



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Psicologia
Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social

Bruna Barreto Cunha Souza

**A NOÇÃO DE CUIDADO NA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS AD)**

São Paulo
2013

Bruna Barreto Cunha Souza

A NOÇÃO DE CUIDADO NA ATENÇÃO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS AD)

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof^a Dr^a Mary Jane Paris Spink.

São Paulo

2013

Banca Examinadora

Dedicatória

À minha mainha, que me ensinou a nunca desistir...

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, à querida orientadora Mary Jane. Além de aceitar percorrer a trajetória do mestrado junto comigo e me proporcionar a oportunidade de aprender com seus ensinamentos, foi orientadora acolhedora nos meus momentos de inquietudes e insegurança. Muito obrigada por tudo!

Agradeço ao meu marido Rafa, por sempre apoiar meus projetos, confiar em mim e me proporcionar o apoio necessário para seguir em frente. Sua determinação e força de vontade me inspiram. Te amo!

Agradeço a minha mãe, que sempre foi meu grande exemplo de garra. Por maior que seja o obstáculo, ela sempre está lá, pronta para a batalha e com uma energia e alegria que contagiam. Obrigada, mamy!

Agradeço ao meu pai Pedro e à minha irmã Brisa que, mesmo distantes, estiveram sempre presentes na forma de palavras de incentivo. Agradeço também ao meu irmão Murilo, pelo companheirismo nas horas difíceis. Tê-lo ao meu lado me fez muito bem.

Na minha trajetória também encontrei pessoas especiais que me ajudaram a construir esse trabalho. Agradeço a todos do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção da Sentidos, em especial a Pedrinho e Eliete, que se tornaram amigos especiais. Agradeço também a Ju, Carol, Jullyane, Vanda e Samanta, pela disponibilidade sempre que precisei. Agradeço também a Mário, que, mesmo na pequena convivência, foi muito solícito com as minhas demandas dissertativas de última hora. Agradeço à Jackie e a Marcelo Sodelli, pelas contribuições valiosas na qualificação e por aceitarem novamente colaborar no exame final.

Agradeço a toda equipe do CAPS AD Sé, que me recebeu tão gentilmente e me proporcionou experiências valiosas para a construção deste trabalho.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-Cnpq pela concessão da bolsa de mestrado que tornou possível financeiramente a consecução deste projeto.

Hoje, com olhos marejados, agradeço a cada um que participou direta ou indiretamente deste meu processo. Cada mensagem, ligação, demonstração de força e afeto foram muito importantes. Obrigada!

SOUZA, B. B. C. *A noção de cuidado na atenção a usuários de substâncias psicoativas em um centro de atenção psicossocial (CAPS AD)*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

O cuidado aos usuários de substâncias psicoativas é complexo devido a suas inúmeras contradições e por sua história, que se confunde com a política proibicionista de combate às drogas. Sob essa visão repressora, o cuidado oferecido aos usuários muitas vezes tem tido um caráter moralista, que prioriza medidas de reclusão ao invés de projetos que valorizam o resgate a cidadania e desejos do usuário. Sabemos que o entendimento do uso de drogas como questão de saúde pública já é um avanço. E, nesse contexto, o Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) surge como um dispositivo de referência, desempenhando papel estratégico na rede de assistência. Por isso, ele foi escolhido para a realização desta pesquisa. Nos ancoramos na perspectiva construcionista por acreditar que o cuidado ao usuário de drogas é socioconstruído e performado por fatores humanos, como os profissionais e gestores, e não humanos, que integram o ambiente no qual são acolhidos. Nosso objetivo foi conhecer como o cuidado se efetiva em um dispositivo de assistência ao usuário de drogas proposto pelo Ministério da Saúde: o CAPS AD. Para tanto, foram realizadas observações das atividades cotidianas no dispositivo durante quatro meses alternados e seis entrevistas com profissionais que nele atuam. Os resultados da pesquisa sugerem que, apesar de o CAPS AD III Sé ser bem localizado, de acesso fácil e contar com uma equipe engajada e crítica sobre a problemática do consumo de drogas, ele ainda apresenta desafios a serem enfrentados, tais como sua estrutura física e a visão que os profissionais da rede de assistência têm dos usuários, o que muitas vezes impede a efetivação do cuidado em outros dispositivos de atenção. Há ainda a questão dos limites que o próprio trabalho impõe aos profissionais do CAPS, deixando-os esgotados em sua vida cotidiana. Apesar dessas dificuldades, o cuidado se efetiva naquele dispositivo, pois seus profissionais propõem estratégias que vão além da técnica, escutando o usuário e não julgando seu comportamento, em uma perspectiva de acolhimento e redução de danos.

PALAVRAS- CHAVE: CAPS AD; Cuidado; Drogas.

SOUZA, B. B. C. *The notion of care in the assistance for users of psychoactive substances in a Day-Care Centre for Users of Alcohol and Other Drugs (CAPS AD)*. 2013. Dissertation (Master in Social Psychology) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

Care provided to users of psychoactive substances is a complex due to its numerous contradictions and history, which is intertwined with the prohibitionist policy against drug use. Under this perspective, care provided to users has often had a moralistic character, which gives priority to measures of incarceration rather than projects that add value to rescue the user's citizenship and wishes. We know that the understanding of drug use as a public health issue is already a step forward. And, in this context, the Day-Care Centre for Users of Alcohol and Other Drugs (CAPS AD in Portuguese) emerges as a reference device, playing a strategic role in the assistance network. So, this institution was chosen to be approached in this research. We ground on the constructionist perspective because we believe that care to drug user is constructed socially and performed by humans, professionals and managers, and non-humans factors, the environment in which they are received. Our goal was to know how care becomes effective in drug users assistance, proposed by the Health Department: CAPS AD. With this purpose, observations of everyday activities on the device during four months and six interviews with professionals who work in it were made. The survey results suggest that, although AD CAPS III Sé can be well located, have an easy access and an engaged team also critical about the problem of drug consumption, it still presents challenges to be faced, such as its physical structure, the vision that professionals have for assistance network to users, which often prevents efficient care in other devices. There is also the question of the limits that the own activity imposes on professionals who work on CAPS, leaving them exhausted in their daily lives. Despite these difficulties, care becomes effective on that device because its professionals propose strategies that go beyond technique, listening to the users and not judging their behavior in a host perspective and harm reduction.

Keywords: CAPS-AD, Care, Drugs.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO	11
1.1 OS PERCURSOS DA PESQUISA	17
1.1.1 Os Pressupostos Teóricos e Epistemológicos	17
1.2 OBJETIVO GERAL	18
1.2.1 Objetivos Específicos	18
1.3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
1.3.1 Pesquisa Bibliográfica e Pesquisa Documental	18
1.3.2 Entrevistas	19
1.3.3 Observações no Cotidiano	19
1.3.4 Participação em Eventos	19
1.4 PESQUISAS NO COTIDIANO: A OBSERVAÇÃO COMO PONTO DE PARTIDA	21
1.4.1 A Importância do Diário de Campo	23
1.4.2 Procedimentos Adotados nas Observações	23
1.5 A ENTREVISTA COMO RECURSO METODOLÓGICO	25
1.5.1 Procedimentos para Realização das Entrevistas	26
1.5.2 Análise das Entrevistas	26
1.5.3 Apresentando os Entrevistados	28
CAPÍTULO 2: O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS NO BRASIL E EM SÃO PAULO	32
2.1 O CENÁRIO NACIONAL	32
2.1.1 Ampliando e Diversificando os Serviços	41
2.2 O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS	43
CAPÍTULO 3: CUIDADO COMO ACOLHIMENTO	47
3.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III SÉ	47
3.1.1 O CAPS: Estrutura Física e Fluxos Cotidianos	51

3.1.2 O Fluxo Cotidiano	57
3.1.3 “Sé Na Rua”: O Desafio do Trabalho de Campo	60
3. 2 DESAFIOS COTIDIANOS PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS	61
3.2. 1. Reflexões Sobre Limites	62
3.2. 2. A Violência no Cotidiano do CAPS	63
CAPÍTULO 4: O CUIDADO COMO SUPERAÇÃO DE PRECONCEITOS	66
4.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS USUÁRIOS DE DROGAS	66
4.1.1 A Estratégia da Redução de Danos	69
4. 2 DIFICULDADE DE ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE	70
4.2.1 Sobre o Acolhimento dos Usuários de Drogas em outros Serviços	70
4.2.2 Sobre a Articulação da Rede	71
4.2.3 Sobre a Sensação de Estar Sozinho...	73
4. 3. PRECONCEITO E DESARTICULAÇÃO: A AÇÃO NA CRACOLÂNDIA E SEUS IMPACTOS NO CAPS	75
CAPÍTULO 5: AS MÚLTIPLAS FACES DO CUIDADO NA PERPSECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO CAPS	78
5.1 O QUE É CUIDADO?	78
5.1.1 O CAPS e o Cuidado Multifacetado	80
5.2 O PROFISSIONAL TAMBÉM PRECISA SER CUIDADO	81
CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
7 REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	
APÊNDICE 1: MAPAS DIALÓGICOS DAS ENTREVISTAS	
Apêndice 1.1. : Mapa dialógico do profissional Alessandro	92

Apêndice 1. 2. : Mapa dialógico da profissional Marina	111
Apêndice 1. 3. : Mapa dialógico do profissional Elton	137
Apêndice 1. 4. : Mapa dialógico do profissional Mário	144
Apêndice 1. 5. : Mapa dialógico do profissional Rodrigo	159
Apêndice 1. 6. : Mapa dialógico da profissional Amanda	172
APÊNDICE 2: TERMO DE CONCENTIMENTO INFORMADO	182

ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética da PUCSP	183
Anexo 2: Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	184
Anexo 3: Cronograma de Atividades do CAPS AD Sé	186

CAPÍTULO 1: APRESENTAÇÃO

Gostaria de iniciar meu trabalho contando como a temática do uso de álcool e drogas despertou meu interesse. Para tanto, iniciarei com apontamentos biográficos sobre minha trajetória acadêmica, meus questionamentos e inquietações primeiras, para posteriormente expor minha questão de pesquisa no mestrado e de a como conduzi.

Narrar minha trajetória acadêmica se torna importante, uma vez que Peter Spink (2003), ao falar de procedimentos metodológicos em pesquisa social, afirma que o campo é muito mais que um lugar específico: ele é o argumento no qual estamos inseridos, apresentando múltiplas faces e materialidades e acontecendo em lugares muito diferentes. Nesse sentido, o meu campo de pesquisa inicia em outros lugares, ainda na época da minha graduação em psicologia, cursada na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Importante ressaltar que toda minha formação no ensino superior foi voltada à área da saúde, nos estágios básicos, em projetos de iniciação científica, e até no estágio específico, último da faculdade, no qual optei pela experiência em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) da região.

Durante cerca de um ano e meio estive inserida no cotidiano do dispositivo, aprendendo e construindo um jeito de ser psicóloga. Não foram raros os momentos de inquietude em relação às muitas coisas que aconteciam naquele contexto. Alguns pontos em especial me chamaram mais atenção, tal como o tipo de cuidado oferecido ao usuário de drogas. E foi por esse caminho que tentei enveredar em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). No entanto, a abrangência do tema se revelou difícil de ser trabalhado naquele momento, em função do tempo reduzido. Por isso, meu TCC foi reformulado, passando a ser um estudo sobre a redução de danos (RD) como uma alternativa de cuidado. Mas mantive o lócus de interesse, pesquisando nos dois CAPS existentes na região do Vale do São Francisco, um na Bahia e outro em Pernambuco.

O TCC, somado à minha experiência no estágio profissionalizante, fez com que minhas inquietações pessoais e profissionais em relação ao cuidado oferecido aos usuários de drogas somente aumentasse. Com ele, pude mostrar ao meio acadêmico o que muito já se sabia sobre o tratamento oferecido aos usuários de drogas naquela região: nenhum dos CAPS trabalha com a redução de danos, apesar de ser esta uma das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde nesse tipo de dispositivo.

Além disso, as ações dos profissionais que ali atuavam se baseavam em princípios moralizantes e pessoais, muitas vezes estigmatizando o usuário de drogas como alguém doente, que necessita de limites e que deve ter como única alternativa de cuidado a abstinência. Alguns poucos se mostravam favoráveis à redução de danos, reconhecendo ser necessário saber um pouco mais a respeito da estratégia.

Havia ainda a questão da gestão pública, que pouco investia em serviços de saúde, inclusive em CAPS AD. Tratava-se, portanto, de um serviço que dispunha de poucos recursos financeiros e materiais para trabalhar, formado por uma equipe reduzida e com pequena vivência na área de álcool e drogas. Diante desse cenário, a rede de saúde e de assistência social funcionava de modo precário, o que dificultava a articulação do atendimento integral aos usuários.

É nesse contexto que começo a formular os meus primeiros questionamentos sobre o tema da presente pesquisa. Que tipo de cuidado está sendo oferecido aos usuários de substâncias psicoativas? Baseado em quais princípios? Longe de querer encontrar uma solução, ou uma fórmula ideal de cuidado ao usuário de substâncias psicoativas, comecei a delinear um projeto de mestrado com base nessas perguntas.

Com a minha vinda para São Paulo e minha entrada no Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), me propus a tentar compreender como esse cuidado é performado. Sabia, é claro, que seria uma realidade bem diferente daquela vivenciada durante o meu estágio e no TCC. Mas só tive uma primeira dimensão do quanto seria diferente logo na entrevista de seleção, quando o professor Odair Furtado me alertou: *“Você vai encontrar uma realidade muito diferente, porque os CAPS daqui têm uma especificidade muito grande...”*. Foram mais ou menos essas suas palavras, naquele momento. Confesso que, em meio ao turbilhão de coisas novas que estavam acontecendo em minha vida, tal fala me assustou bastante. Porém, ao mesmo tempo, me preparou para encarar os desafios que estavam por vir.

Desde que fui selecionada para o mestrado, participei do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, coordenado pela professora Mary Jane Spink, por me sentir em sintonia com a proposta ali oferecida. O posicionamento do Núcleo é pautado pela perspectiva construcionista, para a qual o conhecimento é algo que se constrói por meio de práticas sociais. As pesquisas realizadas nessa postura têm por objetivo analisar e compreender as interações sociais, sempre levando em consideração sua historicidade (SPINK; FREZZA, 2004). O construcionismo enfatiza que os

acontecimentos/realidade são construídos sócio-historicamente e, por isso, é possível ter várias versões sobre um mesmo objeto. Nessa abordagem teórico-metodológica, as dualidades sujeito-objeto, conhecimento-realidade, teoria-prática não fazem mais sentido. Seu posicionamento é crítico-reflexivo e o questionamento das coisas tidas como naturais e verdadeiras se torna uma característica norteadora (MÉLLO et al., 2007).

Neste trabalho, a abordagem construcionista será o eixo norteador, uma vez que permite trabalhar com a complexidade e a multiplicidade do cuidado ao usuário de drogas. Para sua consecução, fiz leituras e reflexões, bem como participei de seminários para compreender um pouco essa “torre de babel” que é o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, não apenas na cidade de São Paulo, mas em todo o território nacional. A referência bíblica à Torre de Babel e em livros da história se dá em razão de lá haver muitas tribos que não se entendiam e falavam línguas diferentes. Metaforicamente, no cuidado ao usuário de drogas o percurso tem sido um pouco parecido, já que, apesar de muita gente falar e discutir o assunto, as controvérsias e contradições são inúmeras.

Muitas vezes o discurso ambíguo parte de um mesmo órgão. Por exemplo, no final de 2011, o Ministério da Saúde, em meio a tantos avanços na política de combate às drogas, liberou financiamento para comunidades terapêuticas, foco de diversas críticas, tendo em vista os seus métodos são contrários à Reforma Psiquiátrica.

