando, inclusive uma fragilidade no cuidado interprofissional no serviço e a não transversalidade desta estratégia nas atividades destinadas ao cuidado com os/as usuários/as, fato que pode ser observado pelo comentário de outra profissional ao dizer "trabalho no meu grupo de prevenção à recaída. Eu trabalho, né?[92]", sinalizando a fragmentação do processo de trabalho da equipe ao abordar a RD.

Após observar o grupo descrito acima, na entrevista pudemos apreender um pouco da compreensão de BEM-ME-QUER sobre a RD. Eis suas palavras:

> Com os usuários a gente trabalha muito a perspectiva assim, de redução do consumo, de respeitar aquilo que ele, se ele quer a abstinência ou se ele quer diminuir. Então, como é que vai fazer essa diminuição? [...] E, o cuidado com a saúde. Aí, chegou a gente já pensa em médico clínico. Outra, é, dentista, se tá com tuberculose, então, começar a ter esses cuidados de

[92] (LIS, PSICÓLOGA)

> saúde, como redução de danos da, que é o que tem também na política, né? Eu acho que são os dois principais. (BEM-ME-QUER)

Percebe-se na referência à política, um certo conhecimento teórico pelo uso de alguns termos conceituais como ‘redução do consumo’ e pelo contexto da fala que, possivelmente a profissional faz referência também à integralidade em saúde. Diferentemente, da observação da participação de usuários/as nas atividades do CapsAD, movidos por uma certa apatia, neste grupo houve uma participação da maioria, exceto das três usuárias (mulheres). Suponho que o fato de manejar o grupo pautando-se no paradigma da RD tenha mobilizado os demais usuários/as nesta atividade, pela abertura e ausência de prescrições normativas como a abstinência e outras posturas moralizantes, além da empatia. Isto nos leva a inferir que esta abordagem pode se configurar como um dos efeitos do processo de desestigmatização do usuário que fala, e dos demais que escutam intervenções descoladas de valores moralizantes e calcadas no “pragmatismo empático”, expressão usada por Marlatt (1999, p 51).

Nesta pesquisa, de 12 entrevistados, apenas dois conseguiram fazer uma referência à política, ressaltando que estas pessoas têm experiência em gestão. A interlocutora citada acima referiu-se à política na interface com o manejo grupal, e sua experiência é como técnica. Sua ênfase recai no uso da RD como uma estratégia clínica que visa à redução do consumo, e formas de uso presentes no cardápio de possibilidades de cada usuário, de forma singular. Na interlocutora abaixo, percebe-se uma visão focada no conceito de RD e sua aplicação no serviço e no território, configurando uma visão que engloba política e cuidado.

> [...] Eu acho que tem uma questão central, [...] da redução de danos como paradigma e [...] como estratégia. Quando eu falo de princípios lá, de entender a política. Eu acho que as equipes tinham que ter uma reflexão maior, um entendimento maior da redução de danos como paradigma. Primeira coisa como modelo, como referência, ne? [...] a redução de danos o que ela traz? [...] ir ao encontro do outro, poder trabalhar com as possibilidades do outro, né? **É, se desprender [...]dos padrões morais,** né? É, fazer pontes com a cidade. [...] Porque é esse conjunto, é essa possibilidade, de enxergar o outro, de colocar o outro numa posição, numa outra posição, de apostar no outro, isso tudo comunga com o que a redução de danos nos traz como modelo, como princípio e como paradigma. [...] Porque a estratégia ela só tem sentido dentro de um universo. Eu não vou discutir padrão de uso, diminuição de consumo apenas isoladamente. Eu tenho que discutir dentro de um contexto. **Esse contexto de intervenção tem a ver com a minha visão e tem a ver como eu estabeleço a relação com o outro** (MARGARIDA, grifo nosso).

A interlocutora acima considera a complexidade de um contexto que precisa ser apreendido, tendo a política de drogas como norteadora de um cuidado pautado na RD, sem

desconsiderar o território fazendo “pontes com a cidade”. Visibiliza a importância de um vínculo empático do profissional com o usuário através da ideia de “apostar no outro” para, dentro deste contexto macro, discutir padrão de uso da droga, bem como na possibilidade de autonomia do usuário mediante a construção de possibilidades para sua reinserção. Nesta lógica, a atuação do profissional se daria por meio da construção de relações de poder horizontais e dialógicas na interação deste com o usuário e a comunidade.

Espíndola (2010), enfatiza a importância da visão do profissional para o estabelecimento de uma relação fluída com o usuário, e considera importante que o cuidador esteja disposto a se **desvincular de valores morais** para o cuidado com este público. Ressalta, portanto, a capacidade de relativização das crenças e valores morais nas práticas de cuidado. Não parece à toa que a maioria das pessoas com experiências em gestão tenham feito referência à RD na interface com a política, uma vez que a elas são requeridas uma maior apropriação teórica dos elementos que compõe a normativa que deveria orientar o serviço.

Os profissionais revelaram entendimentos diversos acerca da RD. Alguns admitem que sentem dificuldades de colocar em prática no serviço esta estratégia, dados semelhantes ao de Espíndola (2010). Ao relatar sua perspectiva acerca do conceito, uma das interlocutoras define a noção de RD por meio da ideia de escuta, encaminhamento, continuidade no cuidado, com ênfase na articulação intersetorial e na humanização do processo de cuidado.

> A redução de danos que eu entendo é como um cuidado mesmo, como cuidar daquele sujeito. É você poder orientar, [...] Ter uma **boa escuta**, né? você poder se for o caso, você poderia me **encaminhar** ele pra outro local, né? você voltar de novo aquele local né? **ter novos contatos com esse sujeito, não apenas hoje**. Se falar um pouco do serviço no Caps, pra eles, pra que eles possam conhecer né? a gente poder se **articular com outros serviços** e falar daquele caso né? [...] Eu acho que a redução de danos [...] é você poder acolher, escutar, encaminhar, sabe? Tratar o outro como ser humano. [...] (HORTÊNCIA)

Uma outra enfatiza a importância de valorização dos sonhos do usuário, sem focar na droga por algum elemento que o usuário almeje em substituição à SPA.

> Eu acho que a redução de danos dele é entrando no emocional. Eu entro no emocional dele [...] **Você pode sonhar se você tá fazendo uso [...] você pode buscar os seus sonhos, quando você busca os seus sonhos você reduz aquilo. Você tira, ele passa a deixar de ter importância, o *crack* deixa de ser algo principal da sua vida porque você está buscando algo para substituir ele naquele dia. Vou buscar os sonhos dele**, vou buscar aquilo que eu começo a trabalhar com ele, o importante para ele. [...] (AZALEIA, grifo nosso)

Abaixo, outra profissional faz uma crítica ao serviço por não ter uma proposta de tratamento pelo fato dos/as profissionais desconhecerem *modus operandis* do CapsAD, e quando usam a RD enveredam pelo viés de substituição de substâncias psicoativas menos nocivas para as menos danosas para o usuário, modelo que Santos, Soares e Campos (2010) denominaram de "consumo-usuário de droga", o qual segundo esta, as intervenções parecem se basear.

> [...] A própria redução de danos é feita de uma forma que não, "oh ta bom, usa ai maconha" ta e como é isso certo? Esse uso de maconha tá sendo legal? Como é que tu tá se sentindo? Sabe, não tenho uma proposta de tratamento. Não existe uma proposta de tratamento, a gente não sabe o que faz aqui no Caps. [...] (LIS)

Pelo olhar de uma das gestoras, a equipe do CapsAD possui uma noção sobre RD, no entanto, ela mesma enxerga contradição nos discursos dos/as profissionais.

> Eu acho que [...]redução de danos [...] é [...] você usar estratégias para diminuir o dano à saúde, mesmo [...] a pessoa usando droga. Então, de que forma a gente pode cuidar da saúde dele sem exigir abstinência? [...] O entendimento eu acho que todo mundo tem, mas ainda eu pego o discurso de que [o usuário] tá há três meses em abstinência isso como um critério de que ele tá bem. Então, isso é contraditório. [...]. (PERPÉTUA)

No relato a seguir, o profissional não reconhece a abstinência como uma possível estratégia de redução de danos que pode ser opção do/a usuário/a, respeitando sua singularidade e poder de decisão sobre o seu tratamento. Neste relato, a profissional mostra dúvida conceitual a partir da experiência no serviço e defende a abstinência, numa perspectiva proibicionista, embasada pela experiência pessoal e não pela leitura e apreensão de aspectos teórico-técnicos sobre a RD.

> [...] Marilyn, eu acho que tem alguns usuários que [...] essa redução de danos ela pode existir. Mas eu acho que para outros usuários [...] tinha que ser abstinência mesmo. [...] Não sei se essa redução de danos para todo mundo [...] é legal na vida de todo mundo não. Eu não sei não, pode ser... (JASMIM)

O relato abaixo reflete a síntese de uma gestora sobre o movimento da equipe em relação à avaliação de usuários/as, conforme ilustrado abaixo:

> [...] Mas a gente já conseguiu dar alta a usuário que continuava usando a substância e isso foi um avanço porque o critério na reunião era de melhora ou piora, de usar ou não usar. E aí a gente foi vendo que, alguns, mesmo usando, tinham resgatado emprego, não é? Tava bem no relacionamento familiar, né? Fez alguns resgates da sua vida que não tinha mais o sentido de estar no serviço, mesmo fazendo uso esporádico da substância. [...] Então, um usuário que tinha muito problema com o álcool, mas que com a maconha ele se segurava bem. Porque não dar alta a ele?!?Um usuário que ficou muito bem, que usava *crack* e que até hoje ele vai lá no serviço, fala com a gente e tá super bem no trabalho, mas continua usando maconha, não é? Se você fala isso pra um leigo, a pessoa diz, que absurdo. Mas, para a gente: que massa que ele tá bem na vida dele e continua fumando o baseado dele! Então, [...] [teve] avanços, mas eu acho que a gente ainda tem um caminho. (PERPÉTUA)

A conclusão da gestora sobre o processo de cuidado no CapsAD, sintetizou o manejo dos/as profissionais em relação à RD, revelando uma inclinação quando, na discussão de casos em RT a equipe, tende a considerar como critério de melhora para o usuário, a abstinência. Por outro lado, na avaliação da alta dos/as usuários/as, realizado em equipe, o contexto sociocultural e a reinserção social são considerados mediante o resgate dos vínculos familiares e de trabalho, pesando na decisão para a alta.

Para que possamos compreender melhor os motivos da adesão e/ ou apropriação inconsistente da RD na organização dos serviços quando esta se oferece como base política de saúde, vamos tomar o caminho de analisar o percurso biográfico dos técnicos, sem desconsiderar o pano de fundo onde se configuram as práticas de cuidado destes, a Raps e o serviço em que estes profissionais trabalham, o CapsAD.

6.2 O profissional e o serviço: percurso formativo

6.2.1 *Caindo sem paraquedas no campo AD*

Os dados referentes ao percurso institucional dos/as profissionais entrevistados até chegarem à área de saúde mental e drogas revelou que cerca de metade das entrevistadas chegaram ao CapsAD em decorrência de concurso ou seleção simplificada no município para a área de saúde, não tinham ideia de que iriam trabalhar na Raps e, principalmente com usuários/as de drogas. Muitos disseram ter *caído de paraquedas.*

Tendo passado em um concurso público para cargo efetivo na Raps de um município, algumas profissionais relataram que, no início, tiveram certo receio. Porém, duas delas, devido a experiência que tiveram na época de estágio em instituições que trabalham com o público da saúde mental, passaram a ter medo destas pessoas.

A experiência vivida de forma negativa em outro momento da trajetória biográfica do profissional, revela aspectos de uma implicação pessoal-moral, na medida em que esta tende a aprofundar o preconceito e o processo de estigmatização em relação ao público SM/AD, construindo uma certeza interna de cunho subjetivo, cuja crença é pautada na ideia de periculosidade das pessoas acometidas por transtornos relacionados à saúde mental e/ou drogas. Este tipo de raciocínio binário e universalizante leva as pessoas a tecerem julgamentos morais calcados na ideia de normalidade e anormalidade, visão biomédica do cuidado. Assim, *todas* as

pessoas que são acometidas por algum tipo de transtorno mental, a exemplo do psicótico, são vistas como perigosas, e a visão do profissional pode levar às ações discriminatórias em relação ao usuário, neste caso, a esquiva de contato com o público imaginado como imbuído de periculosidade, incita o distanciamento e a exclusão social destas pessoas.

Ao se depararem com a possibilidade de inserção para o trabalho em um CapsAD, o processo de estigmatização e discriminação dos/as profissionais para com os/as usuários/as, se voltou também para as fantasias acerca do que seria o "louco" e também o usuário de substâncias psicoativas, sendo a ligação destes com a marginalidade e periculosidade, fontes de estigmas mais presentes.

O estigma internalizado fez duas profissionais hesitarem à assunção do cargo decorrente do resultado do concurso público para trabalhar na rede do município estudado, sendo uma delas com receio de "cair" em um serviço focado na saúde mental[93] e outra, no de drogas.

> [...] Quando eu vim tomar posse [...] foi quando eu percebi [...] lá na prefeitura, [...], mas eles não me disseram qual era o Caps [...] aí eu vim procurar [Fulana] [que] disse olha nós temos [...] o Caps infantil, Caps transtorno e CapsAD aí me deu logo um frio na barriga porque a minha experiência em Saúde Mental foi na época do estágio [em um] [Hospital Psiquiátrico] (CRAVINA)

A profissional disse ter ficado aliviada quando a pessoa que estava classificada no concurso à sua frente, optou pelo Caps II tendo em vista o seu sentimento sobre as pessoas que tinham algum tipo de sofrimento mental grave. Um outro relato ressalta a relutância da profissional em ser lotada no CapsAD, esta tentou reverter, mas não conseguiu e teve que assumir o serviço, fato que revela elementos de estigmatização da entrevistada acerca dos/as usuários/as de drogas:

> [...] Quando fui chamada era para o CapsAD! Eu morria de medo, tinha todo o estigma, todo preconceito que a maioria das pessoas tem. [...] Fiquei apavorada. Quase [...] deixei de assumir porque eu ia para um CapsAD. Eu digo, eu vou enfrentar e ver o que é. [...] (PERPÉTUA)

O fato é que mesmo passando em um concurso na área de saúde para o município pesquisado, nove dos interlocutores não sabiam que iriam trabalhar num CapsAD, pois o edital[94] se referia às vagas para a grande área da saúde, não mencionando a saúde mental e drogas. Seis relatam terem se sentido surpresos ao serem encaminhados para a coordenação de saúde mental, cujo cardápio de possibilidades para o trabalho na Raps, incluía CapsAD,

---

[93] Achamos importante também situar na análise o temor que uma das interlocutoras fez à saúde mental e não às drogas, devido ao estigma circulante na loucura tal como nas drogas. Além disto, compreendemos que os seus protagonistas – usuários/as dos Caps SM e AD - tem afinidades ligadas ao processo de estigmatização e discriminação no cuidado e, portanto, são inextricavelmente ligados.

[94] Esta singularidade do edital favorece a inserção na Raps e seus equipamentos de saúde, de profissionais que nunca tiveram desejo em trabalhar na área de saúde mental e drogas.

Caps II ou Capsi[95] para que a escolha fosse feita, respeitando a classificação da pessoa no concurso.