Posso citar como exemplo a 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), realizada em setembro de 2011, que vistoriou 68 locais para internação de usuários(as) de drogas. Essa inspeção, que cobriu 24 Estados brasileiros e o Distrito Federal, identificou maus-tratos, falta de higiene e de infraestrutura, bem como ausência de projetos terapêuticos (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2012).

O financiamento dessas instituições por parte do governo gerou indignação na maioria das pessoas que fazem parte e lutam para manter os avanços da reforma psiquiátrica brasileira. No 3º Congresso Internacional da Associação Brasileira Multidisciplinar sobre Drogas (Abramd), em Bento Gonçalves (RS), em novembro de 2011, em uma mesa intitulada “Redes e reorganização dos modelos assistenciais” levantou vários questionamentos ao coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Roberto Tycanori, sobre esse financiamento. Os questionamentos foram feitos por profissionais da rede de assistência, indignados com tal posicionamento do Estado. Os

investimentos de dinheiro público nas comunidades terapêuticas invertem a lógica de cuidado do SUS, pois nesses espaços a internação, um recurso mais extremo, passa a ser uma prática corriqueira e se constitui como porta de entrada dos usuários ao atendimento em saúde.

A partir do exemplo citado, podemos perceber o quão controverso é o campo AD. Entrar nesse “mundo” é se deparar com os moralismos e estereótipos escancarados, com os avanços e retrocessos não apenas no cuidado ao usuário, mas também da própria política; é reconhecer que estamos longe de um consenso sobre a política de drogas. Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (2004) ressaltam que não há como escapar das convenções e ordens morais, mas que a pesquisa pautada na perspectiva construcionista é um convite a examinar criticamente essas convenções.

É nesse mundo de diversidades e controvérsias que esta dissertação está inserida, buscando entender a multiplicidade de sentidos e formas do cuidado ao usuário de drogas. Tentará compreender a cacofonia e a polifonia das falas situadas, dos artefatos e das materialidades do cuidado.

Ao adotar a perspectiva do cuidado, estamos retomando a noção de não mais “cuidar do outro”, de forma unidirecional, mas reforçando a ideia de cuidado como espaço de reflexão (SPINK, 2010). Por isso, este trabalho tem como principal objetivo fazer uma reflexão sobre como está sendo produzido o cuidado ao usuário de drogas em um CAPS AD, no município de São Paulo. Espero, assim, contribuir para o debate, para a reflexão e para o aprimoramento das diversas formas de cuidar.

Diante exposto, esta pesquisa tem como objetivo principal compreender a noção de cuidado na atenção aos usuários de drogas em um CAPS AD. O local foi escolhido por ser um dispositivo de referência e tratamento na atenção à saúde, além de desempenhar papel estratégico na rede de assistência, sendo responsável pela organização comunitária de cuidados (BRASIL, 2004a).

A escolha do CAPS AD Sé, dentre os muitos que existem em São Paulo, se deu considerando a diversidade do Centro de São Paulo, região histórica da cidade e que por muitos anos abrigou um variado comércio e uma intensa vida boêmia. Localizado nos arredores da Praça da Sé, até pouco tempo era o único CAPS AD III da capital paulista.

Para realizar a pesquisa, participei do cotidiano do dispositivo e entrevistei alguns de seus profissionais, tomando todos os cuidados éticos preconizados. Foi necessário apresentar o projeto para avaliação em dois comitês de ética: o da PUCSP e o da

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). Em 12 de setembro de 2011 a PUCSP deu o parecer favorável à realização da pesquisa (Protocolo nº 201/2011) e no dia 29 do mesmo mês a SMS-SP também a aprovou (Parecer nº 318/11-CAEE:0089.0.162.000-11- CEP/SMS). Ambos os documentos estão anexados ao final desta dissertação.

Para as entrevistas foi solicitado que todos os colaboradores assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O referido documento garantiu o anonimato, a inexistência de riscos (risco-mínimo) e a possibilidade de desistência da pesquisa quando assim desejassem os participantes, atendendo à Resolução nº 196/96 da CONEP/CNS do Ministério da Saúde.

No decorrer do trabalho, também foram adotados cuidados éticos, tais como o uso de nomes fictícios em todas as citações, seja nas entrevistas, seja nos diários de campo (DC). Esses estão numerados e, ao longo do trabalho, quando há alguma citação, será descrito (DC e seu número).

A aproximação com a equipe aconteceu a partir de outubro de 2011, quando iniciei minhas observações do cotidiano do serviço, participando do acolhimento e das atividades grupais, música e artesanato, dentre outros. Isso incluiu conversas com profissionais e usuários, na recepção, na sala de reuniões, nos congressos etc. Esse modelo está embasado no argumento de que o campo é justamente isso: a multiplicidade de fazeres e materialidades que acontecem em diferentes lugares. Portanto, os lugares, as pessoas, fotos, blocos de anotações, todas essas materialidades são entendidas como parte da conversa (SPINK, P., 2003).

No primeiro capítulo é exposto o delineamento teórico-metodológico que norteia a pesquisa. Partindo da perspectiva construcionista, que propõe uma reflexão crítica acerca da produção do conhecimento (MÉLLO et al., 2007), seguirei abordando a importância da linguagem como ação. Em seguida, apresentarei as escolhas metodológicas, tais como a entrevista e a observação. Nele, a ênfase é nas práticas discursivas, que assumem a importância da linguagem enquanto prática social construtora de realidades, constituindo-se no foco central da análise na perspectiva construcionista, pois implica uma linguagem em ação, a partir da qual as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (SPINK; MEDRADO, 2004).

No segundo capítulo abordo o cuidado aos usuários de álcool e drogas. Início contando um pouco da história campo-tema ao longo dos anos, no Brasil, para em

seguida dar ênfase à maneira como isso tem se configurado no Estado e no município de São Paulo. A parte histórica relativa à capital paulista é contada a partir das mudanças do serviço, que hoje é o CAPS AD, pois, mesmo antes da instituição dos CAPS no Brasil, esse dispositivo já se apresentava como uma instituição de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido, a instituição acompanhou todo o processo histórico da reforma da saúde municipal. Contar sua história é uma forma de contar também a história da saúde na cidade de São Paulo.

O **terceiro capítulo** tem por foco o cotidiano do CAPS, sendo relatada a construção de uma das performances do cuidado: o cuidado como acolhimento. Para tanto, analiso suas várias dimensões, desde a dimensão física do acesso e da espera por atendimento até a especificidade de quem usa álcool e drogas. Essa maneira de descrever a imbricação entre materialidades e socialidades foi baseada em Jonh Law (2003).

O **quarto capítulo** tem por foco o modo como os usuários são percebidos, seja pelos profissionais do CAPS, seja por aqueles que atuam em outros serviços. Tem como eixo central a questão do preconceito contra os usuários, sobretudo como fator impeditivo da articulação da rede de serviços de saúde.

No **quinto capítulo** é apresentado o modo pelo qual os profissionais compreendem o cuidado ao usuário de droga e como ele pode ser efetivado dentro do dispositivo. Para isso, continuamos a usar como base as entrevistas e os diários de campo.

Por fim, são feitas as considerações finais sobre o trabalho realizado.

1.1 OS PERCURSOS DA PESQUISA

1.1.1 Os Pressupostos Teóricos e Epistemológicos

Esta pesquisa está assentada em pressupostos teóricos e epistemológicos da perspectiva construcionista, segundo a qual tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas. Portanto, adotar essa perspectiva requer romper com noções que estão profundamente arraigadas na nossa cultura, como, por exemplo, a visão representacionista do conhecimento e a própria noção de realidade (SPINK; FREZZA, 2004).

Para os pesquisadores que trabalham nessa perspectiva, a linguagem tem lugar central em seu trabalho. Trata-se, porém, da linguagem em uso, incluindo aí as condições de produção, tanto no contexto social como interacional. Nesse sentido, para os construcionistas a linguagem é ação, no que diz respeito às formas estáveis do discurso aos momentos ativos do uso da linguagem, levando em consideração as ressignificações, as rupturas e a produção de sentidos (SPINK; MEDRADO, 2004). Assim, podemos definir práticas discursivas como “linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 45).

As práticas discursivas compreendem três aspectos: função, construção e variação. A função concerne à linguagem como ação e os efeitos que ela produz. A construção refere-se ao uso dos repertórios interpretativos que circulam entre nós e, por fim, a variação é a consequência da função e da construção, uma vez que diferentes contextos geram diferentes discursos. Dessa forma, torna-se importante trabalhar com a perspectiva temporal dos repertórios, pois o “sentido contextualizado institui o diálogo contínuo entre sentidos novos e antigos” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 49).

Esses autores ressaltam que a análise dos repertórios interpretativos requer a adoção de uma perspectiva temporal que articule o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto. Por tempo longo, entende-se o conhecimento cumulativo construído durante toda a história, como os discursos produzidos e institucionalizados por diferentes setores da sociedade, como a religião, a ciência e as tradições do senso comum, e que hoje circulam entre nós por meios diversos. Trata-se, portanto, do discurso da reprodução social. O tempo vivido é aquele de ressignificação desses conteúdos históricos do tempo

longo; é o momento da socialização. Já o tempo curto é definido como o tempo da interanimação dialógica; é o momento em que ocorrem os processos de co-construção de sentidos no aqui e agora das interações sociais (SPINK; MEDRADO, 2004).

Nesta pesquisa, por meio das práticas discursivas, partimos do pressuposto de que é possível conhecer os sentidos de cuidado que norteiam as práticas dos profissionais do CAPS AD na atenção aos usuários de drogas. Para tanto, foram utilizados como recursos metodológicos a observação e as entrevistas, e, ao mesmo tempo, diversas fontes de informação, que serviram para fortalecer nosso argumento de que o cuidado é performado de várias maneiras.

1.2 OBJETIVO GERAL

Compreender as noções de cuidado que dão sustento às práticas profissionais na atenção a usuários de substâncias psicoativas.

1.2.1 Objetivos Específicos

- ✓ Conhecer os sentidos que os profissionais de saúde constroem sobre o cuidado ao usuário de drogas.

- ✓ Compreender os aspectos que favorecem ou dificultam a adoção da política de atenção integral aos usuários de drogas, preconizada pelo Ministério da Saúde, por meio da observação do cotidiano do CAPS.

1.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1.3.1 Pesquisa Bibliográfica e Documental

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de entender as diversas abordagens sobre a noção de cuidado e, ao mesmo tempo, resgatar a história de cuidado aos usuários de drogas.

A pesquisa documental também foi realizada e incluiu o levantamento dos documentos/legislação/portarias sobre a política de cuidado ao usuário de drogas.

Foram solicitados documentos sobre a história do CAPS AD III Sé. Como nada foi encontrado, essa história foi contada pelos profissionais mais antigos do serviço.

1.3.2 Entrevistas

Foram realizadas entrevistas com seis profissionais do CAPS AD III SÉ, escolhidos a partir das observações. Esse recurso metodológico possibilitou conhecer um pouco mais os profissionais que atuavam no serviço, bem como seu posicionamento sobre o cuidado destinado ao usuário de drogas, questionando e/ou refletindo sobre alguns acontecimentos observados no cotidiano.

1.3.3 Observação no Cotidiano

A observação das atividades dos profissionais do CAPS AD permitiu que fosse assumido um papel de coparticipação no processo de reflexão crítica sobre as práticas de saúde direcionadas ao cuidado dos usuários de substâncias psicoativas. Nesse processo, buscou-se compreender os discursos que circulavam no cotidiano do serviço e que orientavam as práticas das pessoas.

As observações foram registradas em diário de campo, possibilitando a descrição de fatos e impressões, incluídas possíveis inquietações e sentimentos surgidos nas experiências vivenciadas no dia a dia das equipes do CAPS AD. A descrição do processo de observação será feita mais à frente.

1.3.4 Participação em Eventos

Ao longo dos dois anos do mestrado, aconteceram diversos eventos que contribuíram para o delineamento do presente trabalho, principalmente aqueles voltados à discussão da política de drogas no Brasil e em São Paulo.

Como forma de integrar nessas discussões, houve participação nos seguintes seminários, debates e congressos:

- ✓ “Saúde Mental e a Política Nacional de Álcool e outras drogas: aspectos práticos e conceituais.” Realização: Faculdade de Saúde Pública. Comissão de Cultura e Extensão Universitária. USP. São Paulo;
- ✓ “Tráficos, violências urbana e o consumo de psicoativos: a contribuição etnográfica na compreensão das questões contemporâneas de interesse de saúde pública”. Realização: Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública. Laboratório Interdisciplinar de Estudos Sociais em Saúde – LIESP. USP. São Paulo.
- ✓ Curso de Extensão Universitária: “Prevenção ao uso indevido de drogas- Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias – 3ª edição”. Universidade Federal de Santa Catarina.
- ✓ Diálogos Capitais: “Educadores contra o crack”. Realização: revistas *CartaCapital* e *CartaEscola*.
- ✓ III Congresso Internacional da Associação Brasileira Multidisciplinar do Estudo sobre Drogas: “Interfaces no uso de drogas: cultura, educação e saúde”. Bento Gonçalves, RS.
- ✓ Participação no XVI Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social – Abrapso: “Psicologia Social e seus movimentos”. Recife, PE.

Houve participação também em dois eventos importantes para a discussão da pesquisa construcionista:

- ✓ Conferência “Biopolítica e neuropolítica: governando a conduta na era do cérebro”, com Nikolas Rose. Realização: Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social/PUC-SP; LinC/PUC-SP; FMUSP; FFLCH-USP.
- ✓ Ciclo de debates: “Da positividade dos nós: experimentos em pesquisas pós-construcionistas”. Promovido, entre os dias 25 e 26 de abril de 2012, pelo Grupo

de Pesquisa Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (NPDS), vinculado ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da PUCSP.

Essas várias fontes descritas acima estão sistematizadas no Quadro 1, que indica também o capítulo em que foram mais utilizadas.

Quadro 1 - Fontes utilizadas na pesquisa.

FONTE	OBJETIVO	CAPÍTULO					
		1	2	3	4	5	6
Pesquisa bibliográfica	Levantamento sobre a noção de cuidado em saúde coletiva		X				X
Pesquisa documental	<ul style="list-style-type: none"> • Resgatar a história de cuidado aos usuários de drogas • Levantamento da legislação pertinente 		X				
Observações	Conhecer e compreender o cotidiano do CAPS			X	X	X	
Entrevistas	Conhecer a noção de cuidado para os profissionais que atuam diretamente no cuidado aos usuários de drogas			X	X	X	
Eventos	Contextualizar os trabalhos sobre o cuidado ao usuário de drogas que estão sendo desenvolvidos na atualidade		X				X
	Aprimorar e refletir sobre as estratégias da pesquisa construcionista.	X					X

1.4 PESQUISAS NO COTIDIANO: A OBSERVAÇÃO COMO PONTO DE PARTIDA

Destacamos aqui o uso da contração “*no*” cotidiano como forma de nos contrapor às pesquisas “*do*” cotidiano, por entender que ao falar em pesquisa e cotidiano não há como separar pesquisador e pesquisado (ou seu objeto de pesquisa). O pesquisador é partícipe das ações e interações em seu campo. Essa postura está em consonância com o posicionamento construcionista, que abdica de verdades universais e da dualidade sujeito-objeto, priorizando a construção compartilhada de conhecimentos.