Pelos relatos das entrevistadas, além do desconhecimento do destino quanto ao tipo de serviço que iriam trabalhar, houve da parte de Perpétua e Cravina, uma resistência inicial, advindas de questões subjetivas, ligadas à implicação pessoal-moral desta profissional, na medida em que seus percursos institucionais - na família ou no trabalho - não possibilitaram uma compreensão do uso de drogas como parte do sofrimento e/ou adoecimento do usuário. Cada uma das nossas interlocutoras expressou motivações pessoais e contextuais relacionadas ao seu curso de vida, que as levaram a ter este receio de trabalhar com o público SM ou AD.

Apesar de nunca ter tido a experiência profissional com este público, mas pelo fato de ouvir o relato de uma colega de trabalho que foi agredida por um paciente de um Hospital Psiquiátrico, Cravina naturalizou o estigma com relação a este público, sendo este estigma circulante na sociedade, fonte potencializadora dos processos de estigmatização e discriminação que atuam nas ações de nossa interlocutora com relação a este público. Nesse caso não foi a experiência dela, mas o significado que apreendeu da experiência da colega – de um outro significativo - que produziu a estigmatização e a discriminação com o público em questão.

> Tenho uma colega minha que levou uma bandejada [em um Hospital Psiquiátrico) então eu criei aquele trauma né? De saúde mental e quando eu comecei a ensinar técnicas [da minha profissão] a gente ia pra o [Hospital Psiquiátrico] Ulisses Pernambucano, né? E aí os alunos com medo mas, eu não tinha que passar isso pra eles enfim. Ai eu meu Deus do céu eu acho que nunca na minha vida eu vou trabalhar com saúde mental aí eu sei que eu digo pronto me deu logo aquele frio no estômago [...]. (CRAVINA)

Diante deste contexto, caberia à gestão do município pesquisado clarificar em seus editais de concurso público ou seleção simplificada, o público alvo e locais de atuação dos/as candidatos/as aprovados/as, o que teria por efeito evitar profissionais desmotivados e, despreparados técnica e psicologicamente para lidar com o público da área SM e AD, além de agregar qualificação técnica no preenchimento das vagas.

[95] Para ter acesso a caracterização dos Centros de Atenção Psicossocial, consultar BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*, DF, 2004.

6.2.2 *A Formação Profissional como Paraquedas*

Uma questão que se coloca de forma relevante é quanto ao fato de, após a inserção na rede, não existir a preocupação de investimento da Secretaria de Saúde do município em um processo de formação voltado para as especificidades trabalho a ser realizado, para que estes novos profissionais se aperfeiçoassem e incorporassem a linguagem da área de atuação na Raps.

> **Caí de paraquedas!** [...] Foi bem difícil. [...] no primeiro mês, eu tive vontade de pedir prá sair porque foi bem difícil. Porque o que foi difícil, **não foi o contato com o usuário, não. O que foi difícil foi eu ter contato com coisas que eu nunca...era uma linguagem que eu não sabia. Tinha coisas que as pessoas falavam que eu não entendia nada. Eu não sabia nem o que é que o pessoal tava falando. Eu não conhecia nada. Nada de nada, de nada!** (rindo) E aí, mas depois quando passou esse primeiro momento de estranhamento e eu comecei a fazer o meu trabalho [...] aí foi que...começou a fazer sentido. [...] (JASMIM, grifo nosso)

Pelo relato dá para perceber uma forte insegurança inicial da interlocutora acerca da linguagem técnica utilizada pelos profissionais no contexto da Raps/CapsAD, fato que fez com que pensasse em abandonar o cargo efetivo, ocupado via concurso público. Entretanto, notamos que o percurso institucional contribuiu para o "*percurso formativo"* da entrevistada, através da experiência cotidiana com os/as usuários/as e, com a apropriação do seu próprio trabalho. Esta profissional relata que "caiu de paraquedas", mas no meu entendimento, foi um pouco mais que isso: *caiu sem* paraquedas. Foi na inventividade da experiência cotidiana com os meandros de sua nova função e com os/as usuários/as, que ela encontrou sentido e re-significações do trabalho desenvolvido no CapsAD.

Vários profissionais relataram a ausência de investimento da rede no processo de educação permanente, pois os "cursos" ocorrem de forma muito esporádica e em um formato denominado "capacitação". A maioria é realizada em meio expediente ou em um dia inteiro, com temáticas diversas, como foi citado por uma das interlocutoras, sobre um seminário de medicação que ocorreu há algum tempo. Por outro lado, uma das profissionais ressalta a falta de interesse da equipe em se atualizar, pois segundo ela sempre que sabe de algum curso na área que possibilite a qualificação destes, avisa ao grupo de colegas via WhatsApp e não vê reação.

> Até no grupo do WhatsApp eu tô o tempo inteiro mandando gente, Fulana, Fulano e Fulana tem esse curso aqui online. É gratuito. Ninguém faz! Cursos do Supera que vai o material pra casa, eu fiz três já, né? [...] (LIS)

Uma outra interlocutora enfatizou que durante cinco anos trabalhando no CapsAD só foi disponibilizado um curso, com duração de uma semana. Ressalta a importância da formação em serviço para o trabalho, o que segundo ela, "foi muito rico, [...] riquíssimo, [...]. Eu entrei de um jeito e pensava que dava o melhor de mim, né?". Disse referindo-se ao quanto sentiu ter aprendido. Por ter tido um bom desempenho no curso chegou a ouvir o seguinte comentário:

> [...] a pessoa disse assim: "então, você ganha mais do que eu!" Eu ganho mais?!? Eu até ganho menos, mas o usuário não tem culpa se eu ganho pouco. Então assim, pra mim aquele curso foi muito rico. Porque quando eu saí dele fiz: "poxa eu achei que eu já dava tudo de mim, eu descobri que posso dar além. Se eu me esforçar um pouquinho mais...Então, [...] aquilo pra mim foi muito gratificante. Que é o curso de qualificação, né? Que é atendimento de qualidade ao usuário, qual o usuário não quer ter um atendimento de qualidade?!? Porque eu quero. [...], inclusive no dia [as tutoras perguntaram]: o que vocês acharam do curso? [Eu disse]: Foi maravilhoso! O que você espera? Aí todo mundo disse: **esperamos que todo ano tenha uma capacitação, porque todo ano entra funcionários novos. Então assim, até hoje a gente tá esperando que venha mais**! [...] (ROSA, grifo nosso)

A "capacitação" esporádica é uma reclamação da equipe como um todo. Durante o trabalho de campo, ouvi vários relatos, inclusive, de profissionais que não participaram das entrevistas deste estudo.

> Eu sinto falta. [...] Apesar de que [...] **logo que eu entrei aqui, há três anos atrás [...] a gente fez o primeiro curso lá na UFPE[96]. Então fomos três [...] só quem tava chegando, né? Tava meio que caindo de paraquedas, aí ficou aquela coisa assim muito por alto.** Foi bom mas eu acho que ainda precisa uma coisa mais voltada pra redução de danos. (HORTÊNCIA, grifo nosso)

> [...] Nesses últimos anos, né? Aliás, do tempo em que eu trabalho prá cá, foram pouquíssimas vezes que teve alguma coisa e, tipo assim, uma vez ou outra, fui pra algum congresso, né, de, prá ter essa coisa mais científica. *P- Eles financiando?* E- Sim, [a inscrição]. [...] Mas, foi muito pouco assim. E em Recife [cidade que fica perto do município]. [...] *P- Pagavam somente a inscrição, não é isso?* E é porque foi em Recife! (BEM-ME-QUER)

Além da falta de continuidade dos cursos proporcionados pela gestão para a qualificação em serviço, conforme situa Bem-Me-Quer, chamou atenção no relato de

[96] O curso referido pela interlocutora acima foi realizado pelo GEAD – Grupo de Estudos de Álcool e Outras Drogas, da UFPE[96] que, no viés de integração ensino-serviço, consiste em promover aos municípios cursos de aperfeiçoamento e atualização para a qualificação permanente de profissionais, possibilitando ao participante o conhecimento pautado no debate sobre redução da oferta, da demanda e de danos decorrentes das drogas (lícitas e ilícitas).

Hortência que, diferentemente da maioria dos/as profissionais, teve a oportunidade de, ao ingressar no CapsAD, ser contemplada com um curso voltado à área de drogas. Contudo, pelo seu relato, fazer um curso sem experiência na área não possibilitou muito sua aprendizagem por estar naquele momento "caindo de paraquedas", ou seja, *caindo sem paraquedas*. Assim, podemos supor que o *sentido* e a potencialidade da aprendizagem é gerada pela *experiência*. A experiência, portanto, situa-se como o paraquedas do processo de qualificação profissional, que passa pela socialização institucional no próprio ambiente de trabalho.

Não obstante, durante o trabalho de campo, soubemos da participação de três profissionais e mais a coordenadora de saúde mental, no "Percurso Formativo"[97]. Durante o período no campo em que pudemos conversar informalmente com os profissionais, tanto do CapsAd como também do Caps II, sobre a participação no projeto percebi o entusiasmo de quem viveu a experiência. Uma das profissionais, ao tecer comentários sobre a pouca oferta de cursos de qualificação, comentou: "a única coisa de diferente foi o Percurso Formativo" (BEM-ME-QUER).

Do CapsAD foram três profissionais, além da coordenadora de saúde mental - participando também outros profissionais do Caps II – inclusive, alguns eu tive a oportunidade de encontrá-los durante o trabalho de campo e, ao entabular uma conversa, muitas vezes, a experiência no Percurso Formativo era referida como exemplo e contextualização para refletir sobre a realidade do serviço ou Raps local. As falas eram as mais entusiasmadas e me chamou a atenção o fascínio por esta formação nos olhos brilhantes e no tom de voz de quem viveu! Encontrei esta reação nos profissionais dos dois serviços. Só, posteriormente, durante a entrevista pude compreender melhor o impacto desta experiência para os participantes do CapsAD.

Inclusive, um impacto nas implicações pessoais (empática), cujas experiências de todos os participantes foram referidas como significativa para a vida pessoal e profissional:

[97]O Projeto de Percursos Formativos na RAPS foi lançado pelo MS através de uma Chamada pública para seleção de projetos, em novembro de 2013, tendo a seguinte portaria de referência: Nº 1174/GM de 07 de julho de 2005. Esta destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Projeto Percursos Formativos contemplou com apoio financeiro 96 municípios, visando desenvolver ações de educação permanente na Rede de Atenção Psicossocial, por meio de quatro ações: intercâmbio de experiência profissional entre as Raps; oficinas de atualização voltada para o processo de trabalho em rede; elaboração de um plano de educação permanente para a Raps do município e a denominada "engrenagens da educação permanente", objetivando via a mediação de um profissional, possibilitar a troca de saberes e experiências. No final do processo, os municípios assumem a responsabilidade de organizar um Plano de Educação Permanente para a sua Rede, que deve ser elaborado em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e objetivos da Raps, com foco na descentralização das ações educativas e no processo dialógico.

> Muito bom, uma experiência [...] foi uma estratégia maravilhosa do Ministério, porque foi um momento que possibilitou ao profissional essa formação em outra rede. Mas também como eu vivenciei, esse foi um momento para mim enquanto pessoa, né? Então, estar em outro local o mês todo, você estava mesmo na rede, você, então ali eu não tinha filho, não tinha marido, não tinha horário, eu estava envolvida em uma rede, mas não tem aquelas cobranças que eu tenho no meu dia a dia profissional né? Então, **eu pude enxergar melhor as coisas, pude me enxergar, então foi um tempo que a gente disse que foi para a gente também. Foi uma experiência pessoal e profissional que foi um divisor de águas.** Acho que foi muito [bom], a gente no dia a dia, nós nas relações com as pessoas e algumas questões que foram vistas lá, que podem ser trazidas para nossa rede e que a gente busca tá discutindo isso agora. [...]Eu fiquei pensando um pouco que [...] [precisamos] ter um tempo para refletir. Lá eu podia chegar do trabalho e pensar um pouco sobre aquilo que eu observei, e às vezes aqui, você fica no automático e deixa em detrimento um pouco isso da reflexão e parar um pouco e pensar. [...]. (PAPOULA)

Por outro lado, cabe uma reflexão sobre quantidade e qualidade dos cursos, pois este último atributo parece estar vinculado também à noção de experiência, conforme abordamos anteriormente, ou seja, conteúdos sem interface com os sentidos apreendidos no cotidiano, cria a sensação de "cair *sem* paraquedas" na apreensão do conhecimento. Contudo, temos que estar atentos aos momentos nos quais o clima emocional nas instituições está frágil em decorrência do processo de sucateamento institucional, como foi o caso do serviço estudado. São fatores que podem influenciar a avaliação e julgamento dos processos pelo atravessamento emocional na dimensão cognitiva da aprendizagem.

6.2.3 *Supervisão*

Outro elemento importante no processo de formação continuada, visando aumentar a efetividade dos/as profissionais, é a supervisão técnica. Vale ressaltar que no momento em que este estudo foi realizado, a equipe se encontrava muito fragilizada com as condições e o processo de trabalho no serviço, conforme pode ser relatado no capítulo 4. Neste contexto, vale lembrar que desde que iniciamos o campo, havia uma supervisão institucional na Raps do município, inclusive, no CapsAD.

Este formato de supervisão diferencia-se das que são feitas comumente e que, inclusive a equipe do CapsAD teve a oportunidade de fazer há 3 anos atrás com uma outra profissional: a supervisão técnica. Nesta, segundo uma das interlocutoras, eram realizadas dinâmicas de grupo com objetivo de trabalhar a equipe, além de estudos de caso e textos. Das pessoas entrevistadas, a maioria se refere a esta experiência como positiva, apenas uma profissional enfatizou sua preferência pela modalidade atual, pelo fato da supervisora anterior conversar muito sobre outros temas que não tinham relação com a proposta, e expressa sua

preferência pelo formato da supervisora que está realizando o trabalho no momento, mas diz que “algo se perdeu” no meio do caminho e não funcionou adequadamente.

O fato é que a supervisão que estava acontecendo no CapsAD durante o período do trabalho de campo, foi uma modalidade recém-implementada pelo MS denominada “supervisão da Raps”. Por ser uma inovação, segundo a supervisora, não tinha uma normativa no que se refere à formatação deste dispositivo de formação, mas no início do trabalho foi feita uma pactuação da supervisora com as equipes de como seria o formato do processo de supervisão. No decorrer do trabalho, a supervisora tinha reuniões sistemáticas com o CapsAD, mas também com o Caps II e o Capsi, além de um momento com as gestões dos serviços da Raps.

Entretanto, no cotidiano do CapsAD existiam insatisfações de ordem subjetiva que tinham relação com as idiossincrasias de cada profissional, bem como dos pequenos grupos existentes dentro da equipe como um todo. Um grupo formado por alguns profissionais e um gestor, expressavam, em sua maioria, um clima de saudosismo da equipe anterior, não superado. Para estas pessoas, as concepções sobre a equipe antiga do serviço tinham como ideia-valor o caráter inovador, de desprendimento, solidariedade intergrupal, além de se diferenciar por deter uma maior apropriação do conhecimento técnico do que o grupo novo. Na contrapartida, o grupo formado pela maioria dos/as profissionais novos – independentemente de serem concursados ou contratados – não detinha tal conhecimento técnico, sendo estes vistos pelo “grupo da saudade” como usando marcadores de cuidado pautados no senso comum, na religiosidade e no olhar materno sobre usuários/as.

Existia uma configuração intergrupos na equipe que fragmentava o processo de trabalho, além de criar um clima de “fofoca”, como inclusive, se refere uma das interlocutoras deste estudo que experienciou a equipe passada e a atual. Este cenário de relações de poder entre os profissionais, realça as desigualdades pelo viés dicotômico técnica *versus* senso comum no cuidado e, consequentemente, os que na equipe, se viam posicionados melhor tecnicamente, de certa forma se blindavam à interação com os demais, movidos pelo saudosismo da equipe antiga existente no serviço. Também sugere que as relações interpessoais, no sentido dos intergrupos dentro do próprio serviço, estavam marcadas fortemente por implicações pessoais-morais, que, de uma forma ou de outra parecem ter interferido na aceitação subjetiva, idiossincrática, com forte processo de resistência à supervisão no momento de sucateamento institucional. Na análise deste processo formativo da supervisão estes elementos devem ser considerados, bem como a desmotivação da equipe

como um todo, a descrença na mudança e o processo de sofrimento por estas perdas institucionais merece consideração analítica.

O contexto situado revela uma complexidade institucional no município estudado. Mas é fato que a equipe não estabeleceu uma boa relação com a supervisora, apesar de muitos alegarem reconhecer a sua competência técnica. Por outro lado, a supervisora tinha um atravessamento pela posição que ocupava no cenário SM/AD, devido a suas inserções nas dimensões municipal, estadual e federal, fato que pode ter aprofundado as dificuldades relativas ao processo da supervisão no CapsAD. Além disto, pairava um clima de desconfiança no processo de supervisão pelo que a equipe denominava de "cola" das duas profissionais – coordenação e supervisão. Isto dificultou o estabelecimento de vínculo com a supervisora em decorrência do relacionamento frágil estabelecido entre a equipe e a coordenação de SM. Também diante de um quadro de sucateamento institucional, os profissionais sentiam necessidade de serem acolhidos e escutados em suas demandas, bem como revelaram forte desejo de reconhecimento por parte da gestão pelo esforço que faziam em trabalhar nestas condições. Esta era uma fala bastante recorrente entre os profissionais na convivência que tivemos na rotina do serviço. A equipe queria sentir-se reconhecida.

Os profissionais tinham dificuldades de reconhecer a legitimidade das ações propiciadas pela coordenação de SM. Inclusive, nesse sentido, havia muitos comentários da equipe sobre o "lado" em que esta coordenação expressava estar, e o sentimento era de que esta não estava do lado da equipe, mas posicionada apenas na defesa dos interesses da gestão municipal, representada pela Secretaria de Saúde, razão que contribuiu para os ruídos na comunicação destes atores.

O clima emocional era de desconfiança e o sentimento de se estar do lado fragilizado por ter que lidar com as demandas institucionais de cuidado com os/as usuários/as, produzia um cenário de forte apatia e paralisação dos/as profissionais da equipe, além das incertezas que pairavam em relação à mudança de casa. Como parte de suas *implicações organizacionais*, os profissionais demonstravam insatisfação e desmotivação em muitos aspectos, por discordarem da condução da política de saúde mental e drogas no município, fato que resvalava nas dificuldades que enfrentavam no processo cotidiano de trabalho junto aos/às usuários/as, e aos próprios colegas da equipe, conforme já abordado neste estudo.

A reação a esta situação de esfacelamento institucional do serviço, gerou rupturas significativas entre o grupo – compreendido pelos profissionais como formado pela

coordenação de SM/AD e supervisão – e o outro, pelos profissionais do CapsAD (nível médio e superior) e, neste incluído pelos profissionais, a gerência do serviço. Nesta configuração institucional, foram construídas barreiras emocionais à gestão da coordenação (por tabela à supervisão), balizadas pelo sentimento de desvalorização dos/as profissionais enquanto equipe. Um sentimento que transitava desde a falta de incentivo financeiro para eventos científicos (congressos etc.), à escassez de insumos, de mais regularidade na disponibilização de cursos que contribuíssem para os seus processos formativos, bem como o sentimento de que não estavam sendo valorizados e reconhecidos, pois estavam sempre sendo alvos de críticas e repreensão.

Nesse cenário, as queixas constantes da equipe em relação à coordenação de saúde mental, demandando maior proximidade na convivência cotidiana, atenção, escuta e compreensão para a maneira da equipe desenvolver o trabalho de uma forma diferente da que a coordenação desenvolveria, foram elementos que fragilizaram o relacionamento equipe-gestão da coordenação SM/AD. Por se sentir acolhida e escutada pela gerência do serviço, as queixas eram mais direcionadas à coordenadora de saúde mental do município. Na supervisão, houve uma reprodução destas demandas da equipe em relação à supervisora.

> [...] Teve muitas cobranças da supervisão. Houve momentos que a gente [dizia]: "poxa vamos fazer assim porque assim vai dar certo" e na supervisão disse "não é assim". [...] **Porque a gente vai pela experiência se der certo continua, se não der certo vamos ver outra estratégia entendeu?** [...] Isso entristece muito, poderia dizer ao menos seria mais fácil, "olha, tu trabalhou isso e não deu certo, vamos pensar esse lado, tenta fazer por aqui quem sabe não dá certo, enquanto isso a gente já vai bolando plano B, o plano C". Então é isso que a gente espera. [...] (ROSA, grifo nosso)

> eu acho [a supervisora] muito competente, [...] uma pessoa que entende o que tá fazendo, mas parece que ela se esqueceu de que ela um dia foi TR, não sei se ela já foi TR ,não sei se ela já trabalhou na ponta de fato, [...] com [esta supervisora] eu nunca me senti validada enquanto profissional. [...] (LIS)

Os reflexos do sucateamento institucional e as demandas de "cuidar do cuidador" que a equipe sinalizava nas inúmeras queixas, revelam a importância da *valorização da experiência* dos/as profissionais e uma *escuta terapêutica*, sendo esta entendida como um sinal de acolhimento das demandas e insatisfações, um tipo de escuta ao qual a equipe estava demandando da coordenação de saúde mental. Todos os ganhos institucionais pontuados pela coordenadora eram vistos como exaltação dos pontos positivos em detrimento dos negativos,

servindo, como diziam vários profissionais para “maquiar os problemas”, “colocar embaixo do tapete” etc.

Sendo a supervisão institucional uma ação da coordenação de saúde mental voltada à qualificação, escuta e acolhimento dos/as profissionais do serviço, e o perfil da supervisora – reconhecido no meio como gestora e consultora –. Este pode ter sido um elemento dificultador da construção de empatia e confiança estabelecidas na díade supervisor-profissionais. Estes últimos faziam referência de forma recorrente à esta colagem. Neste cenário, a equipe não conseguiu enxergar pontos positivos, e a supervisão institucional significou para estes uma *supervisão política*, conforme uma das interlocutoras sintetizou em sua fala:

> A supervisão leva você a pensar sobre isso, traz aquele *insights*, mas traz muito mais crítica. [...] **Eu fico com a impressão que a supervisão ela é política, ela é assim eu tô aqui para amenizar o dano de não ter a verba, de não ter o material, de você não ter condição**. A supervisão tá toda hora jogando pra gente a responsabilidade que muitas vezes não é nossa, sim, mas se os técnicos fizerem isso? Sim, mas em momento nenhum a mudança do serviço é feita por pessoas de fora não, são os técnicos. Sim, [...] eu posso até carregar essa mesa, mas eu não posso construir uma mesa. [...] Eu acho que a supervisão tem que ter um olhar voltado pra o que eu preciso enquanto profissional, que a supervisão tá aqui pra amenizar minhas angústias e tirar minhas dúvidas teoricamente, mas emocionalmente também. [...] **Cadê o cuidado com o cuidador** se é o tempo todo dizendo que a gente não faz, não fez, que tu não dá conta, que tu poderia ter feito?!?. (PETÚNIA, grifo nosso)

Nem tudo foi negativo, pois apesar das queixas em relação à supervisão, alguns membros da equipe sinalizaram também alguns pontos positivos. Dentre estes, os que criticaram, reconheceram momentos em que a supervisão ajudou a entender o processo de trabalho no CapsAD. Uma das interlocutoras disse estar gostando e ressaltou, na sua opinião, os motivos pelos quais os demais colegas estavam criticando o trabalho da supervisora atual:

> É porque [eu] sei é [...] as pessoas...o seguinte não querem ser questionadas assim, a eu acho que eu sempre tô errando, não acho que não é que ninguém tá errando, eu acho que [...] ela tinha algo a acrescentar. [...] Eu achei que ela foi muito positiva sabe? E que trouxe pra mim, pelo menos assim, [...] todas as vezes eu falava de usuário meu, assim levava pra pra reunião, eu sempre tive é ajuda profissional assim “eu acho que tá faltando isso {Fulana]”. E realmente [...], por mais que eu tivesse achado que tinha feito tudo, e [...] eu acho que faltou [...] (AZALEIA)

> A maneira [desta supervisora], que veio em seguida [a que tínhamos anteriormente], eu já me sentia mais à vontade. Então, a gente teve muitas, muitas supervisões que eu [...] fantástico, gente supervisão é isso! [...] No decorrer do processo, eu não sei o que foi que aconteceu que [**a supervisão] passou a ter uma posição, [...] de tá, não é no confronto não que eu ia dizer não, assim, ela estava muito colada com a coisa da gestão.** (BEM-ME-QUER)

Um registro precisa ser feito tanto em relação à supervisão quanto à coordenação de saúde mental, é que houve, da parte de ambas, um reconhecimento de suas possíveis implicações pessoais-morais no processo de cuidar do cuidador. A primeira disse ter saído desta experiência com uma certeza: não poder executar supervisão na rede de Pernambuco, pois, em sua opinião, a equipe não se sentia à vontade para expressar as dificuldades, pela forma como a viam, fator que terminou inibindo e dificultando a abertura da equipe à construção de um vínculo de confiança e que culminou na interpretação feita pelos profissionais de uma supervisão colada com a coordenação. Esta última, na entrevista, mostrou preocupação com o distanciamento que estava sentindo com a equipe e reconheceu também dificuldades na mediação do cenário de sucateamento, mas havia uma fragilidade na comunicação entre esta, a gerência e a equipe, sintomas do cenário de sucateamento institucional que incidiu fortemente na dinâmica da supervisão e do processo de trabalho do CapsAD como um todo, sinalizando a VP.

6.3 Experiências anteriores

Parece que, frente a uma ausência de recursos técnicos (e de desejo) antes da entrada no serviço, o embasamento para que o/a profissional lide com a problemática que se apresente, será balizada no senso comum.

Importante ressaltar que seis profissionais enfatizaram a relevância de experiências profissionais diversas na construção da sensibilidade para o cuidado em saúde. Deste total, duas exercem função de nível superior, os demais de nível médio. Do total de profissionais que ocupam função de nível médio no serviço, duas tem formação superior. O fato de terem trabalhado com “seres humanos/pessoas”, segundo estes, resvalou para um cuidado mais humanizado para com os/as usuários/as de drogas.

Os demais (seis), não tendo outras experiências profissionais anteriores, diferentes da área de formação superior, alegaram a inserção no CapsAD como determinação primordial à construção de um olhar menos estigmatizante sobre o público em questão. Conforme veremos mais adiante, esta experiência profissional possibilitou, em muitos casos, a ressignificação da sua experiência com familiares ou a própria com o álcool/drogas.

Para sete profissionais deste estudo, foi a universidade os levou à inserção na área de formação. Diferentemente, cinco que não tinham formação universitária, iniciaram a vida

profissional trabalhando em diversas áreas, porém, a experiência institucional em lidar com o público em empresas comerciais funcionou como ponto de viragem e favoreceu a escolha de uma formação superior, por três destes, sendo os outros dois, ambos, após a inserção no CapsAD começaram a almejar uma formação superior na área, como LÍRIO (técnico de enfermagem) e ROSA, técnica de enfermagem que exerce a função de recepcionista, ambos motivados pelo trabalho neste serviço. O fato de, nestes trabalhos, terem contato diário com "pessoas", foi o motivo principal para a escolha de um curso universitário na área de humanas.

De todo modo, ROSA, HORTÊNCIA, JASMIM, e LÍRIO trabalharam em áreas diversas, mas ao serem perguntados se achavam que estas experiências profissionais ajudaram no trabalho que desenvolviam com o público do CapsAD e de que forma, Azaleia e Petúnia responderam que já tinham tido contato com o público referido mesmo trabalhando em instituições com áreas de atuação diferente da saúde mental e drogas, uma no setor de Recursos Humanos (RH) de uma empresa e outra, no âmbito da medicina e enfermagem ocupacional.

Os cinco que tiveram experiências profissionais em áreas distintas à da formação profissional, a exemplo do comércio, indústria, *call center*, magazines, dentre outras, exerceram funções variadas que iam desde a parte de vendas, ensino médio à auxiliar administrativo. A percepção de que apesar dos demais trabalhos serem em áreas diversas, mas *trabalhar com pessoas* parece que tem um significado que une as diferentes experiências profissionais, inclusive no CapsAD. Não obstante, ao serem perguntados, disseram que estes percursos profissionais diversificados os ajudaram no trabalho com os/as usuários/as de álcool, *crack* e outras drogas, afirmaram que trabalhar com pessoas, mesmo com públicos distintos "era um trabalho humanizado", conforme salienta Hortência, referindo-se à sua experiência numa ONG religiosa, onde teve, inclusive contato com usuários/as de drogas.

> É interessante porque sem querer eu passei o tempo todo trabalhando com pessoas, o público. Claro que com objetivos diferentes. [...] Então, realmente, você começa a olhar...a ver várias espécies diferentes. [...] você pega o macete [...] de falar com as pessoas [...]. Eu [...] gosto muito de gente. **Eu gosto muito de ouvir e eu acho que essas experiências profissionais elas me deram isso. Elas me deram esse contato com o outro. Eu sempre trabalhei com público. Quando trabalhava no comércio eu trabalhava com público.** (JASMIM, grifo meu)

> [...] eu trabalhei por 19 anos em uma ONG [como educadora social], é o lar [Jesus Cristo], que trabalhava com famílias em situação de pobreza e em extrema pobreza. Foram 19 anos fazendo visitas domiciliares, reuniões de grupo né? **Era um trabalho humanizado**, [...] E eu gostava desse contato. [grifo meu] (HORTÊNCIA)

Como mostrei, inicialmente, o trabalho no CapsAD não foi uma escolha para a maioria dos entrevistados. Não obstante, na análise dos dados, um elemento do curso de vida dos interlocutores da pesquisa que se fez bastante presente, foi a experiência pessoal que os profissionais tinham com drogas, esta revelou implicações que incidiram na visão construída acerca dos/as usuários/as de álcool, *crack* e outras drogas.

Estas *implicações pessoais morais* dificultaram a inserção no serviço, pois chegou a passar pela cabeça de alguns não assumir o cargo, conforme já abordado. Entretanto, ao enfrentar a realidade de assunção de suas funções no serviço, e os temores internos dos seus processos psicológicos, o valor da experiência se revelou mediante a inserção no cotidiano de trabalho com usuários/as de drogas.

Assim, a experiência se constituiu no ponto de viragem, sendo capaz de superar as implicações morais da pessoa-profissional, e construir implicações empáticas, inclusive, resignificando suas relações, estigmatizações e discriminações em relação aos/às usuários/as de álcool e outras drogas. Nesse processo foram resignificados os/as usuários/as do serviço ou os familiares, já que a maioria trazia na bagagem experiências dolorosas com usuários/as de álcool na família e os sentimentos que circulavam no entorno da dependência química evocavam, além dos já citados, dor e sofrimento, experienciados ao longo do curso de vida das interlocutoras.