Ou seja, não procuramos adotar uma postura neutra diante dos acontecimentos diários no CAPS. Como aponta Mary Jane Spink (2007), a ilusão de neutralidade em pesquisas “*do*” cotidiano está associada à curiosidade ocidental em relação ao *outro*, que é considerado *exótico* ao ambiente natural do observador-pesquisador. Essa ferramenta de

observação nasce, assim, com os antropólogos que procuravam conhecer culturas diferentes das suas.

Hoje, acreditamos não caber mais a observação “do” cotidiano como método, pois esse *outro-exótico* frequentemente faz parte da mesma cultura do pesquisador. Muitas vezes, para que se consiga dar prosseguimento à pesquisa é necessário que o pesquisador seja aceito pelo grupo.

Essa reflexão nos remete ao célebre estudo *Uma briga absorvente: notas sobre a briga de galos balinesa*, de Clifford Geertz (1978). Embora o antropólogo norte-americano tivesse obtido aprovação governamental para sua pesquisa, que seria realizada em um vilarejo em Bali, não conseguia se relacionar com as pessoas da comunidade, pois era tido como um estrangeiro. Geertz só consegue se inserir na comunidade quando participa, como espectador, de uma rinha de galos (atividade proibida naquele país). A polícia chega e ele foge junto com as outras pessoas, refugiando-se na casa de um deles. A partir daquele momento, o pesquisador finalmente consegue mudar sua relação com a comunidade.

A presença da pesquisadora no dia a dia do CAPS foi aos poucos se tornando corriqueira, sendo aceita pelos profissionais. De certa forma, eles “cobravam” uma postura mais ativa, materializada, por exemplo, nas solicitações de “ajuda” para formar os grupos de acolhimento, pedindo que não apenas atuasse como observadora. Esse cenário nos leva a aceitar o pressuposto de que a reflexividade (efeitos da presença do pesquisador) é parte do processo da pesquisa. Como nos lembra Spink e Menegon (2004) “os integrantes, incluindo o(a) pesquisador(a), são pessoas ativas no processo de produção de sentidos” (p. 224).

Partindo da abordagem metodológica de práticas discursivas e produção de sentidos, conversar é um dos meios pelos quais as pessoas se posicionam e produzem sentidos no cotidiano. Para refletir um pouco mais sobre a importância da conversa, Spink e Menegon (2004) usam alguns fundamentos teóricos de Mikhail Bakhtin (1929-1995), destacando deles três aspectos importantes para estudar as conversas: o conceito de enunciado; a tipicidade da situação, ou seja, o contexto em que ela ocorre; e a inter-relação entre o tempo curto e o tempo longo, que inclui, como já mencionado, o contexto mais amplo de circulação de ideias. As conversas, nessa perspectiva, são marcadas pela dialogia por serem caracterizadas por este duplo caminho: de observar quem está falando e para quem esta conversa está sendo direcionada.

Dito de outra forma, por se apresentarem como informais, as conversas se caracterizam por certa flexibilidade, frouxidão de regras e possibilidade de vários posicionamentos, propiciando condições ideais para a reafirmação de sentidos ou produção de outros (SPINK; MENEGON, 2004).

1.4.1 A Importância do Diário de Campo

A psicologia social, por seu caráter interdisciplinar, faz uso de metodologias trazidas de outros campos das ciências humanas, tais como a antropologia e a sociologia. Ao adotarmos a observação no cotidiano pudemos nos engajar em diversas atividades na situação estudada e observar pessoas e aspectos físicos da situação. Nesse sentido, foi possível experimentar estar dentro e fora da situação.

Dessa perspectiva, procuramos fazer uma descrição densa por meio de registros nos diários de campo, nos quais foram anotados de forma mais minuciosa possível os acontecimentos ocorridos no campo, assim como as impressões suscitadas por esses acontecimentos.

Vanessa Neves (2006) mostra a importância de se manter um registro cuidadoso das experiências, uma vez que ele se constitui em um elo entre as observações de campo e a análise dos dados, que dependerá do que se registrou. Além de exercer importante papel na análise, o registro, potencialmente, aponta a necessidade de mais observações.

1.4.2 Procedimentos Adotados nas Observações

As observações do cotidiano do CAPS iniciaram-se em outubro de 2011, mês em que houve o primeiro contato com a equipe do dispositivo. Elas seguiram no mês de novembro do mesmo ano, sendo retomadas em janeiro e fevereiro de 2012. As observações foram realizadas em diferentes horários e dias da semana, o que permitiu a pesquisadora o acompanhamento das mais diversas atividades realizadas no CAPS.

A proposta foi acompanhar o cotidiano do serviço, observando desde sua estrutura física até o seu fluxo, estando atenta também às materialidades que se faziam presente no dia a dia.

Para tanto, nos apoiamos em um estudo de Jonh Law (2003), para quem as pesquisas precisam se adequar ao modo bagunçado e heterogêneo da realidade, tentando

mostrar seu movimento e a sua falta de rotina. O autor refere-se à “bagunça do método” – *“making a mess with method”* – ao relatar uma pesquisa realizada em um centro de aconselhamento de álcool, com o objetivo de conhecer a relação de confiança estabelecida entre esse dispositivo e os seus usuários. Contudo, Low percebe que isso se torna difícil à medida que está pesquisando algo em movimento. Como solução para o impasse, ele fala justamente em olhar além do que é instituído no centro: olhar além de seus muros (LOW, 2003). Passa então a prestar atenção nas materialidades que também influenciam o cuidado naquele centro, entre as quais as escadas, único acesso dos usuários ao dispositivo. Tal configuração física é paradoxal, uma vez que aquele espaço acolhe pessoas que têm problemas com o álcool e, por isso, podem ter dificuldade ao subir as escadas, uma vez que podem chegar alcoolizadas.

O estudo acima relatado tem como base a teoria ator-rede (TAR), segundo a qual tudo o que existe no mundo, e que muitas vezes é investigado por nós (a sociedade, os agentes, as máquinas, o poder) é efeito gerado em redes sociais heterogêneas de atores humanos e não humanos. Tomamos essa perspectiva teórica como base para nossas observações no cotidiano do CAPS por compreender que o cuidado pode ser performado de várias maneiras, e que, portanto, tanto os fatores humanos como os não humanos influenciam no oferecimento do cuidado ao usuário de droga.

Para a TAR, o argumento radical é de que essa rede de materiais heterogêneos é composta por humanos e também por quaisquer materiais, como máquinas, animais, dinheiro, arquiteturas. Portanto, o social é composto por todos esses materiais somados ao humano. Para ilustrar tal afirmação, Law (1992) nos mostra que quase todas as nossas interações com pessoas são mediadas por objetos. Um texto, por exemplo, pode mediar a relação entre duas ou mais pessoas, sem que elas nunca precisem se encontrar. E para produzir esse texto o autor utiliza o computador (máquina), o papel, a impressora. Sem esses materiais não humanos não seria possível estabelecer o relacionamento entre o autor e o leitor. Nesse sentido, o papel da sociologia, segundo John Law (1992), é caracterizar essas redes em sua heterogeneidade e estudar como elas geram efeitos.

É importante ressaltar que a teoria ator-rede, contudo, não postula que as relações entre máquinas e pessoas são determinantes; a TAR pressupõe apenas, de modo analítico, que não há diferenças entre pessoas e objetos. Nesse sentido, Law (1992) destaca que olhar para essa questão de modo analítico é somente dizer que um humano (ou um ator) é performado por uma rede de relações heterogêneas. Dito de outro modo, o ator é um

efeito produzido por essa rede. Daí deriva o termo ator-rede, pois, além de humanos e atores, somos (os humanos e não humanos) também parte da rede.

Seguindo as pistas fornecidas pela TAR, as observações no CAPS foram realizadas de modo a incluir atores humanos e não humanos que pudessem contribuir para a compreensão de como o cuidado ao usuário de drogas era lá performedo. Por isso, no capítulo 3 inicialmente apresentaremos a sua história e a estrutura física, de modo a inserir nossos leitores naquele dispositivo de cuidado.

1.5 A ENTREVISTA COMO RECURSO METODOLÓGICO

Ferramenta amplamente utilizada nas pesquisas qualitativas, a entrevista é de fundamental importância para o presente estudo. A partir dela foi possível conhecer e compreender como o cuidado é performedo no cotidiano do CAPS AD III Sé. Esse recurso permite ainda a obtenção de informações a respeito das situações de trabalho e das práticas utilizadas no cotidiano do atendimento, assim como das dificuldades percebidas pelos profissionais no desempenho de suas atividades.

As entrevistas são aqui entendidas como práticas discursivas que produzem e/ou ressignificam sentidos. Ou seja, consideramos que a linguagem é uma prática social, uma ação, e como tal pode produzir consequências. SPINK (2004) propõe que a partir dessas práticas é possível ressignificar a realidade, romper com o instituído, produzir sentidos e, ao mesmo tempo, posicionar-se nas relações sociais cotidianas. Ao abordar a entrevista como prática discursiva, tomamos a linguagem como ação e interação, nas quais haverá sempre o posicionamento dos interlocutores. A partir da interação desses interlocutores o sentido será produzido.

Na nossa pesquisa os interlocutores eram esta pesquisadora, que estava entrevistando, e os profissionais entrevistados, havendo, portanto, posições aparentemente predefinidas. No entanto, Pinheiro (2004) postula que, mesmo em situações aparentemente predefinidas, ainda é possível que ocorram negociações sutis, uma vez que a partir dos discursos dos interlocutores outras vozes se farão ouvir, e não apenas as dos que enunciam perguntas e respostas.

Sob essa perspectiva, analisar as práticas discursivas dos profissionais do CAPS na situação de entrevista possibilitou compreender de que forma o cuidado é performedo no CAPS.

1.5.1 Procedimentos para Realização das Entrevistas

Após o período de observação do cotidiano do CAPS, foram realizadas seis entrevistas com profissionais de diferentes categorias. Eles foram escolhidos após prévio contato durante as observações dos grupos e reuniões. Todos os entrevistados trabalham na interface do dentro e fora do CAPS, participando também do atendimento prestado aos moradores de rua da região da Cracolândia¹. Apenas o profissional da área administrativa não atua nas atividades externas, mas participa juntamente com os demais membros da equipe de reuniões administrativas e gerenciais.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 40 minutos cada uma, e foram realizadas mediante autorização dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE².

1.5.2 Análise das Entrevistas

Durante todo o percurso da pesquisa estamos dando sentido ao material de que dispomos, pois, em todo momento, estamos conversando, nos posicionando, priorizando, selecionando (SPINK; LIMA, 2004), em um processo de co-construção que considera o empreendimento científico como eminentemente dialógico. Em suma, a interpretação é realizada ao longo do percurso da pesquisa, sendo vista como uma *atividade-meio* que assume caráter não linear e inacabado, redescobrimo-se em formas e conteúdo diversos.

Para analisarmos as entrevistas como práticas discursivas, o primeiro passo foi a imersão no material logo após a sua realização, deixando assim aflorar os sentidos, interessados tanto no conteúdo das entrevistas como em seu uso, sem colocá-los em classificações ou categorizações. Em seguida, foi realizada a transcrição sequencial, na qual é possível identificar as temáticas presentes em cada entrevista.

Por fim, foram construídos mapas dialógicos a partir de trechos das falas selecionadas e de seus temas, associando a conversa às categorias analíticas. Esses mapas

1 Derivação de crack, droga produzida a partir da mistura de pasta de cocaína e bicarbonato de sódio, Cracolândia é uma denominação popular para uma região central da cidade de São Paulo, onde historicamente se desenvolveu intenso tráfico de drogas e meretrício. Em 3 de janeiro de 2012, a Operação Centro Legal, promovida pelos governos estadual e municipal, desestruturou a Cracolândia. Classificada como higienista por especialistas da saúde e ativistas de movimentos sociais que atuavam na região, a operação espalhou os moradores da região por 27 bairros, criando o que a mídia passou a chamar de “minicracolândias”.

2 Os aspectos éticos da pesquisa foram discutidos na apresentação deste trabalho.

permitem a visualização da dinâmica interacional e dos posicionamentos envolvidos (APÊNDICE 1). Os mapas dialógicos têm o objetivo de “sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção sociolinguística, dos repertórios utilizados nesta construção e da dialogia implícita na produção de sentidos” (SPINK; LIMA, 2004, p. 107).

A construção dos mapas dialógicos inicia pelo delineamento de temáticas identificadas na transcrição sequencial. Os conteúdos da entrevista são dispostos nas colunas temáticas, sempre preservando a sequência das falas e a dialogia, como no exemplo a seguir.

Quadro 2 - Exemplo do mapa dialógico da profissional Marina (Apêndice 1.2)

Trajetória profissional e relação com o trabalho. Informações para a apresentação dos entrevistados	Quem é o usuário de álcool e drogas?	Como seria cuidar deles?	Dificuldades quanto aos serviços de saúde.	A ação na Cracolândia e os impactos no CAPS.
			Sim, aqui a demanda é muito grande de trabalho... Essa coisa de ser população adulta em situação de rua faz com que a coisa seja muito mais intensa e, ao mesmo tempo, que a gente se sente muito solitário (...)	
		(...) acho que uma das coisas que eu aprendi lá (...) não tem como tu pensar em inserir, em tirar uma adolescente uma criança em situação de rua se tu não pensar em todas as coisas como saúde, educação, habitação então hoje é uma parte que...		
			(...) então, isso eu sinto muito que a gente fica só com uma coisa de apagar alguns incêndios e tal, e os pacientes que ficam melhor é os que de fato tem mais estrutura...	
		Mas acho que esse é... a gente mostra que essas		

		<p> pessoas precisam de cuidado como outras tantas, e consegue extrapolar essa coisa da saúde, acho que esse é um ganho importante. </p>		
<p> Outro desafio é como é que a gente não se contamina com essa exclusão assim, né? Eu tenho vivido dias bem difíceis, de pensar que eu não tô errada em... porque eu sou alguém que acredita muito no SUS e tal, mas às vezes dá vontade de desistir porque, assim, é muito sofrimento </p>				

1.5.3 Apresentando os Entrevistados

As entrevistas trouxeram aspectos bastante diversos sobre o cuidado aos usuários de AD, pois cada interlocutor contou uma história baseada em sua trajetória profissional. Por serem histórias distintas e de certa forma influenciarem no trabalho cotidiano do CAPS, achamos importante narrar a trajetória profissional de cada entrevistado, juntamente com a descrição de como transcorreu cada entrevista.

Alessandro³

Profissional da área administrativa do CAPS. Formado em educação física começou a ter contato com a questão das drogas em 1986, em seu último ano de graduação, quanto atuou como professor de apoio. O projeto em que trabalhava era ligado à Secretaria de Educação [ele não especifica de qual esfera] e tinha como objetivo atender meninos e meninas em situação de rua, instalados na da Praça da Sé e outras áreas da região do centro de São Paulo, com uma proposta de escolarização não formal. Essa atividade lhe proporcionou experiência na área de álcool e drogas, uma vez que esses adolescentes haviam sido expulsos da escola, saído de casa. Por estarem em situação de rua, muitos deles usavam solventes, inalantes, tomavam alguns remédios e faziam uso excessivo de algumas substâncias. Nesse cenário, os professores de apoio e toda a equipe

³ Todos os nomes dos profissionais citados no trabalho são fictícios

técnica do projeto precisavam estar preparados para lidar com as questões referentes ao uso dessas substâncias.

Alessandro iniciou o curso de psicologia, desistindo após três anos, para em seguida cursar o Instituto Sedes Sapientiae (Sedes), que possui cursos nas áreas da saúde mental, educação e filosofia. Sua formação no Sedes foi em psicanálise e grupo operativo. Realizou também especialização em fármaco-dependência pelo Programa de Orientação e Atendimento ao Dependente (Proade) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Quando chegou ao CAPS, em 2010, estava terminando seu mestrado, sob o tema “adolescente e droga”.