Finalmente, a experiência vivida no decorrer dos percursos biográficos se revela sendo capaz de superar valores morais arraigados e retirar os estigmas dos/as usuários/as, construindo implicações empáticas no cuidado de si e dos outros – usuários/as e/ou familiares.

6.3.1 *Droga em família*

Dez entrevistados[98] relataram ter familiares dependentes de álcool. Deste total, apenas duas pessoas entrevistadas relataram ter no ambiente familiar dois usuários de outras drogas. Uma das entrevistadas alega ter tido na família usuários de *crack*, sendo um irmão e um genro usuários - outra, um irmão que esta supõe ter feito uso de cocaína, além do álcool. A convivência desde a infância com familiares que usavam de forma abusiva o álcool, foi bastante significativa entre nossos interlocutores (das dez pessoas, nove conviveram com álcool e/ou outras drogas desde a infância), esta experiência produziu implicações

[98] Neste e no próximo tópico, que tratam de experiências pessoais familiares sobre uso de drogas, elidiremos os pseudônimos e formação dos depoentes de forma a guardar anonimato e confidencialidade.

diferenciadas de acordo com as idiossincrasias dos participantes, conforme podemos apreender dos relatos abaixo:

> Meu pai bebe desde mais ou menos 16 anos, hoje ele tem 60 anos, então um bom tempo e assim desde criança eu conheço a questão do álcool, porque vivenciei que tinha uma vivencia dentro da minha própria casa com meu pai. E assim tem outros da família que também, assim sempre a mãe das pessoas, no caso a minha, sempre [...] avisava que o álcool não é bom, mas assim não é bom no sentido de usar muito essas coisas enfim. Assim eu tive experiência com álcool que meu pai tinha vezes que chegava meio que bicado, agressivo verbalmente, mas fisicamente ele nunca foi, mas realmente ele sempre quando agora não, mas antes era. Ai a minha experiência é essa com o álcool. *P- Ele bebia com frequência?* Bebia, todo final de semana era, tinha que ter a bebida dele [...] Exagerado. Não era a questão de beber uma, duas ou três cerveja não. Ele bebia realmente, bebia de chegar em casa bêbado de verdade.

Embora todos os participantes tenham lembranças negativas do abuso de álcool e outras drogas pelos familiares, três enfatizaram imagens negativas internalizadas desde a infância relacionadas a esta experiência de uso de droga na família, que, construíram visões estigmatizantes sobre usuários/as. Portanto, a produção de estigmas circulantes entre familiares de usuários/as de álcool, impactou de maneira significativa o curso de vida destas pessoas, produzindo implicações hostis e intolerantes para com as pessoas que tinham algum tipo de problema devido ao uso nocivo do álcool, culminando na discriminação de usuários/as, expressas de várias formas, inclusive no receio em assumir um emprego que atende esta população, conforme vimos anteriormente nos discursos que revelaram relutância na assunção do emprego no CapsAD.

A experiência de sofrimento com familiares usuários de álcool, contribuiu para a incorporação de valores morais e crenças acerca da pessoa dependente de álcool, além de um sentimento de vergonha diante dos grupos sociais de pertença das participantes. No relato abaixo, o álcool, droga lícita, construiu distâncias afetivas na relação pai e filha, e a experiência de vexames paternos na infância significou um ponto de viragem em relação à visão que a interlocutora construiu sobre o álcool e seu pai. Este último, associado à bebida, que constituía inclusive a identidade dele diante dos grupos de sociabilidade da filha, como o da escola. Assim, o álcool passou a significar vergonha, desonra e corrosão da autoridade paterna, operando ruptura na relação familiar e a incorporação de valores moralizantes e normativos em relação aos/às seus/as usuários/as.

Importante ressaltar que o estigma não se revela como fenômeno constituído estritamente mediante os processos psicológicos da filha, mas principalmente na relação que

esta estabelece com pessoas significativas, mediada por um contexto sociocultural no qual põe em relevo as diferenças através das relações de poder nos círculos sociais.

> [...] Eu tinha uma relação de muita raiva, de lembranças da infância que minhas festas, eu criança, com todos os meus amiguinhos alí e ele chegando bêbado. Ele acabando com a minha festa, a vergonha que eu tinha quando eu tava na escola e ele ia me ver embriagado. É, **minha família conta que quando eu entrei no maternal, mal sabia falar e quando perguntaram: seu pai faz o que? Eu digo: ele bebe Pitú.** Então isso, a minha relação com ele sempre foi muito conflituosa porque eu não aceitava que ele desenvolvesse o papel de pai [...] ele morreu [novo ainda] em decorrência do alcoolismo. Bebeu apartamento, bebeu carro, perdeu o emprego [...]. Eu tinha [vinte e poucos anos] quando ele morreu, [foi] antes de eu me formar.

O relato a seguir revela - de um modo diferente da anterior - que ter alcoolistas na família reflete também a desonra familiar perante as redes de sociabilidade, como a vizinhança. Igualmente, pelo fato de ter convivido com parentes que bebiam de forma abusiva desde a infância, a interlocutora construiu uma visão aversiva sobre alcoolistas ou pessoas que abusam no uso da SPA.

> [...] drogas somente álcool e aí num grau absurdo na família da minha mãe. Alcoolistas [...] muito presente mesmo desde a minha infância. *Crack* ninguém, não convivi. São todos meus primos, homens, [...] se eu não me engano até hoje eles moram no mesmo lugar onde eu morei minha vida inteira. **O impacto na verdade sempre foi, credibilidade zero, a vizinhança comentar sempre. Inclusive a família passa a ser uma família desacreditada porque assim, ali só tem bêbado, ali só tem cachaceiro, vou visitar não. Então, pesava, mas eu acho que pra mim já era, fazia parte é da minha família né? Isso era familiar pra mim. Não sei dizer se mudou pra minha infância, mas assim eu tenho uma intolerância maior, sem dúvida, eu tenho uma dificuldade.** [Estar] numa festa as pessoas começarem a beber quando eu percebo que [...] estão ficando assim muito alegres, aquilo já me causa um incômodo porque a minha lembrança é: "vai da dá merda, o que eu tô fazendo". "[...] vão brigar, vai ter problema", porque era isso que acontecia. Então, pra mim causa desconforto.

No fragmento de entrevista acima, pudemos observar que o abuso do álcool por familiares teve efeitos estigmatizantes à família. A incorporação da visão que as pessoas faziam sobre seus familiares por meio da fofoca depreciativa (Elias e Scotson, 1999), repercutiu na implicação pessoal-moral da interlocutora, pois a baixa credibilidade da família entre a vizinhança produziu processos estigmatizantes e de discriminação mediante adjetivações que - de forma implícita - emitiam a seguinte mensagem: [99]todas as pessoas daquela família são "bêbados", "cachaceiros", homogeneizando identidades na medida em

[99] Imperativos como estes são referidos por Ronzani, Noto e Silveira (2014), no que eles denominam de "crenças estigmatizantes no cenário dos serviços de saúde", a exemplo da que propõe "usuários de drogas são culpados de sua condição", dentre outras.

que esta normatização confere uma identidade coletiva à esta família, produzindo, portanto, a condição deste grupo familiar na comunidade de "família desacreditada".

Se nos inspirarmos em Goffman (1988) quando este se refere ao desacreditado, tendemos a apreender o estigma como uma categoria fixa, cuja função dos adjetivos seja apenas o de imprimir identidades que se fixam no eu. Entretanto, adjetivar envolve um processo de construção de estigma onde as relações de poder, a cultura e a capacidade de diferenciar o outro, atuam de forma sinérgica construindo a diferença que se transforma em desigualdade que produz a exclusão social, conforme retrata Parker (2013). Não se trata, portanto, de um atributo fixo nem de um construto psicológico, mas constituído através dos efeitos que as relações intersubjetivas são (re)significadas na comunidade e sociedade. É na intersubjetividade que se constituem as implicações das pessoas.

De todo modo, a fofoca na comunidade serviu para aprofundar a estigmatização e discriminação dos/as usuários/as e seus familiares no círculo das relações de vizinhança, além de constituir um ponto de viragem no curso de vida de nossa interlocutora. Assim, as fofocas que circularam na vizinhança produziram concepções calcadas na ideia de segregação, exclusão e estigmatização, a exemplo da intolerância (ou baixa tolerância) com pessoas que bebem de forma abusiva, conforme referiu nossa entrevistada.

Embora os relatos de uso de álcool tenham sido mais frequentes, em relação a outras drogas, duas entrevistadas, técnicas de ensino superior, relataram desconfiar que um irmão, que se dizia apenas usuário de álcool, fazia uso de maconha e outra, do *crack*. A experiência profissional de uma delas em uma empresa particular possibilitou o contato com pessoas que usavam esta droga, favorecendo a identificação de características deste tipo de usuário e, portanto, a percepção de uso do próprio irmão, conforme pode ser visto no relato seguinte:

> [...] Eu tive um irmão que também e foi pelo mesmo caminho [do meu pai], infelizmente não suportou, começou ter convulsões, né? Em uma dessas convulsões ele faleceu, porque [...] também [...] usuário. Segundo ele, eu sempre, eu trabalhava já na área de saúde, mesmo não tendo muito conhecimento com droga, mas eu sempre perguntava a ele "você tá fazendo o uso de droga fora o álcool", ele dizia não, mas hoje, com essa vivência, eu digo [ao meu] meu pai [que] "ele fazia".

Três profissionais relatam, inclusive, histórico de experiência com violência (física e verbal) do pai e de morte no ambiente intrafamiliar, em decorrência do uso do álcool e/ou do *crack* e outras drogas de outra.

> [...] uma coisa que me marca muito foi ter visto meu pai [que usava álcool], correndo atrás da minha mãe com a faca, isso me deixou, tem essa imagem até hoje.

> [...] E um desses dias [meu irmão] [...] saiu de casa, disse "vou ali", cedinho da manhã, 5 horas da manhã "vou ali na casa de um amigo", bem próximo de casa né? E já foi alguém ligando pra mim dizendo "olhe eu acho que ele morreu" e realmente **quando eu cheguei lá, eu perguntei assim algumas pessoas disseram a gente não vai entrar em muitos detalhes porque sabe que se foi por conta de droga pode tentar mexer com sua família né? e disseram que "não eu acho que ele tava usando droga que ali o pessoal daquela casa ali". Aí eu perguntei não quem foi**, "não ele tomou só um chá e já caiu". Assim ele não tava mais aguentando.

Conforme pode ser visto, muitos profissionais *caíram sem paraquedas* no CapsAD pelo fato de não terem tido experiência profissional com usuários/as de drogas. No entanto, no momento em que foram assumir o cargo em decorrência de concurso público, o fato de saber que iriam lidar com o este público no cotidiano do trabalho, evocou emoções ligadas ao sentimento de medo, desonra, periculosidade do usuário de drogas, entre outras – ligadas às suas experiências de infância e juventude com familiares usuários/as de álcool (a maioria) e outras drogas.

6.3.2 *Eu, usuário*

Percebe-se que a experiência com familiares, usuários/as de álcool, *crack* e/ou drogas revelou-se significativa para a trajetória profissional dos entrevistados. Inclusive, durante algumas entrevistas, percebi que quatro deles, ao falar sobre o uso abusivo de álcool por um familiar, também comentavam sobre próprio uso abusivo durante a juventude em festas. Apenas um dos interlocutores referiu ao uso abusivo do que faz atualmente como "a única droga que eu uso [...] [no] final de semana".

> Na [...] adolescência eu fiz uso abusivo de álcool, com certeza. [...] vivi [onde] a cultura era [...] forte, se problema genético eu não sei porque que eu não desenvolvi o alcoolismo. [...]o uso foi sempre muito intenso, principalmente na adolescência. [...] [quando] teve a separação da minha mãe. Eu comecei a beber com doze anos [quando] meus pais se separaram [...]

Sobre a sua própria experiência com o álcool, três entrevistadas (técnicas de ensino superior) explicam a apreensão dos acontecimentos significativos que funcionaram como pontos de viragem e contribuíram para que minimizassem o uso abusivo do álcool em suas vidas. Para uma delas, foi o temor de ser alcoolista como o pai e para a outra, sua inserção na universidade e a assunção de responsabilidades com os estudos visando sua formação

profissional. Devido a esta experiência com o álcool, uma profissional se diz bastante vigilante consigo mesma, tendo em vista o histórico familiar com o álcool, relembra o tempo em que bebia e se deu conta de que precisava se controlar, pois gostava muito de beber, e tem consciência de que gosta, mas as experiências servem de freio atualmente.

> [...], muitas e aí teve um momento na minha vida que isso marcou muito, que teve uma festa de final de ano. Eu bebi muito, misturei todo tipo de bebida e aí eu tava dormindo assim, muito de ressaca e eu lembro de minhas tias comentando: olha prá alí como ela tá. Ela vai ser igual ao pai. E isso, me tocou de uma forma a tomar um outro rumo na minha vida porque eu acho que, que, de uma certa forma, eu gostava muito de beber. [...] Parei totalmente, mas sei lá, meu marido até tira onda quando tem oportunidade. Uma vez a gente tava num momento romântico aí ele pegou encheu uma taça de vinho prá mim, aí quando ele virou não tinha mais um pingo. Ele disse: menina não é assim não. [...] Então eu gosto, eu gosto de bebida e eu sei que eu devo ter alguma carga genética, emocional e aí eu, sabe, me controlo. Eu acho que querendo ou não a igreja faz um superego aí, dá um limite a [mim] (risos)

Refletindo sobre o impacto desta experiência para o trabalho no CapsAD, outra entrevistada se diz pensativa acerca da relação desta com sua trajetória profissional, na área de drogas:

> [...] nesse sentido eu sei que existe [ri] tem alguma coisa aí. **Nunca problematizei isto em terapia, mas enfim, na minha cabeça está muito claro.** Desde criança ele ...bebia há muitos anos. Desde criança você, ele chegava bebo e ficava mordendo o meu pé...brincando comigo. Sentia cheiro de cachaça. **Profissionalmente me identifico tanto, inclusive, adoro os alcoolistas. É o que eu mais gosto de trabalhar! Mas é, isso não...nunca fiz este link pessoalmente falando, mas faz todo sentido.** E na minha adolescência eu fiz uso abusivo de álcool, com certeza.

No momento da fala da entrevista acima, pude perceber que houve um *insight* sobre a relação do álcool na família e/ou o próprio uso e o cuidado com usuários/as de álcool, em especial, já que são os preferidos da profissional. Neste caso, a experiência com o familiar que tinha problemas com o álcool contribuiu significativamente para uma abertura maior ao cuidado com usuários/as de álcool.

6.4 Da experiência pessoal à experiência profissional: e vice-versa

Uma de nossas interlocutoras, no momento em que é interpelada sobre o impacto da experiência familiar na forma de olhar o usuário de drogas, de forma reflexiva, entrevistada responde:

> [...] **eu tive um aprendizado né? Sem ao menos imaginar que um dia eu ia trabalhar com usuários de drogas. Assim quando eu me deparei com a situação de trabalhar em um Caps, que tipo de público a gente tem ali. E ai quando chegar, assim voltou a essa imagem do que a gente passava em casa, eu e meus irmãos, mas aquilo ali me fortaleceu pra eu ajudar, poder ajudar um usuário.** Porque não é fácil, eu sei que de certa forma contribuiu comigo, por que eu resolvi abraçar a causa do usuário, por que na época não existia Caps que pudesse dar o suporte a minha família. Então eu pensei "porque não ajudar esse usuário?". Um dia eu tive uma pessoa que eu amava muito, assim como amo, que era um dependente, mas a gente não sabia, não existia Caps, porque não abraçar a causa desse usuário? [...]

Um dado que se revelou significativo foi a influência da experiência profissional com usuários/as de drogas, possibilitando o autocuidado.

> **Quando eu entrei aqui que eu comecei a ver o sofrimento das famílias né? aquilo foi dando uma travada de um jeito que eu fui diminuindo hoje eu digo a você eu não consigo beber como eu bebia antes.** [...] Eu não consigo, eu bebo duas, três latas de cerveja, [...] assim o volume que eu bebia! Porque **quando eu comecei a ver o sofrimento do alcoolista, da família aquilo foi me dando um enjoo.** Chegou a época de uma vez uma sexta-feira a gente ir pra um barzinho eu e [o meu marido], de sentar [...] eu tomei a cerveja sim, travou. [...] Marilyn, não desceu! O primeiro gole não desceu. Aí [o meu marido disse:] Não! tu deve tá doente, eu digo não, não sei. Comecei a ver aquele filme todinho. E hoje eu digo a você que [...] foi uma redução de danos, como dizem. [...] Eu aprendi isso: eu bebo e tomo água, eu tomo suco, tomo refrigerante, tomo coca-cola, vou fazendo a redução.

> **Inclusive depois que eu comecei a trabalhar no Caps eu diminui muito o uso de bebida, mas muito mesmo! [...] de não fazer muito sentido mesmo**, porque eu nunca tive o uso de outras drogas eu nunca usei maconha. Eu já cheirei lança perfume e não gostei muito. [...] De início foi interessante, mas depois não gostei muito. Cigarro de nicotina que eu tentei fumar e não consegui graças a Deus! Mas eu nunca tive vontade, o cheiro da maconha me enjoa nunca tive vontade e as outras drogas eu tinha medo mesmo, né?

Scott (1999, p.16) enfatiza que o sujeito se constitui discursivamente, sendo a experiência "um evento linguístico" com conotação coletiva e individual e constitui a história do sujeito. Este está assujeitado às condições de existência vivenciadas contingencialmente. Com base nos relatos de nossas interlocutoras, podemos dizer que no cotidiano de trabalho em um CapsAD, a experiência e contato com os/as usuários/as de álcool e outras drogas, resignificou a própria relação e uso que estas tinham com o álcool. Por meio da construção de um cuidado com disponibilidade empática, cuidar do outro produziu um cuidado de si.

Alguns profissionais ressaltam a experiência profissional com os/as usuários/as de *crack*, álcool e outras drogas como sendo significativas para que o cuidado fosse estendido às

situações que surgiram na própria família. Outra interlocutora relata que o fato de trabalhar com este público ajudou a identificar que o genro estava fazendo uso de *crack*.

> [...] tem uma, uma coisa como eu sei que a gente está em total sigilo. Pra mim isso aqui foi um suporte, eu disse que a família fica doente né? quando a minha filha casou, ela namorava só há um ano o rapaz e assim, um ano ninguém conhece ninguém. E [...]só depois do casamento foi saber que ele [...] era usuário [de *crack*]. Até então ela nem sabia o que ele fazia, porque ele passava uma noite fora. Uma pessoa recém-casada passar uma noite fora! Fazia uso e não conseguia voltar ne?

Quatro interlocutores não conseguiam enxergar como sofrimento a experiência de uso de álcool e outras drogas na família sem culpabilizar os/as usuários/as, pois tinham em mente a experiência negativa com o familiar que usava a droga. Algumas visões de entrevistados/as sobre usuários/as de álcool, foram construídas a partir de sua história com familiares. Esta experiência pessoal obscureceu o discernimento sobre a dependência de substâncias psicoativas, como parte de um processo de adoecimento que gera sofrimento para os/as usuários/as, só sendo possível a resignificação da experiência após começar a trabalhar com este público.

> [Eu tinha uma] visão [de] que **eram pessoas que me faziam mal**, que [...] **faziam aquilo porque queriam**, entendeu? **Eu não entendia [...] que era um processo de uma doença, que você não tem controle sobre aquilo. Eu tinha muita raiva, muito ódio e detestava pessoas [...] como eles.** [...] Eu me vejo, eu me vejo aprendendo. Porque eu cheguei aqui e caí de paraquedas, não sabia de nada. [...]a visão que eu tenho de tudo é uma visão que mistura com a minha experiência de vida pessoal, então é também uma visão muito carregada de preconceito ainda. Mas [...] eu vou aprendendo no dia-a-dia com o que vai acontecendo. [...] **Eu não tinha essa visão que eu tenho hoje. Aí quando eu vim trabalhar aqui mudou totalmente**.

Sendo a primeira vez ao lidar profissionalmente com o referido público, o serviço ajudou a construir uma visão mais descolada de valores morais estigmatizantes acerca do usuário deste público, conforme o percurso biográfico dos interlocutores:

> **Mudou no sentido de que eu achava que era fraqueza, né? Ele era fraco de caráter, se ele quisesse ele parava. Então, eu tinha uma relação assim de muita raiva, de muita mágoa. E hoje eu vejo que é um processo de amadurecimento e que o outro sofre muito até na tentativa de sair disso, de resgatar a sua vida.** Então, o que mudou é que se eu tivesse essa visão na época, a relação com ele seria totalmente diferente. [...]Totalmente. Muito diferente. Aí hoje eu lembro [do meu pai] com afeto porque quando ele morreu, eu lembrava dele com raiva. [...] E hoje eu consigo lembrar dele com afeto e até, né? Pensando que eu poderia, se soubesse, fazer diferente e ajudar, [ter] ajudado ele, enfim [...]

> [...] Antes eu achava que o usuário de *crack* é da safadeza. [...] até o [...] alcoolista, [...] meus parentes [eu dizia]: isso é muita safadeza! quando você entra nas drogas, como a gente diz [...]: eu vejo muito o sofrimento [...] Não só o sofrimento do usuário mas também o sofrimento da família, então aqui fez com que eu me modificasse.

Refletindo sobre os cenários acima descritos, podemos dizer que a experiência da pessoa-profissional com familiares[100] pode servir de suporte para o trabalho destinado às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas e seus familiares, desde que reelaborada para não reforçar estigmatizações em relação aos/às usuários/as. Deste modo, uma vez resignificada, a experiência pessoal atua como um elemento integrador e facilitador para a experiência profissional de cuidado com o público do CapsAD.

Por outro lado, ao mencionar que ao circular pela rua, após a experiência profissional no CapsAD, olha os/as usuários/as de drogas ilícitas, de forma mais compreensiva, a profissional evidencia a importância da experiência no serviço à desconstrução de visões estigmatizantes construídas ao longo da vida pessoal. O trajeto institucional resignificou a sua visão: de um olhar amedrontado à um mais sensível e empático.

> Assim **contribuiu muito porque eu, [...] contribuiu muito! Até mesmo com a forma que eu olho o usuário. Eu tinha muito medo assim, quando eu passava na rua eu via um usuário de drogas, eu tinha medo. Hoje eu consigo passar na rua, vejo um usuário de droga, tenho um olhar diferente né?** Então, isso pra mim foi um aprendizado, eu cresci também espiritualmente devido a isso e pra mim foi muito importante essa vinda pro Caps.

> A visão que eu tinha, eu tinha na frente da minha casa tem um lugar que tem usuários/as, pra sair tinha que olhar, olhar, olhar, olhar pra eles assim meio que assustada, né? fica ai na porta, porque eu tô saindo que ali tem um grupinho e são meninos que são usuários/as. E depois que eu vim pra cá, eu passava no meio deles assim de cumprimentar e eles até me pedirem "desculpa aí viu, desculpe aí" eu na boa.

A mudança no olhar acerca dos/as usuários/as de drogas explicitadas nos relatos acima, ocorreu devido inserção profissional dos participantes, no CapsAD. O percurso profissional possibilitou a saída de um olhar estigmatizante, calcado no senso comum, baseado em critérios de classificação e reclassificação, de base normativa que se voltava à categorização entre polaridades antagônicas do que considera certo ou errado, bom ou ruim, normal ou anormal, dentre outras dicotomias. De um olhar dicotômico, baseado em valores

[100] Importante situar que durante o período da pesquisa no CapsAD, não tive contato com os familiares de usuários/as, pois não havia grupo destinado aos familiares.

morais e crenças, os/as profissionais passaram a apresentar uma visão mais empática sobre os/as usuários/as de álcool e outras drogas. Isto nos aponta para o fato da experiência profissional cuidando deste público, resignificou a pessoal/familiar, denotando a capacidade das interlocutoras de, a partir da interação com o meio profissional, questionar os fundamentos do seu pensamento sobre usuários/as de álcool e outras drogas, tendo atitudes mais humanizada em relação a estes/as.

O ato de refletir sobre a experiência privada a partir da profissional, mobilizando, aspectos de sua vida familiar resignificou a dependência do álcool, sinalizando a mudança de mentalidade das entrevistadas. A experiência que tiveram com familiares, usuários/as de álcool durante o processo de socialização no curso de vida, construiu uma visão pautada na dimensão pessoal-moral, no qual, aspectos são revelados mediante a experiência pessoal e história familiar constituindo valorações calcadas nas ideias de segregação, exclusão e estigmatização. Por outro lado, foram estes percursos pessoais de crise vividos no âmbito familiar que, mediados pela resignificação destas experiências no CapsAD, que contribuíram para a reelaboração de uma identidade pessoal no que concerne a uma implicação empática com estes/as usuários/as que possibilitou a desestigmatização de usuários/as de drogas.

A transformação na visão dos/as profissionais acerca de usuários/as de drogas, ou seja, na visão pessoal, pautada em crenças estigmatizantes construída no desenvolvimento destas pessoas, mudou em decorrência da inserção no CapsAD, de uma implicação pessoal-moral para uma pessoal-empática, onde aspectos da história cultural mediante a incorporação de princípios focados na diversidade e relativismo cultural, regidos pela capacidade empática estabelecida entre cuidador-usuário/a, é fruto de *insights* e reflexão biográfica sobre a própria experiência em seus trajetos institucionais como pessoa-profissional. A consciência de que aspectos do próprio curso de vida, são factíveis de serem reproduzidas no cuidado com os/as usuários/as, reduzindo desigualdades, produzindo equidade e desconstruindo estigmatizações no cuidado com este público.

6.5 Curso de vida e implicações

Iniciei o capítulo apresentando o modo como, no cotidiano institucional, os profissionais incorporam e atualizam os paradigmas para o cuidado dos/as usuários/as de álcool e drogas. Notei que embora a política de saúde brasileira preconize a Redução de Danos como paradigma de atendimento, a expectativa da abstinência se coloca para a maior

parte da equipe. A RD é compreendida como relacionada a momentos específicos ou atividades do CAPS, mas não como fundamento do trabalho.

Assim, por meio da análise do fazer profissional dos interlocutores, pude melhor compreender o *modus operandis* na utilização da estratégia de RD no serviço, na via da redução do consumo. Tal abordagem objetiva o consumo de drogas menos danosas para a saúde, considerando também a interface dos agravos relativos ao uso, na relação do sujeito com o contexto social. Mesmo este modelo não apresentando como meta a abstinência, mas pelo que apreendemos dos relatos de nossos interlocutores, esta oscilação representada pela dúvida sobre a abstinência ou não, revela dubiedades na equipe e um viés proibicionista. Este, por sua vez, reduz a autonomia do usuário e constrói caminhos únicos no cuidado visibilizando por meio do assujeitamento do usuário ao tratamento, sua liberdade relativa e o poder institucional simbolizado pela relação cuidador-cuidado. Este cenário revela no percurso institucional de quem cuida, uma direção normativa moralizante no cuidado, com predomínio da implicação pessoal-moral do profissional, pelo qual o usuário é assujeitado pela prerrogativa única de um cuidado focado na abstinência e descolado dos DH.

Procurei compreender, no nível dos cursos de vida dos/as profissionais, os motivos para isso e, assim, identifiquei que a maior parte dos/as profissionais relata sua entrada no serviço como uma queda. Os concursos para a rede de saúde do município não explicitam o destino do candidato. Muitos não esperavam serem alocados na saúde mental, muito menos num serviço voltado aos/às usuários/as de drogas. Nas entrelinhas, percebemos que a formação universitária, para os profissionais de nível superior, não tratou o suficiente destes dois campos, não oferecendo recursos para a atuação. Tanto um como outro aparecem marcados pelos estigmas que recaem sobre pessoas marginais e perigosas.

Passado o susto, os profissionais ingressam no serviço e vão aprender na prática, uns com os outros - e com os/as usuários/as - os meandros do cuidado que foram contratados para prestar, muitos resignificando suas implicações morais calcadas em experiências com pessoas à implicação empática. A maior parte passou por capacitações pontuais. Um elemento que poderia dar um maior suporte formativo, a supervisão, no entanto, ao menos no CAPS estudado, aparece *colada* à gestão e, ao invés de possibilitar uma reflexão sobre os aspectos técnicos, teóricos e implicações dos/as profissionais sobre o serviço que prestam, tem, no olhar da equipe, funcionado como instrumento de controle dos técnicos, uma *supervisão*

política que, frente ao *sucateamento* do serviço e reclamação dos/as profissionais, busca maquiar os problemas e/ou colocá-los embaixo do tapete.

Tomando outra via, percebi que a experiência com o uso de drogas, em especial o álcool, é algo anterior à entrada no serviço para a maioria dos entrevistados, seja na família, seja no uso passado ou presente, é a experiência individual a principal doadora de significados para os/as profissionais, quando entram no serviço. Matéria que é retrabalhada ao longo do percurso profissional. Observei que essas, no geral, embasadas na experiência pessoal e no senso comum sobre álcool e drogas da sociedade abrangente, constituem valores morais estigmatizantes sobre os/as usuários/as e se atualizam no serviço enquanto implicações pessoais-moralistas, sendo um entrave para a realização da Redução de Danos em sua plenitude teórica, que, como assinala Marlatt (1999), exige o desenvolvimento e realização de uma atitude empática pragmática, o que significaria reconhecer o desejo pelo consumo da droga como algo do humano e legítimo, deslocando a abstinência do lugar da centralidade do cuidado. Afinal, nem os próprios profissionais e seus familiares foram e/ou são inteiramente abstêmios em relação a, pelo menos, o uso do álcool.

De certo, a supervisão poderia funcionar como uma espécie de espaço transformador, em que as implicações pessoais moralistas, quando analisadas e refletidas, pudessem dar lugar a implicações empáticas. No entanto, o modo como se organiza a supervisão, no olhar dos/as profissionais, funciona como uma estratégia da gestão para barrar uma reflexão sobre a precariedade das condições de trabalho do próprio serviço, o *sucateamento*, impede a emergência do vínculo e o acolhimento necessários para tratar de questões pessoais que interferem na resolutividade do serviço prestado. Nesse sentido, implicações organizacionais negativas suplantam um dos principais recursos para ampliar a efetividade das práticas profissionais de cuidado.