Sempre muito solícito, Alessandro foi de fácil acesso para a realização da entrevista. Porém, durante a mesma, foi difícil manter o foco, em razão de algumas interrupções causadas, primeiro, por um adolescente do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), que também participa de algumas atividades do CAPS AD; depois, por um profissional que solicitava ao entrevistado que ele resolvesse um problema gerencial do serviço. Durante a interrupção do adolescente do CAPSi, o profissional mostrou-se solícito, procurando ajudar o garoto e, mais de uma vez, precisou se retirar da sala para acalmá-lo.

Marina

Formada em medicina, com residência em psiquiatria, sua primeira atuação como profissional foi na prefeitura de uma capital, contratada para desenvolver um trabalho com crianças e adolescentes em situação de rua. Realizou seu mestrado em 1997/1998 sob a temática do uso de droga por meninos e meninas em situação de rua. Além disso, trabalhou por três anos com dependentes químicos no serviço de adolescentes de um instituto; teve experiência no projeto Quixote, na PROSAM Associação Pró Saúde Mental e em outro CAPS da capital paulista. Chegou ao CAPS AD Sé em 2010.

A indicação de Marina para a entrevista foi feita pelo gerente administrativo. O encontro aconteceu com hora e data previamente marcadas, pois sua agenda estava sobrecarregada. Trata-se de profissional com dedicação exclusiva ao CAPS, atendendo 40 horas semanais.

A entrevista aconteceu de forma tranquila. Marina mostrou-se disposta a ser entrevistada e falou de assuntos considerados polêmicos por muitos profissionais. Pude perceber uma postura crítica que, em muitos momentos, mostrou-se um pouco abalada

em razão de alguns acontecimentos ocorridos no CAPS nos últimos tempos. Sua entrevista versou principalmente sobre como o cuidado ao usuário de droga em São Paulo ainda encontra-se fragmentado, pouco discutido e negligenciado, além da dificuldade de articulação com a rede de assistência ao usuário.

Elton

Formado em psicologia, começou a se interessar pela área de álcool e drogas em 2004, quando buscou aprimoramento em saúde, realizado no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD) e no Proad/Unifesp. Realizou especialização em Psicanálise pela PUC-SP, apresentando monografia sobre álcool e drogas. Trabalha em CAPS desde 2006, tendo iniciado suas atividades no CAPS AD Sé em 2010.

Elton parecia pouco à vontade na entrevista, dando respostas evasivas e falando pouco, principalmente sobre questões consideradas polêmicas. Sua entrevista versou principalmente sobre a rede de assistência ao usuário de droga e o vínculo entre o profissional e o usuário.

Mário

Formado em terapia ocupacional pela Universidade de São Paulo há 14 anos, teve toda a experiência profissional voltada para a área da saúde mental, principalmente em CAPS. Seu primeiro contato profissional com usuário de drogas deu-se durante trabalho como acompanhante terapêutico (AT). Começou a trabalhar no CAPS AD Sé há dois anos.

A entrevista com Mário versou principalmente sobre o cuidado ao usuário de drogas e seus principais desafios, tanto da perspectiva da política nacional como no cotidiano do CAPS.

Rodrigo

Formado em educação física, sua primeira experiência profissional foi no CAPS AD Sé. Suas atividades no dispositivo são diversificadas, sendo desenvolvidas ora dentro da instituição, ora fora por meio do projeto “CAPS AD Sé na Rua”. Seu foco sempre foi o uso de práticas corporais no cuidado, por acreditar que a arte e o trabalho com o movimento do corpo contribuem para a formação de vínculos com os usuários. Recém-formado, no segundo semestre de 2012 iniciou o mestrado na Universidade de São Paulo.

Rodrigo se mostrou disponível para ser entrevistado. A entrevista foi realizada em dia e horário previamente estabelecidos, fluindo tranquilamente. Versou principalmente sobre o trabalho do CAPS nas ruas, a formação de vínculo do profissional com os usuários e a necessidade de revisão do modelo de saúde mental adotado no município de São Paulo.

Amanda

Técnica de enfermagem por formação, trabalhou no projeto “Centro Legal”⁴ durante alguns anos, o que lhe rendeu experiência com pessoas em situação de rua que fazem uso de algum tipo de substância psicoativa. Amanda começou a trabalhar no CAPS AD Sé em 2011, atuando como redutora de danos.

Ao realizar a entrevista pude perceber que ela se sentiu pouco à vontade, em contraste com os meses de observações, quando foi possível ter conversas riquíssimas com a profissional. Ao convidá-la para a entrevista sua primeira reação foi: “*O gerente já sabe? Foi autorizado?*”. Ao saber que seria gravada, ela disse: “*Nossa, gravado?!*”, mesmo com toda a explicação dada sobre os cuidados éticos. Ao final, quando questionada se gostaria de falar mais alguma coisa, ela rebateu: “*Melhor não!*”

No entanto, alguns aspectos se destacaram em sua entrevista, tais como sua compreensão da redução de danos como estratégia primordial na construção de vínculo com o usuário e a mudança de sua visão sobre o que compreendia ser o CAPS e o usuário de drogas, considerando sua prática cotidiana no dispositivo.

A partir das apresentações dos profissionais, foi possível perceber que eles têm trajetórias bastante diversas, o que de certa forma influenciou nas entrevistas. Ao mesmo tempo em que apresentaram elementos muito próximos, houve também singularidades que marcaram a trajetória de cada um.

⁴ A Ação Integrada Centro Legal era uma ação da Prefeitura Municipal de São Paulo que tinha como objetivo dar atendimento completo às pessoas que vivem nas ruas, sejam elas dependentes químicos ou não, e oferecer tratamento de saúde e psicológico e reinseri-las socialmente, oferecendo ainda apoio educacional, capacitação profissional, oportunidade de trabalho e a possibilidade de refazer seus laços afetivo-familiares. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/controle_urbano/programa_centro_legal/>. Acessado em: 13 mar. 2013.

CAPÍTULO 2: O CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS NO BRASIL E EM SÃO PAULO

Este capítulo tem como objetivo delinear o percurso histórico do cuidado ao usuário de drogas no Brasil e em São Paulo. Para tanto, o foco recairá sobre as leis e portarias que regulamentam essa política de atenção. Antes, porém, é necessário narrar o contexto social em que ocorreram essas mudanças, a fim de compreender de que forma essas políticas se delinearão nos cenários nacional e estadual.

Foi tomado como ponto de partida as reformas sanitária e psiquiátrica por entender que foi a partir delas que mudanças importantes aconteceram, não apenas no modo de compreender a saúde, mas também, e principalmente, de ver e tratar o cidadão usuário do CAPS AD III.

2.1 O CENÁRIO NACIONAL

A saúde no Brasil, na década de 1970, passava por uma forte crise. O governo federal e, conseqüentemente, as esferas estaduais e municipais, até então, priorizavam um modelo curativista, tecnicista, hospitalocêntrico e privatista, fortemente influenciado pelos interesses corporativos de grupos empresariais ligados à saúde (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005). Esse modelo era reconhecido pela ineficácia e ineficiência, mostrando sinais de esgotamento.

Com o fim da ditadura militar no país⁵, diversos movimentos sociais se organizam em defesa de uma saúde mais abrangente para todos (FONTINELE JÚNIOR, 2003). Entre eles, destaca-se o Movimento de Reforma Sanitária, sob influência de vários fatores políticos, históricos e sociais. Na base do movimento sanitarista, que aglutinava estudantes e profissionais de saúde, docentes e pesquisadores, estava a crescente insatisfação popular com a deterioração do sistema de saúde brasileiro. Essas deficiências fomentavam, ao mesmo tempo, duras críticas e complexos estudos do campo, que acabaram, mais tarde, por embasar consistentemente as principais propostas elaboradas pela Reforma Sanitária.

⁵ Entre 31 de março de 1964 e 15 de março de 1985, o Brasil viveu sob um regime político ditatorial, implantado com o golpe militar de 1964, quando as Forças Armadas depuseram do cargo o presidente democraticamente eleito João Goulart. O chamado regime de exceção terminou quando José Sarney (eleito vice-presidente na chapa de Tancredo Neves, morto antes da posse) assumiu a presidência do país.

Somente em 1986, na emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, os princípios e diretrizes sanitárias foram sistematizados. Os principais avanços daquela conferência foram: transformação no conceito de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, proposta de implantação de um sistema único de saúde pública e possibilidade de participação popular. Assim, o novo modelo foi materializado com a criação do Sistema Único de SUS, em 1988, pela Constituição Federal. Em 1990, com a promulgação das leis federais 8.080 e 8.142, chamadas de Leis Orgânicas da Saúde, que regulamentaram o SUS, alterou-se a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público, o que assegurou a saúde como direito constitucional.

A atenção à saúde no Brasil passou, então, a dar ênfase à prevenção e promoção, à democratização do sistema, por meio da descentralização da gestão e da participação popular, e à organização de serviços voltados para as necessidades da população.

Ao longo da história brasileira, a exemplo do que ocorreu com todo o setor de atenção à saúde, também a saúde mental conta com tristes páginas em sua história (CAMPOS, 2006). Pedro Gabriel Delgado (1991) observa que várias iniciativas reformadoras ocorreram ao longo do século XX, por meio da crítica à proposta asilar, que produziu, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas. O autor também conta que na Era Vargas⁶ a consolidação da estrutura manicomial deu-se como um desafio reformista.

Com a Reforma Sanitária, a promulgação da constituição em 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde, os hospitais psiquiátricos passam a ser alvo de críticas. Nessa época surgiram as primeiras iniciativas para uma reforma efetiva no campo da saúde mental. Como exemplos desse movimento, Campos (2006) cita as que foram realizadas em Santos e em São Paulo, nos anos 1980.

Na capital paulista, maior cidade do país, iniciou-se uma tentativa de reorganização do ambulatório de saúde mental, marcada pelo desenvolvimento de trabalhos em grupo, cujo objetivo era evitar que seus pacientes fossem encaminhados a hospital psiquiátrico. Além disso, os centros de saúde passaram a contar com uma equipe mínima integrada por psicólogo, psiquiatra e assistente social. No entanto, apesar de ser um grande avanço para a época, Campos (2006) lembra que apenas alguns ambulatórios conseguiam proporcionar acolhimento para os pacientes psiquiátricos graves, enquanto os

⁶ Nome que se dá ao período em que Getúlio Vargas governou o Brasil por 15 anos ininterruptos, entre 1930 e 1945.

centros de saúde os encaminhavam mais para o hospital psiquiátrico do que para os ambulatórios.

Nesse sentido, o que diferencia a Reforma Psiquiátrica de outras iniciativas no campo, segundo Delgado, é o questionamento que ela faz dos próprios pressupostos da psiquiatria, e não apenas seu aperfeiçoamento ou humanização, assim como a reconfiguração do “louco”. O processo da Reforma Psiquiátrica inicia-se ainda na ditadura militar. Nessa época, a política nacional de drogas ainda estava baseada na repressão do consumo. Olinger (2009) fez um levantamento do percurso da legislação sobre drogas no Brasil, nesse período, revelando que a repressão sempre foi a política adotada pelo governo brasileiro para lidar com questões de álcool e drogas. Do ponto de vista da legislação, usuário e traficante não eram diferenciados, apresentando apenação igual para dependentes, traficantes e usuários (BRASIL, 1968).

O cenário começou a mudar em 1976, quando foi promulgada a chamada Lei de Entorpecentes (nº 6.368), em substituição às legislações anteriores. Um de seus maiores avanços foi diferenciar penalidades para traficantes e usuários. A lei atendeu a interesses internacionais, especialmente dos Estados Unidos, expostos nas convenções internacionais das quais o Brasil era signatário.

Essas medidas proibicionistas e repressoras no território nacional foram inspiradas no modelo norte-americano de repressão às drogas. A famosa “guerra contra as drogas” tem como principal cenário e promotor os Estados Unidos. Escohotado (1992) argumenta que esse modelo pode ter se originado na colonização norte-americana, feita por puritanos vindos da Inglaterra, caracteristicamente severos em seus costumes e em suas crenças. Até hoje os Estados Unidos comandam a cruzada internacional por um mundo livre de drogas, por meio da criação de leis e regulamentação de proibição ao comércio de entorpecentes para fins não terapêuticos. Também convocaram conferências internacionais⁷, impondo ao mundo essas regras em meio aos tratados de paz firmados no final da década de 1910, após a Primeira Guerra Mundial (MARLATT, 1999).

⁷ A pressão internacional do governo norte-americano levou à realização, em 1911, da Primeira Conferência Internacional do Ópio, em Haia. Desse evento resultou a “Convenção do Ópio”, em 1912, pela qual os países signatários, incluindo o Brasil, criaram o compromisso de tomar medidas de controle da comercialização da morfina, heroína e cocaína nos seus próprios sistemas legais. Outras substâncias, como a cocaína, foram adicionadas devido à pressão inglesa, para que o ônus econômico da proibição recaísse também sobre França, Holanda e Alemanha, que lucravam com o comércio da cocaína através da emergente indústria farmacêutica. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/19551/historico-das-drogas-na-legislacao-brasileira-e-nas-convencoes-internacionais#ixzz20J89euro>>. Acesso em: 22 mar.2012.

Baseado nesses preceitos, os norte-americanos têm difundido dois modelos bastante distintos no que se refere ao uso de drogas. De um lado, o modelo moral, que vê o uso de substâncias ilícitas como um crime que deve ser punido; e de outro, aquele que vê o usuário de qualquer tipo de droga como doente, devendo, portanto, ser tratado.

A política de repressão à demanda e de “guerra” às drogas continua a ser adotada no Brasil, mesmo com o fim do regime autoritário. Por exemplo, em 2002, o presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a lei 10.409, conhecida como “Lei Anti-drogas”, cujo objetivo principal era endurecer o combate às drogas por meio de normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico. O endurecimento do tráfico ficou por conta das penalidades e de seu caráter cumulativo. A pena mínima para traficantes passava de 3 para 5 anos, sendo mantida a pena máxima de 15 anos. No entanto, a pena aumentava cumulativamente diante de agravantes como envolvimento de menores, financiamento de atividades criminosas, tráfico praticado por servidor público e formação de quadrilha (OLINGER, 2009).

A lei também prescrevia medidas de prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, além de propor um tratamento diferenciado para o consumidor que, a partir daí, não seria mais preso, sendo a pena de reclusão substituída por medidas de caráter educativo e alternativo.

No entanto, no mesmo ano, devido ao veto total ou parcial de mais da metade de seus artigos pelo presidente FHC a Lei Anti-drogas voltou para o Congresso Nacional, através do Projeto de Lei 7134/2002. Olinger (2009) informa que esse projeto foi retirado da pauta da Câmara dos Deputados em 2003, já na gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. O motivo: um parecer contrário do Ministério da Saúde, que apontou componentes conflitantes com a política governamental para álcool e outras drogas.

Assim, até o final da gestão de FHC e início da de Lula, a política de drogas no âmbito nacional era praticamente inexistente, além de ser pouco coordenada e planejada. Até então havia apenas iniciativas estatais mais específicas para enfrentamento da questão, delineadas a partir dos anos 1990.