Dentre as experiências relatadas pelos/as profissionais pesquisados/as, o percurso formativo é bastante valorizado pelo fato de possibilitar contato com outra Raps, equipes diferentes, bem como por ser um momento em que cada profissional afastou-se da sua cidade, família e ambiente de trabalho cotidiano para fazer uma imersão em outro espaço. O impacto do percurso formativo foi revelado pelos participantes como uma experiência para a vida pessoal e profissional já que a imersão possibilitou o contato com usuários/as, profissionais, além de reflexões sobre o que estava sendo vivenciado ao conhecer outra rede. O valor da experiência é algo que se torna impactante para todas que falaram do percurso formativo.

Ainda assim, há uma ressignificação do uso de álcool e outras drogas da pessoa profissional, a partir dos conhecimentos e experiências adquiridos no serviço. Para três profissionais, o contato com este público no CapsAD, representou um movimento de alerta para o próprio uso do álcool, mediante o contato com a história de vida de usuários/as e usuárias de álcool, *crack* e outras drogas. Muitos relataram como as experiências no CAPS ajudaram a melhor compreender e lidar com parentes usuários/as de drogas e com si mesmos. De certo modo, o trabalho no CAPS funciona como ponto de viragem para à construção de um cuidado sobre si em álcool e outras drogas, além do cuidado com o outro.

Tal contexto clarifica os elementos pessoais que tem efeitos nos processos de estigmatização e discriminação dos/as usuários/as e, de forma sinérgica, confluindo para configurar a vulnerabilidade programática.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa cujos dados foram aqui discutidos teve como objetivo investigar o Curso de Vida de profissionais de saúde na caracterização da Vulnerabilidade Programática de usuários/as de álcool e outras drogas em um Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco.

Inicialmente foi realizado um trabalho de campo de cunho etnográfico, no período de agosto/2015 a março/2016, nos quais os dados das observações do cotidiano de trabalho da equipe foram descritos em um Diário de Campo. Posteriormente, à luz deste período de imersão no serviço, com base nos objetivos e registros do diário, foi construído um roteiro de entrevistas semiestruturadas, que foram aplicadas nos profissionais do serviço no período de fevereiro a junho de 2016.

A ideia era realizar entrevistas com todos os profissionais de nível médio e superior, porém na medida em que aprofundava o trabalho de campo e tecia relações com a equipe, percebi relutância de alguns em participar das entrevistas. Paralelamente, me dei conta da importância de um sólido vínculo de confiança para que, nas entrevistas, pudéssemos adentrar nas experiências da pessoa-profissional vivenciadas ao longo do seu curso de vida. Por este motivo, e considerando os vínculos estabelecidos, participaram 12 (doze) interlocutores.

Foi empreendida uma análise temática, com base em Bardin (2011) e Minayo (2004), dos dados coletados. Na escrita do texto buscamos enfatizar o cruzamento dos achados das observações com os das entrevistas. Convém ressaltar que conhecer as pessoas em cenários e em cenas de trabalho, anteriormente às entrevistas, além do estabelecimento de vínculo já comentado, possibilitou uma melhor compreensão dos percursos biográficos dos/as profissionais, nossos/as interlocutores/as.

Para a análise considerei algumas dimensões, de muitas que intervém na produção do cuidado: as normativas que regulam o cuidado em álcool e drogas; o modo como se organiza a Raps; a organização do próprio serviço, as pessoas-profissionais, seja em interação no CAPS e seja em seus cursos de vida. Assim, busquei apreender detalhes dos processos pessoais do profissional no cuidado, mas também identificar a relação que este cuidado tem com a Raps local e/ou gestão de saúde mental e drogas do município.

O cenário de vulnerabilidade programática na Raps revela reflexos da implementação da política de SM/AD de acordo com as especificidades do desenho da rede de cada

município, da organização dos serviços e da forma de articulação dos/as profissionais e usuários/as com a comunidade/território. O modo como os serviços se organizam para darem conta das ações na rede constitui um elemento fundante do cuidado, no entanto, o profissional e os recursos técnicos e subjetivos que este leva em sua bagagem biográfica ao se inserir no CapsAD, é elemento fundamental para a compreensão das práticas de cuidado efetivamente realizadas.

Assim buscamos compreender o percurso de socialização dos/as profissionais, mediante a inserção em diversas instituições, no modo como apreenderam normas, crenças e valores, como construíram visões de mundo, sobre o modo de vida da sociedade e suas instituições sociais. Neste aspecto, o percurso institucional dos/as entrevistados/as torna-se revelador à construção do cuidado profissional.

Ao longo dos capítulos teci argumentos para embasar a tese de que o curso de vida dos/as profissionais contribui para a vulnerabilidade programática. O que, mais uma vez, quero sublinhar, não significou responsabilizar individualmente a pessoa-profissional, uma vez que esta foi pensada como fruto de suas condições sociais de existência, o que incluí, entre outras dimensões, os estigmas socialmente circulantes, instituições de formação profissional e a organização do próprio serviço. Organizei os argumentos de modo a apresentá-los em dois níveis.

No primeiro nível, apresentado no capítulo quatro, pude mostrar como a precariedade das condições e do processo de trabalho na equipe envolve a ausência de três componentes da organização: estrutura física, material para o trabalho e pessoal) que o CAPSad articula para a materialização do serviço que oferta. Nomeada como *sucateamento*, a precariedade contribui para a vulnerabilidade programática do serviço por meio de deterioração da estrutura física do prédio; carência de insumos; fragilidade dos vínculos entre os que fazem a equipe, em parte por conta da precarização dos próprios vínculos trabalhistas; sentimento de desamparo da equipe em relação à gestão; processos de desresponsabilização na Raps.

Nessa linha, mostrei como o *sucateamento* produz implicações organizacionais como saudosismo pelo passado, desgosto pelo presente e desesperança com o futuro, que se articulam num sentimento de apatia. Em resposta a apatia, percebi um outro movimento, que também pode ser pensado como relacionado às implicações que a organização provoca naqueles que dela participam. A partir dos recursos ofertados na normativa que rege o serviço e a Raps, profissionais e usuários/as organizaram uma assembleia para tornar a gestão partícipe do drama, fato que

possibilitou a emergência destes atores como sujeitos de direito, exercendo a autonomia num movimento de oferta ao próprio serviço.

O segundo nível, diz do objeto da tese: o curso de vida. No capítulo cinco tomei a Redução de Danos como analisador das práticas que são efetivadas no serviço. Este construto sobre como deve se dar o cuidado em saúde mental e uso de drogas é produto de uma disputa teórico-política calcada no campo dos Direitos Humanos, apresentado no primeiro capítulo. Ele agrega uma concepção teórica e uma perspectiva ético-política, com implicações práticas.

Considerando o fato de o CapsAD ser um serviço voltado para o cuidado de usuários/as de drogas, tendo como marco regulador das ações voltadas para este público a Legislação para Usuários/as de Álcool e Outras Drogas (BRASIL,2003), que preconiza a Redução de Danos como estratégia de cuidado na rede SUS, na observação das práticas de cuidado utilizada pelos profissionais com os/as usuários/as de drogas, percebemos que o uso da estratégia é fragmentado, focando nos grupos voltados ao tema, geralmente realizados por profissionais específicos destinados para fazerem tal abordagem. Neste aspecto, a RD não se configura como uma estratégia fundante e transversal utilizada no cuidado voltado a este público, além desta fragmentação no cuidado comprometer sua integralidade. Busquei compreender como ele se atualiza no serviço e nos discursos dos/as profissionais. Identifiquei dificuldades de compreensão e, em alguns momentos uma sobreposição de perspectivas, em que o proibicionismo e a abstinência ganhavam relevo.

Notei que o contato com o álcool e drogas na família ou enquanto usuário é anterior à entrada do profissional no serviço, sendo originada na família e na sociedade mais ampla a estigmatização, que caracteriza o usuário como perigoso e marginal. As experiências na família corroboram a apreensão da sociedade, assinalando o fenômeno como algo negativo. Nas entrelinhas, percebi que as instituições formadoras não requalificam esse conhecimento do senso comum.

Referindo-se à inserção em um serviço voltado para usuários/as de drogas, muitos interlocutores alegaram ter “caído de paraquedas”, e eu recriei a expressão para dar um sentido mais realístico do processo como ‘caindo sem paraquedas’. Os motivos alegados por estes para esta “queda”, advém, desde o processo seletivo que não sinalizava onde o profissional seria lotado, caso fosse aprovado no concurso para a saúde daquele município, passando por questões advindas dos seus percursos biográficos na família até uma formação

universitária insuficiente para dar conta da demanda SM/AD que abordasse temáticas como RD, estigma, V&DH no cuidado.

Dentro deste aspecto, a dificuldade com a linguagem técnica relacionada à área foi um dos elementos citados, bem como um primeiro impacto ao saber que iriam trabalhar com usuários/as de álcool e outras drogas. Para muitos, este elemento constituiu uma dificuldade de inserção no serviço, alguns, inclusive, tentaram ser lotados em outro local, pois tinham uma visão do/a usuário/a alicerçada no medo, periculosidade, safadeza, fraqueza. Estas duas últimas visões eram focadas na ideia de que o usuário deixasse de "ser safado" ou "fraco" que conseguiria deixar o uso da droga na hora que quisesse.

Em adição, no serviço há precárias estratégias de requalificação de conhecimentos, técnicas e implicações dos/as profissionais, de modo a ampliar a efetividade da atuação profissional e, portanto, da qualidade do serviço. Não há um acolhimento formativo inicial do profissional. Um momento que situe o profissional quanto ao marco teórico e implicações técnicas, quando chega ao serviço. Eles vão aprendendo o que fazer na própria lida. Há carência de educação continuada que possibilite reflexão sobre o trabalho e requalifique as experiências anteriores, fontes de estigmatização.

No caso estudado, também percebi uma série de dificuldades com a supervisão técnica, que era percebida como uma tentativa de manter os profissionais trabalhando nas condições precárias de serviço. Em parte, acredito que isso se deveu às dificuldades estruturais, políticas e econômicas, de maior envergadura, que marcaram os anos de 2015 e 2016, com uma diminuição do repasse financeiro e agravamento da precariedade do serviço. Parece que a tentativa da gestão de fazer o serviço funcionar, ainda assim, teve uma repercussão negativa entre os profissionais. O fato é que a dinâmica impedia a criação de acolhimento e vínculo capaz de fazer se expressar um reconhecimento do esforço dos/as profissionais e serem trabalhadas as dificuldades teóricas, técnicas e implicações dos/as profissionais, ainda que reconhecessem a competência técnica da supervisora.

Por outro lado, os/as profissionais que tiveram a experiência de viajar e fazer uma imersão em outra rede, visando conhecer a configuração e práticas de cuidado desta mediante o "Percurso Formativo", projeto do Ministério da Saúde, relataram vários impactos sobre a visão profissional e pessoal que atravessa o cuidado. Além do mais, a experiência de conviver com diversos colegas e terem momentos de troca, trouxe impactos que foram além das questões que tangenciam unicamente a formação profissional. Portanto, de acordo com os relatos, o percurso formativo é

uma experiência também pessoal, que, no exemplo, serviu para transformar a visão de cuidado com os/as usuários/as da Raps.

Em síntese, sublinhamos a centralidade de implicações organizacionais e pessoais, enquanto aspectos que não se configuram como normativos, técnicos e teóricos inerentes ao serviço e atendimento prestado, mas que interferem na reprodução de estigmatização e na produção da vulnerabilidade programática no campo da atenção em saúde ao uso abusivo ou dependente de álcool e outras drogas.

Vale também chamar atenção para o modo como, para alguns interlocutores, ingressar no CAPS e prestar assistência aos/às usuários/as de álcool e outras drogas, possibilitou resignificar subjetivamente as experiências vividas sobre o tema. Tal ressignificação ocorre à medida em que estes se deparam com pessoas, situações e acontecimentos que impactam positiva ou negativamente à sua visão de mundo ou concepções sobre acontecimentos e pessoas do cotidiano. As experiências adquiridas nos percursos institucionais da pessoa, interferem no cuidado em saúde, na medida em que revelam implicações morais, empáticas e/ou organizacionais.

Esta experiência resignificada, teve impacto também na esfera familiar dos/as profissionais pesquisados/as, pois a "raiva", o "ódio" e o fato de "detestar" os familiares que usavam o álcool de forma abusiva ou dependente, possibilitou uma visão mais compreensiva e empática com estas pessoas da família. Inclusive, reelaborando o olhar para familiares que usavam drogas e que já tinham falecido! Assim, a inserção no CapsAD também constituiu um "ponto de viragem" na experiência vivida no passado pelas interlocutoras com familiares, usuários/as de álcool e/ou outras drogas. A inserção no serviço compreensão e empatia sobre o processo de sofrimento do/a usuário/a resignificou o afeto com os membros da família que usavam drogas de forma abusiva.

Além disto, o realce dado por alguns interlocutores à experiência profissional com o "público em geral" – leia-se "pessoas" - chamou a atenção por ser situado como elemento de ligação e identificação com o público AD, pelo fato de serem vistos como da mesma natureza humana, ou seja, humanizados. Esta noção de humanização, pautada no senso comum, supõe que o usuário esteja numa condição de desumanização em um primeiro olhar advindo do desejo de humanizá-lo. Mas, o que vem a ser humanização? O senso comum dá conta ou precisamos de fundamentos técnicos para exercer um "cuidado humanizado"? O desconhecimento do PNH, talvez explique e neste sentido, cabe uma reflexão acerca do processo de formação dos/as profissionais da área AD/SM, no sentido de não desvirtuar a ideia

de humanização, pela incorporação da política nos atos de cuidado, significa reger parte do processo de trabalho no SUS, pautado por princípios que valorizam os Direitos Humanos na medida em que coloca o usuário como cidadão ou cidadã - sujeito de direito – que, na produção da saúde é regido pela própria consciência dos seus limites em relação ao uso da droga que consome - de forma abusiva ou dependente. Significa também produzir um usuário com autonomia, consciente dos riscos que se coloca quando está sob efeito ou na fissura, não precisando de intervenções verticais que visibilizem o poder do profissional-cuidador para situá-lo, de forma assujeitada, quanto aos limites e normatizações, mas de um cuidado coproduzido com o que cuida, produzindo um sujeito de direito e que extraia o usuário/a da condição de "abjeto", nos moldes propostos por Taniele Rui (2014, p.23) sobre este público.

Para isto alguns valores como solidariedade, corresponsabilização, participação coletiva, autonomia e *empowerment* são fundamentais de serem trabalhados pelo profissional junto ao usuário/a. Nesse sentido, algumas intervenções e/ou concepções de cuidado destas profissionais podem contemplar tais valores, embora não de forma consciente, mas intuitivamente e, principalmente balizadas pela experiência acerca do que significa para cada uma destas interlocutoras um 'cuidado humanizado'.

A RD está inserida dentro dos princípios da humanização no cuidado por considerar o usuário como sujeito de direito e com autonomia. No "Guia AD" (BRASIL,2015, P.43)[101], dentre as estratégias de RD exemplificadas estão as "ações que promovam a redução do estigma" e "ações que visam à redução dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas", como a entrega de preservativos aos/às usuários/as. Durante o tempo em que estivemos realizando o trabalho de campo no CapsAD, percebemos que estas estratégias não foram priorizadas, embora a ideia advinda do senso comum por alguns de tratar o usuário de forma humanizada, tenha tido efeitos terapêuticos pela qualidade do vínculo, fato que possibilitou que alguns/as usuários/as dessem passos para a reintegração social, sendo a vontade de oferecer um cuidado humanizado, nestes casos, mesmo sem a sistematização técnica dos interlocutores, mas movidos por uma implicação pessoal-empática reveladora dos traços de autonomia no cuidado, além da solidariedade e corresponsabilização nos laços cuidador-cuidado, mesmo que estivesse ligado à ideia, como disse uma das interlocutoras de sonhar junto com o usuário visando o seu projeto de vida.

[101] Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: guia AD (BRASIL, 2015)

O cuidado tanto pode servir para reduzir a vulnerabilidade, por meio da emancipação dos sujeitos ou para reproduzir e/ou aprofundar as situações de vulnerabilidade em que se encontram, ou seja, as práticas de cuidado destes/as profissionais podem ter relações com internalizações advindas da experiência no processo de formação teórico-técnica, bem como das experiências de cunho pessoal, oriundas de vários percursos institucionais e existenciais realizados pela pessoa-profissional ao longo do seu curso de vida.

Como vimos, o cuidado profissional com usuários/as de drogas tem sua complexidade nas implicações dos/as profissionais (pessoal e organizacional), podendo ser inclusiva ou excludente, neste último caso, produtora de estigma e discriminações. O estudo mostra que cuidar deste público exige um desprendimento profissional que, para lidar com algumas demandas, leva o cuidador/ra a ir além da técnica, resignificando sua própria implicação pessoal durante os atos de cuidado. Assim, valores morais do profissional em diferentes dimensões, familiar, religiosa, ideopolítica, além da incorporação de paradigmas de cuidado como o antiproibicionismo e o proibicionismo, podem revelar diferentes formas de práticas de cuidado, nas quais o sujeito seja protagonista do seu tratamento ou assujeitado às normas e/ou saberes colocados pelo desenho institucional. É neste contexto que o curso de vida da pessoa-profissional se apresenta como relevante, na medida em que o cuidado profissional pode ser revelador das suas implicações (pessoal-moral; pessoal-empática e organizacional).

Para não deixar a casa cair! Esperamos que esta pesquisa possa contribuir à reflexão sobre a necessidade de investimento dos gestores na educação permanente em saúde, em um formato que considere a subjetividade do profissional, com base nas implicações que este construiu ao longo do seu curso de vida, visando uma prática de cuidado norteada pelos marcos teórico-epistemológico e normativos das políticas de saúde mental e drogas, bem como pela consideração de aspectos idiossincráticos do cuidador com o público a ser cuidado.

Tal processo formativo deve ter continuidade, evitando os formatos das denominadas "capacitações" rápidas, esporádicas e descontínuas, sem considerar as especificidades do profissional que já está inserido na Raps e do que está chegando. Para que este último não tenha a sensação de **cair na rede sem paraquedas** é necessário que haja uma formação na recepção de quem chega à rede, que considere aspectos teórico-epistemológicos, visitas aos equipamentos da Raps do território onde irá desenvolver o seu trabalho, bem como oficinas que possibilitem a estes novatos a consciência progressiva de suas implicações pessoais para o cuidado em SM/AD.

Sugerimos ainda atenção para a divulgação do material que pode ser encontrado nos sites da área, como do MS, CEBRID, dentre outros, mas também que, considerando aspectos macro e micro culturais da política e cuidado em AD, que alguns materiais possam ser elaborados para auxiliar neste processo de qualificação para o cuidado, a exemplo de vídeos, cartilhas onde o profissional possa encontrar explicações sobre a rede, acionamento intersetorial, clínica ampliada, PTS, RD, dentre outros conceitos, mas que também possa ter acesso ao desenho da rede em que irá trabalhar. Sobretudo, incluir com mais força aportes teóricos sobre RD, processos de estigmatização e discriminação e das três dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, M. de L. **Os contextos de uso do *crack***: representações e práticas sociais entre usuários/as. Dissertação - 133 p. (Programa de Pós Graduação em Psicologia) Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

AMARANTE, P. **Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**. In: Ligia Giovanella; Sarah Escorel; Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz - Cebes, p. 735-759, 2008.

_____. **Reforma Psquiátrica e Epistemologia**. Cad. Bras. Saúde Mental. vol. 1, n. 1, jan.-abr.2009 (CD ROM)

ALBANO, G. et al. Violencias institucionales y reproducción de estigmas em usuários/as de cocaínas fumables de Montevideo. **Psicologia em Pesquisa.** v. 9, n.2, jul./dez., p.111-125, 2015.

AYRES, J.R. et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção de Saúde. IN: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, p. 375- 417, 2009.

_____.; J.R. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEESC:UERJ/IMS:ABRASCO, 2009.

_____.; PAIVA, V.; FRANÇA, I. Conceitos e Práticas de Prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. IN: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos.** Curitiba: Juruá, p. 71-94, 2012.

_____.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde: uma introdução. IN: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos.** Curitiba: Juruá, p.09-41, 2012.

BARBIER, R. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional**, 5ª ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guatarri (Biblioteca Instituto Félix Guatarri; 2), 2002

BARUS-MICHEL, J. **O sujeito social**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Da persistência das metáforas**: estigma e discriminação &HIV/AIDS. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 81-89

_____;. **Pesquisa Nacional sobre o uso de *crack***: quem são os usuários/as de *crack* e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ,2014.

BATISTUTA-VALE, J. **Drogas e Direitos Humanos**: resistência e oposição à política de recolhimento, internação forçada e criminalização de adolescentes. Projeto de Doutorado (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
_____. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BOITEUX, R. L. de F. **Controle Penal sobre as Drogas Ilícitas**: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. Tese de Doutorado em Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo – USP, 2006.

BOYES, W.; MELVIN. M. **Introdução à Economia**. São Paulo: Ática, 2006.

BRASIL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. **Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospicio de Pedro Segundo**. Poder Executivo. Rio de Janeiro, 18 jul. 1841. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html> Acesso em: 05 set, 2016

_____. Decreto nº 4.294, de 06 de julho de 1921. **Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaina, opio, morphina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo alcool ou substancias venenosas; estabelece as fórmas de processo e julgamento e manda abrir os creditos necessários.** Poder Legislativo. Rio de Janeiro, 06 jul. 1921. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html> Acesso em: 04 set. 2016

_____. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. **Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para a redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências**. Brasília, DF, 22 mai. 2007. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm> Acesso em: 22 set. 2016

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestos, e dá outras providências**. Brasília, DF, 20 mai. 2010. Disponível em: < http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/823082/decreto-7179-10> Acesso em:13 set. 2016

_____. Decreto-Lei nº 891, 25 de novembro de 1938. **Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes**. Rio de Janeiro, RJ, 25 nov. 1938. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm> Acesso em: 01 out. 2016

_____. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. **Dispõe sobre medidas de prevenção de repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências**. Brasília, DF, 21 out. 1976. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htmimpressao.htm> Acesso em: 22 out. 2016

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 03 out.2016

_____. Lei nº 8.764, de 20 de dezembro de 1993. **Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 20 dez. 1993. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8764.htm> Acesso em: 05 out. 2016

_____. Lei nº 10.216, de 06 abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 28 out.2016

_____. Lei nº 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/as e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** Brasília, DF, 23 ago. 2006. Disponível em < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 25 out. 2016

_____. Ministério da Saúde. **Manual de redução de danos saúde e cidadania**. Brasília, DF, p. 27, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003a. (Série E - Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização – a humanização coo eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF, 2004. (Série B – Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. DF, 2009. (Série B – Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação do CAPS e de UA. 2015

_____, Ministério da Saúde. **Guia Estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. 2015

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.** Brasilia, DF. 19 fev. 2002. Disponível em: <www.2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2002/portaria-336-19-fevereiro-2002-333439-publicacaooriginal-1-ms.html>. Acesso em: 05 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h. (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.** Brasília, DF. 26 jan. 2012. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/daudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html> Acesso em: 05 out. 2016.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. 12 dez. 2012. **A presente resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.** Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 28 nov. 2016

_____. Projeto de Lei nº 3.657/1989, de 12 de setembro de 1989. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Nova Ementa do Substitutivo do Senado: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Estabelecendo que a internação psiquiátrica só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes**. Urgente 155. Projeto de Lei Anti-Manicomial. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 11 out. 2016

CALASSA, G.D.B.; PENSO, M.A.; FREITAS, L. G. Redução de Danos na Visão dos Profissionais que atuam no CAPSad II do Distrito Federal. **Psicologia em Pesquisa.** v. 9, n. 2, jul./dez., p.177-187, 2015.

CALDAS, M. T. O tratamento do alcoolismo no Brasil. **Revista Interlocuções**, Recife, ano 1, n.1. jan./jun., 2001.

CAMPOS, A. R.; RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C.; ALMEIDA, R. B. **A importância da interface entre o PSF e o CAPSad na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas**. Anais do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2006.

CAMPOS, E.P. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais de saúde. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W.S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.)**. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 2 ed. São Paulo: HUCITEC, p. 221-246, 2010.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A**. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil** (2001). São Paulo: SENAD/CEBRID, 2002.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Tradução de Guy Reynaud; revisão técnica de Luiz Roberto Salinas Fortes. Coleção Rumos da cultura moderna, v. 52, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CAVALCANTE, R. C. L**. Comunidades Terapêuticas e a Saúde Mental no Brasil**: um encontro possível? In: VIEIRA, L.L.F.; RIOS, L. F.; QUEIROZ, T. N. (orgs.) (série gênero, sexualidade e direitos humanos), Recife: Editora UFPE, p.142- 171.

CECÍLIO, L. C.O. de; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (orgs.). **Os mapas do cuidado**: o agir leigo na saúde. São Paulo: HUCITEC: Fapesp, 2014.

ELDER, G. The life course as developmental theory. **Child development**, 1998. v. 69, n.1, p. 1-12.

ELIAS, N. **Sobre o Tempo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____.; SCOTSON, J. **Os Estabelecidos e os Outsiders**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ENRIQUEZ, E. **O trabalho da morte nas instituições**. In: KAES, R. et al. A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1989.

ESCOBAR, J. A. C. E**. Atenção Integral aos/às usuários/as de álcool e outras Drogas**. In: ESCOBAR, J.A.C. et al. Saberes e práticas profissionais: a experiência do centro regional de referência sobre drogas de Pernambuco. Recife: UFPE, 2013.

ESCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: GIOVAELLA, L. ET AL (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323-363.

FERREIRA, J.; FLEISCHER, S**. Etnografias em serviços de Saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FONTES, A.; FLIGLIE, N. B. **Redução de Danos – Uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas**. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Roca, 2004.

FORTES, M. **O ciclo de desenvolvimento do grupo doméstico**. Tradução de Alcida Rita Ramos. Universidade de Brasilia. Brasília, 2011.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. **Os Anormais**. São Paulo: Editora WMF, Martins Fontes, 2010.

GALTUNG, J. **Violence, peace and peace research. Journal of Peace Research**. v. 3, n. 3, p 167-191, 1969.

GEERTZ, C. A **Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____O Saber Local. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

GIDDENS, A. **Cultura e Sociedade**. In: GIDDENS, A. Sociologia. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOFFMAN, E**. Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOLDENBERG, M. **O método biográfico em ciências sociais**. In: GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 8 ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GOMES, L. S. **Drogas e HIV no Brasil – Evolução das Políticas Públicas. De onde Viemos e para Onde Vamos?** In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. Vulnerabilidades, Resiliência, Redes: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015. P.113-132.

KNAUTH, D. R. **Ciência, e Sociedade na Produção e Reprodução de Estigmas e Discriminação**. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 81-89

KARAM, M. L. **Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais** VERVE, v. 12, p. 181 -212, 2007. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/5456/3903>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

_____. **Drogas: além da descriminalização do consumo.** Palestra realizada em Recife/PE no evento Liberdade na Estrada: Recife 2015, promovido por Coletivo Nabuco; Estudantes Pela Liberdade; e Instituto Ordem Livre – setembro 2015. Disponível em http://www.leapbrasil.com.br/media/uploads/texto/126_Drogas%20-%20Recife.pdf?1442862898 Acesso em:15 de outubro de 2016.

KNOUBLAUC; TORALES, Pesquisas sobre identidade e socialização docente: ação e formação nas imbricações biográficas dos professores. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v.12, n. 37, set./dez. p.843-862, 2012.

KRÜGER, T. R. et al. (Org.). **As Conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde.** In: KRÜGER, T. R.. As Conferencias de Saúde e os Planos Municipais de Saúde: considerações sobre o significado de participação popular em Santa Catarina. Florianópolis: DIOESC, 2012. p. 25-160.

LANCETTI, A. A. **Clínica Peripatética**. 6 ed. São Paulo: HUCITEC, 2011.

_____. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

LIMA, R. de C. C. **Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais: contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.** IN: VASCONCELOS, E. M. (org.) Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: HUCITEC, 2010.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 2ª ed., Vozes, Petrópolis, RJ, 1995.

_____. **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

LUCENA, M. A. S. **Descredenciamento de Hospital Psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS)**: engrenagens da operação. 2011. 140 f. Dissertação (Programa de Pós-

Graduação Integrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários/as de álcool e outras drogas no Brasil**: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007.

MACRAE, E. **A prevenção da aids entre usuários/as de drogas injetáveis**. (s.d.)

MARLATT, G. A. **Redução de Danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social**. In: _____; DESLANDES (orgs.). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC. 2004.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 20, n.1, p.19-26, jan./jun. 2008.

MONTEIRO, S. **Estigma e Saúde**. In:_____.; VILLELA, W. (orgs) Estigma e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

MORAES, P; PIMENTEL;P.; UCHÔA, R. **Drogas e Políticas Públicas**: uma análise dos planos de enfrentamento à problemática do *crack* no Brasil. In: Dossiê sobre drogas. Estudos Universitários, revista de cultura da Universidade Federal de Pernambuco, v. 28, N.9, p. 271-294. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009. p. 175-197.

NAPPO, S. A. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de *crack* em relação às DST/AIDS.** São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

NAPPO, S. A. ET AL. **Esta Ciranda não é Minha Só, Ela é de Todos Nós:** reflexões sobre as vulnerabilidades das pessoas que usam *crack*. In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. Vulnerabilidades, Resiliência, Redes: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 37-52.

NASCIMENTO, M. L. **Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder**. Disponível em: <http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf Acesso em: 02 set. 2016.

NERI, A. L. **Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia.** In: NERI, A. L. (org.) Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, SP: Papirus, p. 11-37, 2001.

OLIVEIRA, A. G. B. **Equipes e Condições de Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso**. Esc. Anna Nery Rev Enferm. v.14, n.2, abr./jun. p. 346-354. 2010.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. **Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo**: padrão de uso controlado. Rev Saúde Pública. v.42, n.4. p.664-71. 2008.

PARKER, R; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e AIDS**. In: Cidadania e Direitos, n.1, 45p. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001.

_____; **Intersecções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial.** In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.25-46. 2013.

PERNAMBUCO. Lei nº 14.561, de 26 de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Poder Executivo, a Política Estadual sobre Drogas, e dá outras providências**. Palácio do Campo das Princesas, Recife, 26 dez. 2011. Disponível em: < http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=14561&complemento=0&ano=2011&tipo=&url=> Acesso em: 12 ago. 2016

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. **Histórico do Consumo de *Crack* no Brasil e no Mundo**. IN: O Tratamento do Usuário de *Crack*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p. 33-38, 2012.

QUINDERÉ, P. H. D et al. **A clínica na assistência aos/às usuários/as de *crack* na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira**. In: JORGE, M. S. B. et al (orgs.). Olhares Plurais sobre o fenômeno do *crack*. Fortaleza: EdUECE, p.165-196, 2013.