Posteriormente ao parecer contrário do Ministério da Saúde, o Gabinete de Segurança Institucional, por meio do Conselho Nacional Anti-Drogas (Conad), lançou, em 27 de outubro de 2005, a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005), sobre a qual destacarei alguns pressupostos importantes para esta pesquisa:

- Buscar, INCESSANTEMENTE, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas [grifo meu].
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas, que têm no narcotráfico sua principal fonte de recursos financeiros.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Não confundir as estratégias de redução de danos com incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção.
- Intensificar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, participando de fóruns sobre drogas, bem como estreitando as relações de colaboração multilateral, respeitando a soberania nacional.

A partir desses princípios podemos destacar que a busca por uma sociedade sem drogas e a repressão à demanda ainda são norteadoras da política brasileira sobre drogas. Apesar disso, a atenção aos usuários tem registrado importantes avanços. Isso ocorre principalmente porque, em 2004, o Ministério da Saúde reorganizou a forma de atenção à saúde mental, propondo como modelo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

As primeiras experiências em CAPS surgiram em 1989, com a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e fechamento do único hospital psiquiátrico de Santos, no litoral Sul de São Paulo. O diferencial dos NAPS era realmente substituir o hospital psiquiátrico. Ênfase tal ação, porque, apesar dos CAPS surgirem como um modelo substitutivo, em várias cidades não foi possível fazer esta substituição, permanecendo em funcionamento muitos hospitais psiquiátricos.

Assim, a Reforma Psiquiátrica foi tendo avanços consideráveis, propondo os Centros de Atenção Psicossocial como alternativa ao modelo hospitalocêntrico. Regulamentados pela Portaria GM/MS nº 336, 19 de fevereiro de 2002, e redefinidos e ampliados pela Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, os CAPS promovem atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dito de outra forma, esses dispositivos são destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando sua autonomia e integração social e familiar (BRASIL, 2004a). No cenário atual, um novo avanço diz respeito ao entendimento, pela área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde, das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública. Tal postura decorre do grande número de casos de pessoas que apresentam transtornos psiquiátricos graves associados ao uso de substâncias psicoativas – uma prevalência maior que 6% da população (BRASIL, 2004b) – e também pela relação comprovada entre o consumo de drogas e os agravos sociais que dele decorrem ou se reforçam, tais como a violência e os acidentes de trânsito. Vale apontar, nesse contexto, que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2004b).

Percebe-se, assim, que o uso de substâncias psicoativas tem especial relevância no cenário da saúde pública nacional. Chama atenção, nesse contexto, o fato de os usuários de substâncias psicoativas serem (e sempre terem sido) associados à periculosidade, criminalidade e práticas antissociais. Com isso, muitas vezes o cuidado oferecido a essas pessoas tem tido um caráter moralista (BRASIL, 2004b). A partir de tal quadro, percebeu-se a necessidade de rever os modelos assistenciais existentes, de modo a contemplar as especificidades e necessidades da população usuária dessas substâncias.

Sob essa perspectiva, os CAPS AD surgem como uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para o atendimento e tratamento de usuários. Fazem parte ainda

da rede de atenção: as unidades básicas de saúde, hospitais gerais, serviços ambulatoriais, clínicas especializadas, atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil).

Segundo o Ministério da Saúde, todas as propostas de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas deverão ter como objetivos: a) assumir a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública; b) priorizar o trabalho intersetorial, principalmente por meio do estabelecimento de redes de apoio e da mobilização da sociedade civil, oferecendo condições para o exercício do controle social, participação das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecimento de parcerias locais; c) formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é doente ou perigoso e que, por isso, necessita de internação, prisão ou absolvição; e d) incorporar a redução de danos como novo paradigma (BRASL, 2004b).

O Estado brasileiro demorou anos para efetivar uma política voltada para o cuidado aos usuários de drogas. O próprio Ministério da Saúde admite que uma consequência desse vácuo de propostas e de uma política de saúde específica é o surgimento no país de diversas “alternativas de atenção”, que têm como única via de cuidado a abstinência (BRASIL, 2004).

Por isso, ainda hoje não há consenso (se é que é necessário haver) sobre a política de cuidado oferecido ao usuário de droga. Essa questão torna-se tão emblemática na atualidade que na IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2010, o assunto se apresentou como um desafio. Naquela ocasião, diferente das conferências anteriores, a conjuntura política e social do campo da saúde mental mostrou-se mais complexa em razão de sua ampliação, e isso configurou alguns desafios. Um deles foi o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do *crack* no país, com enormes repercussões políticas, pressões e demandas de alguns setores da sociedade pela internação hospitalar, apresentada como resposta única para o problema (BRASIL, 2010). Além disso, outro ponto importante destacado no relatório foi o veto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo à decisão do Conselho Estadual de Saúde de realizar a Conferência Estadual de Saúde Mental. Por isso, em São Paulo foi realizada apenas uma Plenária Estadual de Saúde Mental.

Diante do exposto, podemos perceber que a discussão e implementação das políticas de drogas mudam conforme a gestão política da máquina pública,

acontecimentos sociais e pressão popular. Além disso, nos mostra o quanto o Estado de São Paulo, em muitos pontos, ainda diverge da política nacional. A especificidade paulista será exposta no item a seguir. Mas, para sua melhor compreensão, acredito ser importante fazer uma distinção entre política de Estado, políticas de governo e políticas públicas.

As políticas de Estado são aquelas que estão incorporadas ao funcionamento do Estado, independente de mudanças de governo para sua realização. Exemplo de política de Estado é o Sistema Único de Saúde, presente em todas as esferas governamentais (federal, estadual, municipal), que apresenta estabilidade constitucional.

As políticas de governo são aquelas que dependem de um projeto específico de gestão atual, sem garantia de continuidade quando da mudança dos gestores. Rafael Dias (2009) traz como exemplo as políticas compensatórias e de renda, como a Bolsa Família, que é fruto de uma política social criada pelo Governo Lula.

Já as políticas públicas são definidas por Peter Spink (2009) como uma postura tomada por um conjunto de pessoas responsáveis institucional e publicamente, com preocupações específicas consideradas de interesse público. Rafael Dias (2009) defende que as políticas públicas têm intensa participação popular, desde sua formulação até sua aplicação e seu monitoramento, como, por exemplo, as lutas pela inserção da redução de danos como estratégia de saúde.

Assim, como a política de Estado para a questão do álcool e outras drogas tem-se o Sistema Único de Saúde e sua rede de atenção, sendo o CAPS AD o seu dispositivo estratégico. À medida que há a pressão popular, mudanças de uso da população, dentre outros fatores, novas alternativas são propostas para a melhoria da qualidade da atenção aos usuários de drogas. Esse foi o contexto da criação da Portaria 1.190, lançada pelo governo federal em 4 de junho de 2009, que instituiu o Plano Emergencial do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS.

Em meio à comoção popular nos últimos anos, principalmente relacionado ao *crack*, e o grande destaque que as mídias televisivas e impressas têm dado à questão, em 20 de maio de 2010 foi aprovado o Decreto nº 7.179, instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criando o seu Comitê Gestor. A partir desse decreto, percebe-se que o *crack* se torna a principal preocupação governamental no que diz respeito ao uso de drogas.

A portaria tem como principais objetivos ampliar o acesso ao tratamento e a prevenção ao uso de álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e que sejam capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários.

A proposta possui quatro eixos principais que vão da ampliação do acesso ao tratamento, qualificação da atenção, articulações intra e intersetoriais, até o apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais da saúde e da população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas. Centralmente, ela busca a promoção da inclusão social e o enfrentamento do estigma que afeta os usuários de substâncias psicoativas.

Seu primeiro eixo diz respeito à ampliação do acesso ao tratamento. Ela seria obtida com a expansão da rede de CAPS; ampliação dos leitos de atenção integral em saúde mental e atendimento pela Rede de Urgência e Emergência, bem como por meio da expansão das ações de saúde mental na atenção básica e da articulação efetiva da rede de saúde com a rede de suporte social.

O segundo eixo refere-se à qualificação da atenção. Ele prevê investimento na formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento sobre o cuidado em álcool e outras drogas, almejando a qualificação da rede de cuidados, por meio da realização de cursos de especialização e atualização em saúde mental, com ênfase em álcool e drogas, para profissionais da atenção básica e dos CAPS. Além disso, objetiva a criação do Observatório Nacional sobre Álcool, Drogas e Saúde Pública, a implantação da Rede de Pesquisa em Saúde Mental e o desenvolvimento de ações contínuas de monitoramento e avaliação das ações de saúde mental, com ênfase nos CAPS e atenção básica.

O terceiro eixo tem como principal objetivo a articulação intra e intersetorial, apoiando-se na articulação entre as políticas da saúde, desenvolvimento social, educação, esporte, justiça, trabalho, direitos humanos e cultura, entre outras. Também prevê o apoio a ações com a participação da sociedade civil em projetos comunitários que se articulem às redes de saúde mental, em iniciativas de geração de renda e inclusão social pelo trabalho, implantação de centros de convivência (pontos de acolhimento e integração

social) para usuários de álcool e outras drogas, em articulação com as políticas de assistência social e direitos humanos.

O quarto eixo refere-se à promoção da saúde e dos direitos, inclusão social e enfrentamento do estigma, por meio do apoio a estratégias e ações para a sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas.

2.1.1 Ampliando e Diversificando os Serviços

As portarias seguintes foram lançadas no final de 2011 e início de 2012. Por considerar a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do Sistema Único de Saúde para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, *crack* e outras drogas e suas famílias, em 23 de dezembro de 2011 foi aprovada a Portaria nº 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Essa portaria prevê a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde no âmbito do SUS. Seus principais objetivos são ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A portaria reafirma a redução de danos como estratégia de saúde e a necessidade de enfatizar a promoção da saúde em grupos mais vulneráveis, como criança, adolescente e jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas. Além disso, tem como outro objetivo a promoção de mecanismos de formação permanente dos profissionais de saúde.

Outro aspecto importante dessa portaria diz respeito à sua finalidade: regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial, bem como monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. A partir dela ficam instituídos como constitutivos dessa rede: a atenção básica em saúde; a atenção psicossocial especializada; a atenção de urgência e emergência; a atenção residencial de caráter transitório; a atenção hospitalar; as estratégias de desinstitucionalização; e a reabilitação psicossocial.

Em janeiro de 2012 foram aprovadas ao mesmo tempo três portarias que visam aperfeiçoar e qualificar o trabalho voltado à questão do álcool e outras drogas. Em 25 de janeiro, a Portaria nº 121 instituiu a unidade de acolhimento, componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. As principais características das unidades de acolhimento são o funcionamento nas 24 horas do dia, 7 dias da semana, voltadas para pessoas em situação de vulnerabilidade social e familiar que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social. O CAPS será o órgão responsável pelo encaminhamento dos usuários à unidade de acolhimento, sendo dele também a função de elaborar o projeto terapêutico singular de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

Essas unidades atenderão em duas modalidades: uma destinada às pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos; outra exclusiva para crianças e adolescentes, entre 10 e 18 anos incompletos, de ambos os sexos.

Três outras portarias foram promulgadas em 26 de janeiro de 2012. A Portaria MS/GM nº 130 refere-se à redefinição do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. As maiores mudanças introduzidas por ela dizem respeito aos tipos dispositivos: CAPS AD III Novo e CAPS AD III Qualificado. O primeiro é implantado na proporção de um para cada grupo populacional de 200 mil a 300 mil habitantes. O segundo é o CAPS tradicional preexistente que será adaptado e qualificado. Além disso, todos os CAPS Tipo II das capitais brasileiras serão transformados em CAPS AD III; nos demais municípios que não possuam retaguarda para acolhimento 24 horas pelo menos um CAPS Tipo II será transformado em AD III.

A Portaria nº 131 instituiu incentivo financeiro aos Estados, municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio dos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as comunidades terapêuticas. Esses serviços são voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Por fim, a última portaria lançada pelo Ministério da Saúde foi a MS/GM nº 132, que estabelece incentivo financeiro para iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais na Rede de Atenção Psicossocial do SUS.

Esse breve relato teve como objetivo apresentar o processo histórico do cuidado aos usuários de drogas. No entanto, como acima relatado, há as políticas de governo, que dependem da atual gestão do Estado e não dispõem de garantias de continuidade. No município de São Paulo, apesar de hoje alinhado às diretrizes do SUS, ainda há um modo peculiar na gestão da saúde. A seguir abordarei um pouco mais esse assunto.

2.2 O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E A POLÍTICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

São Paulo teve um processo de implementação do SUS diferenciado das demais cidades do País. Apesar de o município ter tido um movimento de alinhamento com as propostas do SUS nos anos 1980, na década seguinte passou a traçar um caminho próprio na saúde pública, voltando a alinhar-se às diretrizes e princípios do SUS apenas em 2001.

Nicanor Pinto et al. (2009) afirmam que a gestão 1989-1992 promoveu uma reorganização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), descentralizando sua administração com a criação de 10 Administrações Regionais de Saúde e 32 Distritos de Saúde, descentralizados não apenas administrativamente, mas também em seu orçamento. Segundo os autores esse modelo gerou relativa autonomia e agilidade nos gastos, incluindo a contratação de pessoal.

Nas gestões seguintes, a política de organização da saúde mudou completamente, tendo daí em diante forte orientação gerencialista (PINTO et al., 2009), sob o argumento de aumento da eficiência da máquina pública. Assim, foi proposto um novo modelo assistencial e de gestão da saúde, batizado como Plano de Atendimento à Saúde (PAS). Com o PAS, a maioria dos dispositivos de saúde vinculados à SMS-SP (16 hospitais, 16 prontos-socorros, 14 ambulatórios de especialidades e 99 UBS) foi cedida para cooperativas privadas de profissionais de saúde de São Paulo.

Tal procedimento foi possível graças à criação da lei que regulamenta as organizações sociais (OS), nos anos 1990, no governo de Fernando Henrique Cardoso. Esse período pode ser caracterizado por uma reordenação estratégica do Estado, de que o Plano Real, lançado em 1994, e consequente diminuição dos índices inflacionários. Foi o momento de ascensão do neoliberalismo⁸ econômico no Brasil, projeto político que

⁸ O neoliberalismo é um produto do liberalismo econômico clássico, significando tanto uma corrente de pensamento quanto uma ideologia. As políticas neoliberais são um conjunto de ideias

afetou diretamente as reformas sociais ocorridas no Estado brasileiro, sobretudo na área da saúde, no fim da década de 1980. Em síntese, o neoliberalismo reduziu o papel do Estado.

Em decorrência da criação das organizações sociais, a atenção à saúde privada foi considerada como atividade complementar ao SUS. E em 4 de junho de 1998, o Estado de São Paulo lançou a Lei Complementar nº 846, que regulariza a qualificação de entidades como OS.

No município de São Paulo a assistência à saúde inicialmente foi organizada em 14 módulos assistenciais regionais. Cada módulo coordenava entre 7 e 14 unidades básicas de saúde (UBS) e pelo menos um hospital e um pronto-socorro. No início, o PAS foi financiado com os recursos do Ministério da Saúde. No entanto, após uma denúncia do Conselho Municipal de Saúde, os repasses financeiros foram suspensos, ficando a cargo da SMS-SP a responsabilidade de arcar com o financiamento da saúde.

O PAS, segundo PINTO et al. (2009), não respeitava os princípios do SUS. E a insistência em adotar tal modelo assistencial de atenção a saúde ainda gerou contradições e conflitos entre a política de do município de São Paulo e as políticas estadual e nacional.

A gestão paulistana iniciada em 2001 teve como principal compromisso no campo da saúde extinguir o PAS e reconstruir o SUS na cidade, principalmente a partir de três eixos: a reorganização das instâncias de participação e controle sociais, a extinção do antigo Plano de Atendimento à Saúde e a municipalização da rede básica, então gerida pelo Estado.