RAMEH-ALBUQUERQUE, R. C. **Casas do Meio do Caminho**: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários/as de álcool, fumo e outras drogas. [Dissertação de Mestrado]. Recife: CPqAM/FIOCRUZ, 2008.

_____. **Acompanhante Terapêutico na Clínica das Drogas:** papéis e perspectivas na abordagem dos usuários/as de *crack*. In: Dossiê sobre drogas. Estudos Universitários, revista de cultura da Universidade Federal de Pernambuco, Recife: Ed. Universitária da UFPE, v. 28, n.9,p.271-294. 2009.

_____. et al. **A rede de cuidado das pessoas que usam *crack* e outras drogas**: experiências de Recife e Pernambuco no âmbito da vulnerabilidade e direitos humanos – uma perspectiva intersetorial. In: DALLA VECCHIA ET AL. (orgs.) Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

REBOLI, K. G.; KRÜGER, T. R. **Participação e saúde mental**: as conferências de saúde mental. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, 2013.

RECIFE. **Políticas de drogas e redução de danos no Brasil**: o Programa Atitude em Pernambuco. 2016.

REY, F. G. **Subjetividade e Saúde**: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez, 2011.

RIBEIRO, A. N. **Práticas de cuidado com usuários/as de *crack***: percepção dos profissionais de um CapsAD da Região Metropolitana do Recife. Trabalho de Conclusão de Curso. (Residência Multiprofissional em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, Recife, 2016.

RIBEIRO, L. A. **Aspectos Socioculturais do Consumo de *Crack*.** IN: O Tratamento do Usuário de *Crack*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, p.50-56, 2012.

RIOS, L. F. **A pesquisa formativa e a implementação de um projeto de prevenção para homens jovens com práticas homossexuais no candomblé** [mimeo]. In: Apostila do Curso de Especialização em Prevenção do HIV/AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. São Paulo: NEPAID, 2010.

_____.; AQUINO, F. L.; COELHO, D. H.; OLIVEIRA, C.; ALMEIDA, V.; PARKER, R. **Masculorum concubitores Views on homosexuality among Catholics in Recife, Brazil.** Florianópolis: Vibrant, v. 7, p. 25-53, 2010.

ROGERS, C. **Tornar-se Pessoa**. Martins Fontes. 5 ed. São Paulo, 2001.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise Institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jan./jun, 2014.

RUI, T. **Nas tramas do *crack*:** etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SALLES, M. H. N**. Política de Drogas no Brasil**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SANTOS, H. T. ZAUHY,G. **Método autobiográfico e metodologia de narrativas:** contribuições, especificidades e possibilidades para pesquisa e formação pessoal/profissional de professores. CONGRESSO NACIONAL DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES, 2.; CONGRESSO ESTADUAL PAULISTA SOBRE FORMAÇÃO DE EDUCADORES, 12., 2011, Águas de Lindóia. Anais 2. Congresso Nacional de Professores 12. Congresso Estadual sobre Formação de Educadores... São Paulo: UNESP; PROGRAD, 2014. p. 4094-4106 Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/141766> Acesso em:

SANTOS, N. T. V.; ALMEIDA, R. B. F.; BRITO, A. M. **Vulnerabilidade do usuário de *crack* ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no Estado de Pernambuco.** Recife: s. n., 2016.

SCOTT, J. The evidence of experience. **Critical Inquiry**. The University of Chicago Press. v.17, n.4, 1991. p. 773-797.

SEGALEN, M. **Sociologia da Família**. Lisboa – Portugal: Terramar, 1996.

SENAD/CEBRID. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil.** Brasília: SENAD/UNIFESP, 2005.

SENA-LEAL, M. D. **Renegociando Tempos e Acionando Redes Sociais:** um estudo sobre famílias monoparentais e unipessoais das camadas médias**.** Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Sociologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

SCHENKER, M.; CAVALCANTE, F. G. **Vulnerabilidade, Família, Abuso, Dependência de Drogas e Violência.** In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. Vulnerabilidades, Resiliência, Redes: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 23-35.

SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K**. Vulnerabilidades, Resiliência, Redes**: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015.

SODELLI, M. **Vulnerabilidade, Resiliência e Redes Sociais: uso, abuso e dependência de drogas.** In: SILVA, E. A.; MOURA, Y. G.; ZUGMAN, D. K. Vulnerabilidades, Resiliência, Redes: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 3-21.

SILVA, H. R. K. Considerações e confusões em torno da história oral, história de vida e biografia. **MÉTIS: história & cultura**. v.1, n.1, jan.-jun. p.25-38. 2002.

SOUZA, J. ***Crack* e exclusão social**. Organizado por Jessé Souza. Brasília: Ministério da Justiçae Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** vol. 9, ano 1, jan.-abr.2002. p. 25-59

TOTUGUI, M. L. et al. **Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais.** IN: Vasconcelos, E. M. Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. São Paulo: HUCITEC, p. 93-113, 2010.

TREICHLER, P. **AIDS, Homophobia, and biomedical discourse:** an epidemic of signification. In: PARKER, R. & AGGLETON, P. 4 ed. Culture, society and sexuality: a reader. London: UCL. 1993

VALLIM, D. C. Violados indignos: usuários/as de *crack* no Rio de Janeiro e em Nova York. **Psicologia em Pesquisa.** v.9, n.2, jul./dez, p.126-138,2015

_____. **O poder que brota da dor e da opressão:** *empowerment*, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

_____. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. 4 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

VASCONCELOS, E. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do *crack*: balanço e perspectivas de ação. **O Social em Questão** - Ano XV – n. 28, p. 149-186, 2012.

_____. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas, Papel Social, 2016.

VENTURA, M. **Instrumentos jurídicos de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS.** In: ACSELRAD, G. Avessos do Prazer. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.125-154, 2005.

WACQUANT, L. **As Prisões da Miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA CapsAD

FORMAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL NAS INSTITUIÇÕES

1) Você começou a trabalhar com que idade? Qual o emprego? Fale da sua experiência e formação profissional desde o início, mesmo não seja na área da saúde mental.

2) Você acha que suas diversas experiências profissionais ajudaram você no âmbito do trabalho AD/sm? Como?

3) Você tem outros vínculos? Como é a sua jornada de trabalho no dia-a-dia considerando estes diferentes vínculos?

4) Seus estágios e/ou cursos (qualificação, especialização lato sensu etc) foram em que área de conhecimento?

5) Conte um pouco sobre sua trajetória na Saúde Mental. O que despertou o interesse, como iniciou os trabalhos nessa área?

6) Como foi a sua inserção no CAPSad? Já trabalhou ou trabalha em outros CAPS ou serviços da RAPS? Qual(is) a(s) função (ões)?

7) Trabalha há quanto tempo na área ad/sm, neste CAPS, gosta...?)

8) Qual o tipo de formação e/ou sensibilidade você acha importante para o profissional trabalhar com usuários/as de *crack* e/ou outras drogas?

9) Você tem religião? Qual? É praticante? Como você enxerga a importância da religião para a construção de um olhar e/ou cuidado com usuários/as de *crack*?

10) Durante sua educação familiar, escolar na infância e juventude, que ensinamentos foram passados sobre álcool e outras drogas? (Você reproduz ou reproduziu estes ensinamentos que teve com filhos, sobrinhos e amigos?)

TRAJETÓRIA PESSOAL/FAMILIAR

11) Durante a sua vida, você conheceu ou teve amigos/as e/ou familiares envolvidos com drogas? Que drogas? E *crack*? E transtornos mentais?

12) Que acontecimentos da sua vida (familiar, escolar, trabalho/desemprego, mudança de cidade etc) você acha que contribuiu para que você viesse parar neste serviço voltado ao tratamento de usuários/as de drogas?

13) Relata um acontecimento significativo da sua vida, que você acha que pode ter contribuído para a sua escolha profissional na área de drogas.

14) Como a sua família (casado/filhos, pais...outros) enxerga o seu trabalho no CAPSad? Qual a percepção deles sobre os usuários/as de *crack*? E como percebem os usuários/as de outras drogas? (Como é isso para você? Esse olhar influencia a sua prática profissional?)

PERCEPÇÃO DO(A) USUÁRIO(A)

15) Relate uma cena que ocorreu na sua infância/juventude com usuários/as de álcool e outras drogas.

16) O que as pessoas/mídia comentam sobre usuários/as de drogas? Há diferenças com relação aos/às usuários/as de álcool, maconha, tabaco, *crack*, cocaína etc? E você, o que acha?

17) Como você vê a pessoa do usuário de drogas/*crack*? Nesse sentido, há diferenças do usuário de diferentes drogas (álcool, maconha, tabaco, cocaína) dos que usam *crack* etc (em relação à droga, características, jeito de ser, de falar etc?

18) Como ocorre o cuidado com os usuários/as de *crack* aqui no CAPSad? Você percebe diferenças em relação ao cuidado dirigido ao usuário que faz uso de *crack* do cuidado com usuários/as de outras drogas, dos que não usam *crack*?

19) Na sua opinião há diferenças na forma de estigma e discriminação em relação ao usuário de *crack* do de outras drogas? Quais? (Travestis, mulheres, homens e mulheres negros etc) Como você enxerga estes/as usuários/as em relação aos outros/a (seu olhar e o olhar dos demais usuários/as no serviço e se há diferenças no registro do prontuário que você ou colegas realizam quando se trata de usuários/as travestis, etc)

PROCESSO DE TRABALHO (CAPS E REDE)

20) Relate uma cena marcante em relação aos/às usuários/as de *crack* sendo cuidados no serviço e/ou rede/território (como vive, chega ou serviço, com vocês e ou família, etc)

21) Como os usuários/as chegam ao serviço (através de encaminhamentos, etc.) , como vocês realizam o cuidado, quais os procedimentos utilizados após o

usuários/as chegarem ao serviço? Há diferenças em relação ao usuário de *crack*, de álcool, tabaco, maconha etc?

22) Quando você precisa encaminhar algum usuário para um atendimento especializado como isso ocorre? Quais são os locais para onde mais se costuma encaminhar? Como é a parceria com os demais serviços da rede? Fale um pouco sobre isto.

23) Como você vê a integração desta equipe? E da equipe com o Atitude? Com a RAPS de uma maneira geral?

24) Em relação ao Programa ATITUDE, como é realizada esta parceria no sentido da realização do cuidado com os usuários/as de *crack*? Como é atendida a demanda dos usuários/as do ATITUDE pelo CAPSad?

25) Vocês utilizam a Estratégia de Redução de Danos? Dê um exemplo de cuidado exercido por você baseado na Redução de Danos.

26) Vocês trabalham com a clínica ampliada? O que você entende por clínica ampliada? Dê um exemplo de cuidado baseado na clínica ampliada.

27) Vocês trabalham com o PTS? O que significa o PTS na sua concepção? Como vocês constroem o PTS do usuário? Quais são as dificuldades que você percebe para a construção e operacionalização do PTS?

28) Como é trabalhar no CAPSad? Pontos positivos e negativos. Como você se vê neste serviço?

CONDIÇÕES DE TRABALHO (CAPS E REDE)

29) Como é trabalhar na rede de saúde do Cabo? Pontos positivos e negativos. Como você se vê nesta rede?

30) A Secretaria de saúde disponibiliza cursos de formação continuada (“capacitação”) para vocês? Já participou de algum, fale sobre isto.

31) Como você vê a supervisão institucional? Houve mudanças efetivas da equipe após a supervisão institucional? Aponte pontos positivos e negativos desta supervisão.

32) Como você vê a coordenação de saúde mental do município? Já passou por outras coordenações? Fale um pouco sobre as mudanças de uma coordenação para outra.

33) Como você vê a coordenação do CAPSad? Já passou por outras coordenações neste serviço? Fale um pouco sobre as mudanças de uma coordenação para outra. Pontos positivos e negativos.

34) Como você percebe o cenário político atual em relação à saúde mental e drogas (municipal, estadual e federal). Em que este cenário está afetando o seu trabalho no serviço?

MEMÓRIA PROFISSIONAL

35) Relembre uma cena de cuidado que você realizou com usuário/a de *crack* que foi significativa para você tanto em termos positivos como negativo.

36) Teve momentos no cuidado junto ao usuário/a que a sua maneira de pensar interferiu nesse cuidado? Como? Dá um exemplo. (O que você fez? Conseguiu vencer as barreiras ou não?)

37) Daqui para frente, o que você vislumbra como seu projeto de vida?

ANEXO B – FICHA COMPLEMENTAR

FICHA

Local: _____

Data e hora de aplicação:___/___/_____-_____às_____.

Contexto de Aplicação: _____

Entrevista Nº: _____

COMPLEMENTAR

NOME:_____(Iniciais, se preferir).

Data de Nascimento:____/____/_____. **Sexo:** ( ) **Feminino** ( ) **Masculino**

Local de Nascimento: _____ **Estado Civil:** ( ) _____

Religião: ( ) **sim Qual?**_____ ( ) **não**

Filhos: ( ) **sim** ( ) **não Quantidade/Sexo/Idade/grau de instrução:**

_____

_____

_____

Bairro onde reside: _____

Endereço (opcional): _____

_____

Telefone(s): _____

Email: _____

Grau de Instrução/formação: _____

( ) **especialização *latu* sensu** ( ) **mestrado** ( ) **doutorado** ( ) **PhD**

Profissão: _____

Função no CAPSad: _____

Tempo de Serviço no CAPSad: _____

Vínculo: ( ) **concursado** ( ) **contratado** **Jornada de trabalho semanal:** _____

Faixa salarial no CAPSad: 1 a 2 SM ( ) 3 a 5 SM 5 a 10 SM ( ) 10 a 20 SM ( )

Acima de 20 ( )

Recebe pensão do ex-marido? ( ) sim Valor: R$_____( ) não

Outros vínculos empregatícios atualmente: _____

_____

1. Vínculo: ( ) **concursado** ( ) **contratado** **Jornada de trabalho semanal:** _____

2. Vínculo: ( ) **concursado** ( ) **contratado** **Jornada de trabalho semanal:** _____

Renda dos vínculos:

1. Faixa salarial: 1 a 2 SM ( ) 3 a 5 SM 5 a 10 SM ( ) 10 a 20 SM ( ) Acima de 20 SM ( )

1. Faixa salarial: 1 a 2 SM ( ) 3 a 5 SM 5 a 10 SM ( ) 10 a 20 SM ( ) Acima de 20 SM ( )

Renda Familiar Total (média): 1 a 2 SM ( ) 3 a 5 SM 5 a 10 SM ( ) 10 a 20 SM ( ) Acima de 20 SM ( ) ( ) Acima de 30 SM

Faixa salarial do somatório dos seus vínculos: 1 a 2 SM ( ) 3 a 5 SM 5 a 10 SM ( ) 10 a 20 SM ( ) Acima de 20 SM ( ) ( ) Acima de 30 SM

Trajetória Profissional (fale um pouco dos lugares e cargos/funções em que ocupou durante toda a sua vida profissional):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Participou de algum curso de capacitação no CAPSad? Quais? Quando?

_____
_____
_____
_____
_____

Participou de outros cursos na área da saúde mental/*crack*, álcool e outras drogas? (online, inclusive) Quais? Quando?

_____
_____
_____
_____
_____

Deseja fazer algum comentário a mais? Utilize este espaço.

_____
_____
_____
_____
_____

Suas informações serão sigilosas. Obrigada pela participação!