A municipalização da rede básica estadual foi realizada em dois momentos distintos: no período entre junho e dezembro de 2001, quando foram municipalizados 141 UBS e 12 ambulatórios de saúde mental; e em abril de 2002, com a municipalização de outras 59 UBS, com cerca de 200 equipes do PSF (PINTO et al., 2009). Houve divergências entre as Secretarias Municipais e Estadual de Saúde por que, apesar de

políticas e econômicas capitalistas que defendem a não participação do Estado na economia, pregando a total liberdade de comércio como forma de garantia do crescimento econômico e desenvolvimento social de um país. A teorização do neoliberalismo se inicia na década de 1970, tendo sido adotada no Hemisfério Norte nos anos 1980. Chegou tardiamente ao Brasil, na década de 1990, no governo de Fernando Collor de Mello. Mas a reestruturação do Estado sob as ideias neoliberais foi feita no Governo FHC.

concordarem com a gestão plena do município de São Paulo, o Estado não quis discutir uma redistribuição de recursos.

A SMS-SP teve sua primeira reorganização em 2001, a partir da descentralização administrativa da rede ambulatorial e a criação de 41 Distritos de Saúde, além de uma nova composição da rede de hospitais e prontos-socorros e a criação de cinco autarquias hospitalares.

A segunda reorganização administrativa foi implementada em 2005, com o início da nova gestão municipal, que substituiu os 31 coordenadores da SMS-SP por cinco coordenadores. Em outubro do mesmo ano um decreto oficializou as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde e criou 24 Supervisões Técnicas de Saúde. Em 2008 houve outra reorganização, passando a Secretaria de Saúde, a partir desta data, a contar com apenas duas coordenadorias: uma de caráter administrativo e outra de coordenação técnica.

PINTO et al. (2009) destacam que a mera extinção do PAS não foi suficiente para resgatar a estrutura organizacional da SMS-SP, uma vez que as reformas não conseguiram efetivar uma articulação entre os diversos dispositivos de saúde municipais. Os autores afirmam ainda que o SUS na capital paulista ficou fragmentado em três segmentos, com estruturas de coordenação próprias: os ambulatorios, sob gestão municipal: as UBS e os AMA (Atendimento Médico Ambulatorial, criado na gestão do prefeito José Serra, entre 2004 e 2006); os estabelecimentos hospitalares e de urgência e emergência sob gestão municipal (hospitais e prontos-socorros); e os estabelecimentos sob gestão estadual (ambulatorios e hospitais de especialidades). Tal realidade faz com seja muito difícil a articulação entre essas diferentes esferas.

Como visto, desde o início o município de São Paulo tem sua própria forma de lidar com a saúde de seus cidadãos. E mesmo hoje, apesar de se aproximar dos princípios do SUS, ainda tem muitos desafios no campo da saúde pública. Por exemplo, mesmo dispondo de lei específica (10.216) que versa sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais e regulamenta a substituição de leitos hospitalares por uma rede extra-hospitalar composta, principalmente, por Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial e Serviço Residencial Terapêutico, os CAPS, NAPS e SRT, a cidade de São Paulo teve de ser acionada pelo Ministério Público Federal, em 2008, para cumprir a determinação legal. Só então criou uma rede extra-hospitalar adequada para o atendimento dessa

população. Para fazer cumprir esta determinação, o gestor municipal optou por realizar parcerias com organizações sociais de saúde (OSS).

Assim, a saúde mental do município de São Paulo passou a ser gerenciada pelas OSS. E foi o momento em que o CAPS AD da Sé, campo de estudo da presente pesquisa, começou a se modificar, como será descrito a seguir.

CAPÍTULO 3: O CUIDADO COMO ACOLHIMENTO

Este capítulo tem como objetivo analisar o cuidado como acolhimento no CAPS AD III SÉ. Para tanto, iniciarei com um breve histórico das entrevistas e conversas com os profissionais, durante o período em que foi realizada a pesquisa. A seguir, apresentarei uma descrição densa do CAPS, analisado suas várias dimensões, desde a estrutura física do acesso e espera por atendimento até a dimensão da especificidade de quem usa álcool e drogas, com base, sobretudo, nas anotações no diário de campo.

Para melhor exemplificar a forma pela qual foi realizada a análise dos diários de campo, foi criado um quadro com os incidentes que mais chamaram a atenção durante o acompanhamento do cotidiano no dispositivo.

Quadro 3 - Análise do diário de campo.

Tema	Descrição
A estrutura física do CAPS	-Espaço-corredor - Ambiente parecido com ambulatório - Modificação do ambiente pelos profissionais
Fluxo do CAPS	INTERNO: funcionamento cotidiano - Grupos - Quadro RH EXTERNO: trabalho de campo dos redutores de danos - Consultórios de rua
Desafios cotidianos para o cuidado	O limite dos profissionais e dos usuários Violência Rede deficitária Dificuldade de formar vínculo com os usuários em situação de rua

3.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AD III SÉ

O Centro de Atenção Psicossocial AD III Sé (CAPS AD III Sé) surgiu a partir do acionamento do Ministério Público Federal, em 2008, para que o município de São Paulo atendesse à Lei 10.216, montando e qualificando sua rede de atendimento extra-hospitalar de saúde mental. No entanto, o dispositivo já operava como instituição cuidadora dos usuários de álcool e drogas e, por isso, achamos relevante contar um pouco de como se deu essa mudança. Essa história é contada a partir de conversas e entrevistas da

pesquisadora com profissionais que já estavam no serviço, que funcionava então como Centro de Referência em Farmacodependência de São Paulo (CRFSP).

O serviço tem início nos anos 1990, quando já se configurava como um dispositivo de acolhimento de pessoas usuárias de drogas. O CRFSP, funcionava no mesmo prédio em que hoje está instalado o CAPS AD, mas ocupando metade do andar disponibilizado atualmente. Nessa época já dispunha de uma equipe multiprofissional, contando, em certo momento, com a colaboração “até de sociólogo”, como destaca uma das entrevistadas. Também já desenvolvia trabalhos em grupos.

Na década de 1990 e início dos anos 2000, a equipe do CRFSP era composta, em sua maioria, por servidores municipais que não aderiram ao Plano de Atendimento à Saúde. Assim, a formação de sua equipe não foi planejada pela administração municipal, mas uma consequência dessa não ao PAS – além do CRFSP, o Programa Municipal DST/Aids também não se integrou ao novo modelo de saúde.

Em 1996, apesar de funcionar sem regionalização, o CRFSP não tinha uma grande demanda, o que possibilitava a realização de um bom trabalho, segundo as informantes-chave. Eram realizadas atividades em grupo e atendimentos individuais.

Naquela época, a maioria das pessoas que procurava o serviço apresentava problemas com o álcool; o *crack*, apesar de já ser uma droga conhecida, não tinha a repercussão nem a frequência de uso verificada hoje. Além disso, como a maioria dos usuários não utilizava múltiplas drogas, os grupos eram divididos por tipo único de substância psicoativa. No entanto, uma característica se mantém até hoje: o número de mulheres já era pequeno em comparação com o de homens, e, por isso, havia um grupo separado de mulheres alcoolistas.

A maioria das informantes considera que o serviço era bem articulado. Contudo, a partir de 2000 e 2001, como relata uma das entrevistadas, o serviço se desestabilizou, em razão das muitas mudanças promovidas na política de saúde do município. Essa desestruturação coincide com a extinção do PAS e início de uma nova gestão municipal. Por esse motivo, muitos profissionais acabaram saindo do CRFSP, retornando para os seus serviços de origem. Sem reposição de pessoal, o serviço prestado à população pelo Centro de Farmacodependências perdeu em quantidade e qualidade. À época, o CRFSP ainda estava sob a gestão municipal.

Há divergência nas versões das entrevistadas. Enquanto uma relata que 2001 foi o período de maior desestabilização na gestão e organização do dispositivo, outra relata que ela ocorreu a partir entrada das organizações sociais de saúde, em 2008.

Com a nova gestão, o CRFSP passou por outra reestruturação. Foi um ano de muitas mudanças, pois, além da prefeitura reformar e disponibilizar um andar inteiro para o dispositivo, ele passou, a partir de então, a ser administrado pela OSS Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Ao mesmo tempo, configurou-se como CAPS AD, adotando o nome “CAPS AD III Sé”.

Porém, mesmo com essa mudança, não foi fácil se configurar como CAPS AD, sendo o atendimento pautado no modelo biomédico, com expressiva dificuldade em formar vínculos com os usuários, segundo relato de uma profissional:

Amanda⁹ começa uma narrativa sobre seu trabalho como agente de saúde no projeto Centro Legal, e, ao relatar essas vivências, diz: *“Nossa, aqui mudou muito, isso aqui era um cemitério!”* Questiono, então, sobre como era o CAPS antes da atual OSS assumir a administração (em junho de 2010). Ela diz que os profissionais não se comprometiam com o cuidado aos usuários. E, então, começa a relatar um episódio: certa vez, depois de um bom tempo, ela conseguiu fazer vínculo com uma usuária da Cracolândia e levá-la ao CAPS. Chegando ao serviço, foi atendida por uma psiquiatra que... (nesse momento ela se levanta e começa a encenar) pegava *“desse jeito na mulher”* (mostra com os dedos e com o rosto demonstrações de nojo e de desprezo expressadas pelo psiquiatra) e *“dizia (a psiquiatra): ‘credo como essa mulher está magra! Parece que veio da Somália! Ela precisa se cuidar!’”*. Amanda diz que o que mais lhe chamava atenção era o olhar da usuária, que a encarava sem entender o que estava acontecendo, cara de espanto... Ela fala da aparência dos usuários e diz que depois desse episódio evitou levar os usuários para o CAPS, pois eles não gostam de ser mais maltratados do que já são, já que lá na Cracolândia, eles falam de igual para igual. Amanda ressalta que quando ela levava os usuários para o dispositivo e eles eram tratados assim, e ela não conseguia mais formar vínculos, pois não confiavam mais nela. Em seguida ela fala que esse não foi um fato isolado, e lembra outro: uma das técnicas de enfermagem certa vez jogou *“bom ar”* praticamente em cima de um usuário, por conta do mau cheiro. Nesse dia, segundo ela, brigou com a profissional e, desde então, passou a ser conhecida como a *“brigona”* da equipe (DC 02).

Percebemos que a postura de alguns profissionais ainda não estava em consonância com a política de atenção e cuidado ao usuário de drogas, o que dificultava ainda mais o vínculo necessário entre os profissionais e usuários.

Em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde indicou um novo gerente para o CAPS, com o objetivo de reestruturar e reorganizar o dispositivo. No entanto, logo em seguida, a SPDM deixou a administração do CAPS, entrando em seu lugar uma nova OSS, a

⁹ Nome fictício

Associação Saúde da Família, até hoje responsável pela gerência do CAPS AD Sé. Com a nova gestão, 90% do quadro de profissionais são trocados.

Ao chegarem ao dispositivo, em junho de 2010, eles tiveram de lidar com uma ação deflagrada na Cracolândia. Os profissionais relatam que esse foi um momento bastante delicado, pois, embora não se conhecessem nem tivessem ainda trabalhado como uma equipe, tiveram de se articular e dar conta do repentino aumento da demanda ao dispositivo, desencadeado pela operação. Sobre aquele momento, Alessandro diz:

Agora, ao vir pra cá eu tive que considerar estas questões de ser muito visado. Na época que me chamaram “estava” aquelas notícias sobre a Cracolândia... chegava um ônibus cheio, com cento e tantos... dos usuários do Centro, de algema e trazer todo mundo e pôr em fila indiana... (Entrevista com Alessandro)

Podemos perceber que a entrada da OSS tem fundamental importância na configuração do serviço, bem como os movimentos promovidos pela política de governo e de Estado. Por isso, achamos pertinente destacar também esses acontecimentos “externos” ao CAPS, uma vez que eles influenciam na forma como o cuidado ao usuário de droga se configura. Nesse sentido, apresentarei uma linha cronológica que dá visibilidade aos acontecimentos internos e externos que de alguma forma estão relacionados com o dispositivo e com a construção do cuidado aos usuários.

Quadro 4 - Influências internas e externas ao cotidiano do CAPS.

Ano	Externo	Interno
1993-1996	Implementado um novo modelo assistencial e de gestão da saúde, o Plano de Atendimento à Saúde no Município de São Paulo ¹⁰ .	
1998	O Estado de São Paulo lança a Lei Complementar nº 846, que regulariza a qualificação de entidades como organizações sociais.	Equipe do Centro de Farmacodependência é formada por servidores concursados da prefeitura que não aderiram ao PAS.
2000	Nova gestão, iniciada em 2001, tem como principal compromisso no campo da saúde a extinção do PAS e reconstrução do SUS no município de São Paulo.	Muitos profissionais saem do Centro de Farmacodependência e não há reposição da equipe.
2008	Acionamento do Ministério Público Federal para que o município de São Paulo atenda à Lei 10.216, montando e qualificando sua rede de atendimento extra-hospitalar de saúde mental.	Transformação em CAPS AD III e entrada da primeira OSS na sua gestão.
2010	Primeira tentativa de intervenção na	Entrada de gerente por indicação da

¹⁰ Explorado no Capítulo 2

	Cracolândia.	Secretaria Municipal de Saúde. Em 31 de maio de 2010: saída da OSS. Em 01 de junho de 2010: entrada de nova OSS. Mudança de 90% da equipe profissional do CAPS.
2012	Janeiro de 2012: “Operação Sufoco” na Cracolândia. Criação de novos Centros de Atendimento ao Usuário de Drogas no Centro de São Paulo: CAPS AD III	Mudança temporária no fluxo cotidiano do CAPS AD. Tentativa de articulação com os novos dispositivos.

3.1.1 O CAPS: Estrutura Física e Fluxos Cotidianos

O CAPS AD III Sé é um dos três Centros de Atendimento aos Usuários de Álcool e Drogas que compõem a Supervisão Centro-Oeste, divisão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Ele abrange o Centro e os bairros da Liberdade e Consolação.

Quadro 5 - Abrangência territorial do CAPS.

Distrito	População
Sé	20.107
República	47.758
Bom Retiro	26.621
Cambuci	28.621
Liberdade	61.850
Bela Vista	63.142
Consolação	54.305
Santa Cecília	71.110
Total Subprefeitura da Sé	373.164

Seu quadro funcional conta com 75 funcionários, dos quais nove concursados da prefeitura e os demais contratados pela OSS.

Quadro 6 - Categorias profissionais e quantitativos
CAPS AD Sé.

Profissional	Quantidade
Psicólogas(os)	5
Terapeutas ocupacionais	5
Assistente social	4
Enfermeiros(as)	6
Redutores de danos	6
Educação física	4
Farmácia	3
Consultório de rua	2
Auxiliares de enfermagem	14
Oficineiros	4
Médicos	4
Administrativo	5
Gerência	1
Motorista	2
Copa	3
Profissionais da prefeitura	9

A seguir será apresentada a estrutura física do CAPS, explicado o fluxo do serviço e os desafios cotidianos do cuidado.

O dispositivo está localizado na região central do município de São Paulo. É de fácil acesso, pois conta com estação de Metrô e parada de ônibus próximas, tendo disponível a poucos metros o terminal de ônibus Parque Dom Pedro II, um dos principais da cidade. Ao chegar à rua, o CAPS é facilmente identificado, pois o serviço está instalado em um prédio verde, de quatro andares, que se destaca na paisagem, integrada por um velho casarão, ao fundo e, à frente, pequenos prédios, com aspecto envelhecido, que abrigam estabelecimentos como bares, mercearias e salões de beleza. Mais adiante, a rua onde dispositivo está instalado se torna a Rua 25 de Março, famosa em todo o país pela comercialização de artigos populares e que atrai diariamente milhares de pessoas. Um pouco atrás do prédio localiza-se a Avenida do Estado, movimentada via pública da região, que faz a ligação entre a Marginal Tietê e o Centro da cidade. É também muito próximo da Praça da Sé, do Mosteiro de São Bento e de todo o Centro histórico da capital paulista.

O trajeto entre o metrô e o CAPS é curto (cerca de 15 minutos de caminhada). Mas, apesar disso, é possível conhecer um pouco do centro paulistano. Ao sair da estação do metrô, nos deparamos com a suntuosa arquitetura da Catedral da Sé, que sustenta o título de um dos cinco maiores templos neogóticos do mundo, sendo um dos principais cartões postais da cidade. Ao seu lado, já em direção ao CAPS, encontra-se o também majestoso Palácio da Justiça (do Tribunal de Justiça de São Paulo), monumento histórico de valor arquitetônico e interesse cultural, tombado pelo Condephaat (Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico), em dezembro de 1981¹¹.

No entanto, apesar do glamour dessas construções, no pequeno espaço físico é possível ver a desigualdade e os contrastes do Centro paulistano. Ao lado de turistas encantados com a Catedral da Sé e dos bem vestidos funcionários e frequentadores do TJSP, encontram-se muitos pedintes, alguns dos quais em roda consumindo álcool, outros tantos com cobertores se acolhem embaixo de algumas árvores ou se misturam aos trabalhadores apressados, dando vida e movimento ao lugar. Nesse redemoinho de contrastes e vai-e-vem não foram raros os momentos presenciados de pessoas gritando, conversando sozinhas, correndo ou andando em círculos. Cada ida ao CAPS era um turbilhão de novos acontecimentos.

Para chegar até o dispositivo é preciso descer uma rua que se caracteriza como uma ladeira. Nela há vários pontos de comércio popular, além de bares e restaurantes. A paisagem vai se transformando pouco a pouco e as grandes edificações ficam para trás, dando lugar a prédios também históricos, menores em tamanho, mas igualmente conservados.

Ao final da ladeira, chegamos à rua do CAPS, onde as construções são bastante degradadas, muitas das quais abandonadas e envelhecidas. Nas redondezas há vielas tidas como perigosas. Na primeira ida ao dispositivo foi pedido informação a uma policial sobre qual seria o melhor caminho para chegar ao serviço. Apesar de não conhecer sua localização exata, recomendou que fosse até um AMA próximo, onde conseguira informações mais precisas. A policial alertou que havia dois caminhos para chegar ao prédio, um deles bastante perigoso em razão dos constantes assaltos. Apesar do intenso movimento, no tempo de observação nunca foi presenciada nenhuma forma de assalto.

¹¹ Informação disponível no site oficial do Tribunal de Justiça de São Paulo: <http://www.tjsp.jus.br/Institucional/ConhecaOTJ/ComoChegar.aspx>. Acessado em: 01 maio 2012.

Na entrada do prédio verde, imponente não pela sua altura, mas muito mais pelo seu bom estado de conservação, que destoa da vizinhança decadente, uma plaquinha indica os serviços que funcionam ali: AMA, UBS, CAPS AD, CAPSi e Supervisão Técnica da Saúde do Centro-Oeste. No térreo estão instalados o AMA, de um lado, em uma construção mais afastada, com um amplo espaço para a entrada de ambulâncias; no lado oposto funciona a UBS. Logo na entrada, há filas para a retirada de medicamentos, uma recepção, frequentemente apinhada de pessoas que aguardam o atendimento, choro de crianças, profissionais com jalecos e seguranças patrimoniais. Escadas localizadas à esquerda dão acesso aos andares superiores; à direita há dois elevadores, com capacidade para quatro pessoas. Em bom estado de conservação, esses equipamentos foram paralizados para manutenção apenas em duas vezes ao longo da pesquisa. Nas duas ocasiões, o fato de os elevadores não estarem funcionando causou transtornos, pois pessoas com dificuldades de locomoção ficaram impedidas de acessar os serviços disponíveis nos pisos superiores.

No primeiro andar funciona uma extensão da UBS, com prontuários e sala de reuniões destinada aos agentes de saúde. No segundo andar está instalado o CAPS AD. Chegando de escada ou elevador, a primeira coisa a ser vista é a recepção, que tem um espaço adequado para a quantidade de usuários frequentadores do serviço. Nele há cadeiras em número suficiente para atender ao fluxo de frequentadores e poucas vezes em vi as pessoas aguardando em pé. Como as cadeiras estão dispostas em círculo, a interação entre é viabilizada. Na parede um mural expõe dados sobre os funcionários, a organização do CAPS, os horários de funcionamento e o nome dos técnicos responsáveis pelos grupos, além de informações diversas sobre saúde, em cartazes do Ministério da Saúde.

Nesse espaço trabalham três recepcionistas, dois homens e uma mulher, que se revezam nos horários de funcionamento do CAPS. Há ainda uma mesa com cadeiras, na qual os usuários, profissionais e visitantes são recebidos. A sala em que ficam os recepcionistas tem dois computadores, telefone, fax, impressora e armário para guardar os prontuários. Ao fundo estão ainda uma mesa e outro armário, pouco utilizados.

No início do estudo, a estrutura do CAPS causou estranheza, uma vez que ela se assemelha a um ambulatório. Apenas depois de conhecer sua história foi compreendida sua organização.

Chegando lá estranhei a estrutura do CAPS, pois há apenas uma recepção e várias salas, um modelo que se assemelha ao de um ambulatório, com consultórios, inclusive com plaquetas que indicam isso. Além disso, tive a oportunidade de ver uma sala aberta, cuja estrutura também é de consultório: mesa, cadeira para profissional e cadeiras para as pessoas atendidas, com pia e azulejos brancos (DC 01).

Da recepção do CAPS saem dois grandes corredores. No que está situado à direita, há várias salas em formato de consultórios; o tamanho das salas varia, mas sua estrutura é praticamente a mesma descrita acima. Além delas, há uma sala reservada para a farmácia com uma abertura do tipo recepção que permite a comunicação entre os profissionais e os usuários, um quarto com quatro leitos adultos e uma sala com banheiro e mais dois leitos para acolher adolescentes. Há também uma sala de medicação onde as técnicas de enfermagem anotam as informações dos pacientes de leito, aplicam medicação injetável e fazem curativos nos usuários, quando necessário.

Roberta me mostrou os procedimentos da enfermagem, no que diz respeito à organização dos prontuários e das medicações. Também me mostrou os prontuários dos internos (que ficam nos leitos). No geral são seis leitos, mas quando há uma mulher esse número é reduzido para cinco pois ela precisa ficar no quarto sozinha.

Observando o quadro que fica exposto na sala de enfermagem, com os principais procedimentos a serem adotados com os internos, noto que há um internado desde maio/junho [estávamos então em outubro] e pergunto se esse é o procedimento padrão. Ela diz que não, que geralmente eles ficam entre 15 e 20 dias, alguns até menos, cerca de uma semana. Depende da recuperação de cada um (DC 05).

No corredor à esquerda a estrutura é a mesma. Há uma sala destinada ao refeitório e outra à cozinha, cujo acesso é restrito aos funcionários. No meio do corredor há uma sala maior (sala de convivência), com uma janela de vidro virada para o corredor. Nessa sala os usuários intensivos, aqueles que estão diariamente no CAPS, ficam quando não estão participando dos grupos. Há vários sofás e poltronas, onde, quando não há atividade, eles podem dormir. Murais que contornam as paredes registram oportunidades de cursos gratuitos oferecidos pela rede, frases feitas pelos próprios usuários e muitas pinturas feitas em atividades artísticas. Além disso, há uma mesa e sobre ela alguns livros e uma mesa de pingue-pongue, na qual os funcionários sempre jogam com usuários. A sala de convivência é utilizada para realizar assembleias e todas as reuniões que envolvem os usuários.

Ao final desse corredor há duas salas que servem para a administração do CAPS e outra bastante ampla destinada aos funcionários. Essa última conta com uma mesa grande, ao centro, que é rodeada por cadeiras. A mesa está sempre cheia de papéis,

prontuários e documentos que fazem parte da rotina do serviço. De um lado há armários e dois computadores; do outro, duas mesas menores, uma delas com um telefone que serve ao Disk Drogas, número disponibilizado pela Secretaria de Saúde para o esclarecimento de dúvidas referentes a drogas e ao funcionamento dos serviços da rede na área. Qualquer funcionário pode atender esse telefone e oferecer as informações solicitadas.

Nas paredes, além de um aparelho de televisão, que sempre transmite informações geradas pela Secretaria Municipal de Saúde, há um mural com avisos, um quadro branco grande para anotações gerais e um quadro branco menor, no qual os profissionais anotam a pauta das reuniões diárias. Qualquer profissional pode propor um tema, que, frequentemente, se refere ao cotidiano do serviço.

Ao longo dos corredores há vários murais onde são expostos avisos gerais, fotos dos grupos realizados, bem como os próprios materiais que os usuários confeccionam. Por exemplo, um tapete confeccionado em um dos grupos com frases dos próprios usuários sobre como construir em conjunto um projeto como aquele. Muitas frases falavam de paciência e de respeito, indicando que em vários momentos, durante a confecção do tapete, foi preciso escutar a opinião do outro e abrir mão do que se queria (como uma cor).

Ao conversar com os profissionais, principalmente nas entrevistas, os que chegaram ao CAPS em 2010 também relataram surpresa com a estrutura física do serviço. No início, segundo um deles, as salas tipo consultório nem eram utilizadas, sendo todas as reuniões realizadas na sala de convivência. Hoje, as salas são utilizadas pelos grupos, como o de acolhimento, e nos atendimentos individuais e/ou reuniões menores.

Por meio da estrutura física do CAPS pudemos perceber que o dispositivo tem um déficit no que diz respeito à estrutura física, pois ele não dispõe de ambiente amplo e aberto como propõe o Ministério da Saúde (2004a). Ainda assim, destacamos a atuação dos profissionais na tentativa de encontrar alternativas para que o ambiente se torne mais acolhedor. Ações como enfeites em épocas festivas, fotos espalhadas por todo o corredor, exibição dos produtos confeccionados nas oficinas são apenas alguns exemplos que demonstram um cuidado em deixar o CAPS mais acolhedor, mostrando valorização das atividades e das pessoas que participam das atividades ali realizadas.

3.1.2 O Fluxo Cotidiano

Para melhor exemplificação do fluxo no CAPS AD Sé, descreveremos desde a chegada de um usuário até a realização de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). O usuário pode chegar ao dispositivo de forma voluntária, encaminhado por algum serviço da rede, por meio de um redutor de danos ou agente de saúde da UBS. Ao chegar ao CAPS, seu primeiro contato é com os recepcionistas. Ao longo das observações percebi gentileza e respeito por parte desses com os usuários. Além disso, muitos profissionais que eventualmente se encontrem na recepção também atendem prontamente os usuários, quando solicitados.

Em seguida é feita a entrevista inicial, realizada por um profissional que estará de plantão. O objetivo dessa conversa é conhecer os motivos que levaram o usuário a procurar o CAPS, esclarecer dúvidas e expor um pouco o funcionamento do serviço. A abordagem é diferente dependendo do profissional. Enquanto alguns fazem uma abordagem rápida nesse primeiro acolhimento, enfatizando principalmente o repasse de informações aos usuários, outros priorizam a escuta e não se importam se o tempo do primeiro atendimento for um pouco mais demorado.

Os usuários são então avisados de que precisam participar de no mínimo três grupos de acolhimento, para que seja possível conhecê-los e para que eles possam conhecer o cotidiano do CAPS. Somente depois eles irão participar do grupo de Pré-Projeto, no qual são confeccionados os Projetos Terapêuticos Singulares. O PTS é projeto elaborado pelo profissional de referência do usuário, conjuntamente com ele, respeitando sua particularidade e personalizando o atendimento com atividades dentro e fora do CAPS (BRASIL, 2004).

Ao longo das observações foi dada especial atenção ao “grupo acolhimento”, houve participação em vários grupos durante todos os dias da semana. Essa ênfase foi motivada pela crença de que ele é de fundamental importância para que o usuário sintasse, como o próprio nome do grupo diz, acolhido.

Essa dinâmica, de participar de no mínimo três grupos de acolhimento, revelou-se interessante, pois o usuário tem a oportunidade de se aproximar de diferentes profissionais já na sua chegada ao serviço, além de conhecer um pouco mais a própria dinâmica do CAPS. Nesse grupo os usuários passam a interagir com outros que também estão ali pela primeira vez, o que encoraja o compartilhamento de histórias e de ajuda. É

importante ressaltar, contudo, que esses grupos muitas vezes se tornam difíceis de conduzir, porque os usuários chegam bastante fragilizados e ainda confusos no serviço.

... Então, um usuário (...) começa a questionar o tratamento do CAPS; reclama que a profissional fala como se estivesse dando bronca neles, e como se fosse fácil deixar a droga. Relata que já passou por vários tratamentos, internações etc., e sempre volta a fazer uso de drogas. Ele questiona: qual a saída? A profissional fica perdida, grita cada vez mais alto, tem dificuldade em coordenar o grupo, pede para os usuários calarem a boca. Foi um grupo muito tenso e, parece, os usuários perceberam que com ela não teria conversa. Ficaram calados (DC 06).

A forma como a profissional estava conduzindo o grupo parecia dar razão ao usuário. Foi surpreendente a maneira como ela se portou, iniciando o grupo com a seguinte fala: *“Ainda está vivo, Roberto¹²? Não sei como!”*

Eu mesma levo um susto e me surpreendo com a fala dela, e percebo que os outros usuários também não se sentiram muito bem. Fica um clima tenso na sala (DC 06).

O clima tenso segue durante toda a reunião:

Sinto um pouco de dificuldade em escrever/descrever a cena, pois, a todo momento, enquanto os usuários falavam, a profissional interrompia e falava mais alto que eles. A minha impressão é que ela estava mesmo brigando com eles, sendo muito dura. Não que eu ache que se deva passar a mão na cabeça dos usuários e colocá-los em uma posição de vítima, mas entendo que o respeito deve sempre ser prioridade, principalmente em grupos de acolhimento como esses, em que as pessoas estão indo para conhecer o serviço e saber se vão ficar ou não no CAPS. Acho que ser dura do jeito que ela foi, não adianta muito (...)

E o clima segue tenso durante todo o grupo, pois a profissional não baixa o tom. A minha sensação é de que ela gritava mesmo! Como uma mãe que reclama com os filhos, que não tem paciência! (...)

Ao final do grupo eles foram conversar com a profissional, que se mostrou muito impaciente e, mais uma vez, gritou: *“Mas eu não disse para vocês não virem falar comigo depois da reunião???”* (ela tinha avisado isso logo no começo). Os usuários ficaram assustados. Depois ela se retrata e diz *“O que foi?”*, e atende o usuário.

Alguns vêm conversar comigo depois do acolhimento. O que eles queriam era apenas informação – só para lembrar, muitos estavam ali pela primeira vez para conhecer o serviço. Inclusive uma menina que dizia estar morando na rua, que gostaria de saber como ela poderia proceder para conseguir tomar um banho etc.

Saio do CAPS e vou para casa, pensando/refletindo sobre o “acolhimento” que presenciei hoje (DC 06).

Uma semana após a realização desse grupo foi possível participar novamente do acolhimento com a mesma profissional, percebendo que o trabalho fluiu de forma mais

¹² Nome fictício.

calma. O próprio usuário que questionara a profissional a todo momento, na reunião anterior, se desculpou dizendo que naquele dia “estava doidão”.

Nesse aspecto podemos destacar a sensibilidade e o limite a que os profissionais e usuários estão submetidos. Embora o fluxo do serviço seja relativamente simples, os primeiros precisam estar preparados para lidar com a instabilidade dos usuários, que muitas vezes chegam ao serviço sob o efeito de alguma substância.

Após os três grupos de acolhimento, os usuários participam do grupo pré-projeto, cujo objetivo é discutir e elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário. Como o PTS pode propor atividades dentro e fora do CAPS, o ideal é que o profissional tenha conhecimento dos serviços disponíveis na região onde o usuário mora. Por isso, aquele que for escolhido para realizar o PTS junto com o usuário será também responsável pela sua região de abrangência.

No CAPS, essa divisão do território funcionava inicialmente da seguinte forma: os profissionais eram divididos em quatro miniequipes (equipe 1, 2, 3 e 4). No entanto, posteriormente, eles perceberam que a divisão dos territórios não era tão nítida, e, por isso, hoje as equipes 1 e 2 formam uma única, chamada de 12, e as 3 e 4, também juntas, formam a equipe 34. Essas “miniequipes” discutem os casos a partir da demanda de matriciamento e território, tentando trazer os outros serviços existentes na região, inclusive os de organizações não governamentais, para trabalhar o cuidado em rede. Trabalhar na lógica do território é uma das premissas do CAPS.

Nos grupos de pré-projeto os usuários conversam com os profissionais sobre suas afinidades, e assim é construído um projeto com o qual o usuário se identifica e concorda. São então definidos os dias que ele irá ao CAPS, bem como os grupos dos quais participará e seu profissional de referência. Uma vez confeccionado o PTS em parceria com o usuário, respeitando sua vontade em participar de grupos com os quais tenha afinidade e conforme a sua disponibilidade no serviço, o usuário recebe o cartão informando os dias e horários das atividades¹³.

O CAPS conta com cerca de 20 grupos, distribuídos em diversos horários. Praticamente todos são coordenados por mais de um profissional, sendo exceção apenas três, o Grupo de Homens, o Grupo de Mulheres (ambos coordenados por uma

¹³ O cronograma de atividades do CAPS encontra-se no ANEXO.

profissional) e o Grupo Tabaco (coordenado por outra). Essas duas profissionais são as que estão no CAPS desde o início da sua formação.

Segundo os profissionais, os grupos foram surgindo de acordo com a demanda dos usuários e começam sempre no horário marcado, havendo poucos atrasos – e quando há, eles reclamam:

Quando deu umas 14h45 a profissional apareceu na recepção e vi que cumprimentava com beijinhos as mulheres que a aguardavam. Uma delas cobrou o atraso. E ela respondeu: “Só quinze minutinhos?” Mas em seguida pediu desculpas e explicou que estava atendendo e não conseguiu parar (DC 17).

Isso pode nos mostrar que os usuários estão se apropriando de seus direitos ao compreenderem que os grupos devem começar no horário marcado.

Os grupos acontecem não apenas dentro do CAPS. Outra equipe, chamada “CAPS AD Sé na Rua”, que também faz parte do dispositivo, desenvolve trabalho na rua.

3.1.3 “Sé na Rua”: O Desafio do Trabalho de Campo

O CAPS AD Sé também promove ações que extrapolam seus muros, entre os quais está o trabalho “CAPS AD Sé na Rua”. Seu objetivo é conseguir oferecer aos usuários em situação de rua acesso aos serviços de saúde disponíveis na rede, principalmente os do próprio dispositivo. Para tanto, conta com seis redutores de danos e dois técnicos (um psicólogo e um assistente social). Além deles, os outros profissionais que trabalham internamente no CAPS se revezam todos os dias, em dois turnos (matutino e vespertino), para ajudar nessa atividade.

O trabalho do “CAPS AD Sé na Rua” é realizado por meio de abordagens individuais e grupais, mas isso depende bastante de como a rua se apresenta no momento da atividade. Nas individuais os profissionais sempre estão em dupla e se aproximam tentando estabelecer o primeiro contato com o usuário por meio de diferentes estratégias. Às vezes esta vai se construindo ao longo do tempo, com a experiência dos profissionais, como mostra uma conversa que eu tive com uma das redutoras de danos:

Ela fala da dificuldade de estabelecer vínculos com os usuários (principalmente com as mulheres) e assegura que hoje até ela mesma se surpreende com o que faz para formar esses vínculos. Ela conta que um dia teve a ideia de usar a música para se aproximar deles. Isso hoje se configura como uma estratégia de seu trabalho: ela liga o celular com músicas e diz que os usuários

começam a se aproximar e dizem: “Ô, tia, que música dá hora!”; “Olha a tia na zica!” etc... Assim, os usuários se aproximam e ela pode abordá-los e falar das questões da saúde (DC 04).

Nos trabalhos grupais há diferentes atividades no decorrer da semana, com trabalhos corporais e arte. Essas estratégias possibilitam que vínculos sejam formados. Segundo um profissional, sem isso seria praticamente impossível conseguir estabelecer vínculos com os usuários, já que eles vivem em um mundo onde é preciso ter moedas de troca para que a aproximação seja possível. O profissional usa como exemplo as atividades corporais desenvolvidas nessas visitas: *“Porque se a gente for só conversar, ele vai dizer que conversa com o amigo...”* (Rodrigo). Por isso, ser auxiliado com outras estratégias de aproximação é muito importante.

Elas, as estratégias, nos mostram como a criatividade e a disposição dos profissionais estão associadas no cuidado oferecido ao usuário de drogas. Além disso, ter posicionamentos acolhedores, que não julgam o usuário nem chegam com uma meta preestabelecida, tem contribuído para a formação de vínculos com os usuários em situação de rua.

3.2 DESAFIOS COTIDIANOS PARA O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS

Ao longo das observações foi possível compreender que há desafios cotidianos para a efetivação do cuidado aos usuários de drogas. Muitas vezes, profissionais empenhados e bem qualificados não são suficientes para que o usuário tenha o acolhimento humanizado necessário para a adesão ao cuidado de si. O que ficou evidente é que um CAPS AD como o do Centro de São Paulo faz com que **o limite** das pessoas seja escancarado. Há o limite do usuário, muitas vezes marginalizado pela sociedade, confuso, desanimado após tantas recaídas ao uso. E há também o limite do profissional, que investe nos usuários e no seu trabalho e, frequentemente, não é reconhecido pela gestão, não consegue ter voz ativa e participativa em decisões importantes no CAPS.

3.2.1 Reflexões sobre Limites

Como já foi discutido acima, os usuários muitas vezes chegam querendo soluções rápidas para a questão do uso abusivo de drogas e, frequentemente, questionam os próprios profissionais. Isso é aparente nos grupos:

No grupo havia um usuário chamado Roberto, de 20 anos, que estava bem agitado. Agitado no sentido de angústia, procurando a todo custo uma resposta para seus sentimentos, para sua “nóia” em usar a droga sem parar. Ele pergunta ao grupo o que ele pode fazer para melhorar essa sua angústia e fissura. Os participantes do grupo respondem muito bem ao apelo de Roberto, contando para ele como foi (ou é) passar por uma vontade muito grande nos primeiros períodos da abstinência. As estratégias variam de acordo com a pessoa, desde trabalhar até fugir do dinheiro (pois isso lhe traz mais fissura), visitar alguns amigos, se de outros amigos, procurar novas amizades etc... (DC16).

Às vezes esse questionamento acontece na própria recepção:

Sentei e aguardei iniciar o grupo. Na recepção havia um homem de azul que estava muito agitado; ele caminhava de um lado para o outro enquanto aguardava ser atendido e berrava “*teste de paciência*”... ele resmungava todo o tempo contra a demora, do quanto estava esperando. Nem tentei chegar perto porque ele parecia muito nervoso; achei que se começasse a perguntar poderia ser pior. Afinal, como já disse em outro diário de campo, sei que as pessoas muitas vezes chegam ao CAPS no seu limite, e querem ser atendidas imediatamente. E pensei que talvez a equipe ainda estivesse em reunião.

Pouco tempo depois chegou uma agente de saúde e sentou ao meu lado, se pôs a ouvir as queixas do usuário que estava esperando... Em seguida veio outro usuário e começou a reclamar bastante do atendimento que havia acabado de receber. Reclamou que a mulher não resolvia nada, que disse que não podia fazer nada por ele, que ela nem olhou nos olhos dele, que ela demonstrou muita má vontade etc...

As agentes de saúde (havia umas três na recepção e pareciam estar acompanhando o usuário) vieram para conversar com ele. Elas perguntaram o que ele e a profissional haviam conversado e, então, contou que ela dissera que não podia arrumar albergue para ele, que dormisse no posto onde estava e que no dia seguinte voltasse. Ele resmunga: “*Mas como voltar amanhã? Eu vou voltar para o fluxo? Não dá! Eu tô tentando sair disso daqui, mas tá difícil! Eu procuro ajuda e é assim que o governo me trata! Eu até que queria sair dessa vida! Mas assim está difícil...*” As agentes de saúde tentam acalmá-lo, mas ele não para de reclamar, dizendo que a profissional que o atendeu foi seca, dura, que parecia que não quer atendê-lo. E ainda completa: “*Esse povo que me vê assim, descalço, sujo, pensa que a gente não sabe das coisas, pensa que eu sempre fui assim... Eles não gostam de trabalhar com gente como eu...*” e continua a resmungar... (DC 17)

Com a reclamação do usuário, as agentes de saúde da UBS que o acompanhavam vão até a profissional que o atendeu para saber o que aconteceu. Retornam explicando: o pedido para albergues era até às 14 horas e não havia mais como atendê-lo naquele dia. Mas assegurava que no dia seguinte, com certeza, ela conseguiria. Para o usuário não

ficar na rua, ele poderia ir para a Tenda¹⁴, onde é mais fácil conseguir vaga. E mesmo quem não consegue, é recolhido à noite, encontrando um lugar para eles dormirem. O usuário responde que não sabe onde ela fica, e as agentes dizem que o acompanham até lá.

O episódio nos mostra a preocupação e cuidado das agentes de saúde com o usuário, pois poderiam apenas ensinar o caminho para ele chegar até a Tenda (que não é longe do CAPS). E seu trabalho estaria feito. Mas, ao contrário, as elas se mostram disponíveis, indo além de seu trabalho técnico.

No entanto, por vezes, podemos observar também que os profissionais estão no limite, o que explica atitudes como elevar o tom de voz (relato do grupo acolhimento), não explicar direito os procedimentos aos usuários etc. O limite profissional ficou evidente também nas entrevistas em que os profissionais descreveram situações de desgaste.

3.2.2 A Violência no Cotidiano do CAPS

Apesar de ser um CAPS AD III, que tem, por determinação do Ministério da Saúde, de atender os usuários 24 horas por dia, o dispositivo da Sé funciona de portas abertas apenas de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 horas. A justificativa para tal fato é que não há profissionais suficientes para o atendimento noturno nem no fim de semana.

Muitos profissionais relataram que durante algum tempo o serviço funcionou nos finais de semana, mas houve vários incidentes de usuários com armas brancas dentro do dispositivo e violência entre os próprios. Com a equipe reduzida, não era possível contê-los nem dar conta da demanda no fim de semana. Hoje, o CAPS AD Sé funciona aos sábados e domingos, mas apenas para os usuários de leito e alguns poucos que não têm condições de tomar o medicamento fora do dispositivo, sendo por isso autorizados a entrar no serviço.

¹⁴ As Tendras da Prefeitura de São Paulo foram criadas em 2009 e oferecem auxílio a moradores de rua no parque Dom Pedro, centro da capital. No local, é possível tomar banho, ver TV, jogar bilhar e receber orientação de assistentes sociais.

Casos de violência também ocorrem durante a semana e, quando acontecem, os usuários são chamados em uma assembleia geral e extraordinária, discutindo o caso juntos:

O profissional chama todos para a assembleia extraordinária. Todos que estão na recepção, aguardando o início dos grupos, se dirigem à sala de convivência. O profissional começa perguntando quem estava presente no incidente; uma senhora se levanta e diz que ela estava. E começa contando que havia um usuário bastante agitado que abordou uma profissional do CAPS na saída do prédio, perguntando alguma coisa sobre o serviço. Ela, por sua vez, teria dito que não estava no horário de trabalho dela e, por isso, não iria responder, pedindo que ele subisse (ao CAPS) e perguntasse. Em seu relato, a senhora avaliou que talvez tenha faltado sensibilidade da profissional ao responder, por ver que o usuário estava agitado. Em seguida uma profissional presente à assembleia sai em defesa da colega e diz que ela realmente não estava no horário de trabalho e, portanto, não tinha obrigação de responder. Na sequência outra usuária começa a falar que um erro não justifica o outro, mas que essa profissional já havia sido grossa com ela também, e acrescenta que, se estivesse alcoolizada naquele momento, provavelmente ela também teria partido para cima. A discussão continua e os profissionais alertam novamente para que casos como esse não voltem a se repetir, afirmando que será dada uma punição ao usuário, que ficará impossibilitado de ir ao CAPS durante uma semana (DC 14).

Podemos perceber, pelo caso relatado acima, que há um conflito entre o que os usuários esperam dos profissionais (disposição, mesmo que esteja fora de seu horário de expediente) e o que esses esperam da assembleia em particular (mostrar que casos como esses serão punidos).

A questão é delicada, pois, ao mesmo tempo em que os usuários devem respeitar os profissionais, eles também esperam tratamento digno e respeitoso por parte deles. No entanto, quando se está sob o efeito de alguma substância os ânimos se elevam e a interpretação do usuário pode se dar de forma equivocada. Diante disso, os profissionais precisam ter traquejo para lidar com situações como a relata acima, pois se por vezes eles estão em seu limite e podem em algum momento se exasperar, em outros os usuários deixam os profissionais acuados e com medo – quando levam armas brancas para dentro do CAPS, apresentam comportamento agressivo e/ou fazem ameaças. Para se protegerem os profissionais adotam pequenas estratégias, tais como realizar atendimentos em duplas.

Portanto, a violência está presente de várias formas no CAPS AD. Os usuários que chegam ao dispositivo já são vítimas da violência da exclusão e, às vezes, da violência policial. Por isso, frequentemente só sabem lidar com o outro de forma violenta. Os profissionais também se tornam vítimas dessa violência.

No entanto, outro ponto merece destaque. Apesar de nesse exemplo a assembleia ter um objetivo claro – a punição do usuário –, ao final os profissionais que a estavam

conduzindo tentam propor reflexões sobre os casos de violência que acontecem no CAPS. Ao longo das observações foi possível compreender como essas assembleias são importantes para a rotina do dispositivo, já que proporcionam o envolvimento dos usuários em todas as discussões, principalmente àquelas relativas ao cotidiano do serviço, instigando a reflexão e a criticidade nos usuários.

CAPÍTULO 4: O CUIDADO COMO SUPERAÇÃO DE PRECONCEITOS

O objetivo deste capítulo é abordar o modo como os usuários são percebidos pelos profissionais do CAPS e por aqueles que atuam em outros serviços da rede de assistência à saúde. Além disso, tem como eixo central a questão do preconceito contra os usuários de drogas, sobretudo como fator impeditivo da articulação dessa rede.

É imprescindível falar desses dois aspectos porque ainda há muitos desafios para que o cuidado seja realmente efetivado. Um deles diz respeito à visão que se tem do usuário de drogas, ainda tido como alguém irresponsável e que acaba com a própria saúde. Essa visão interfere diretamente no cuidado oferecido. Exemplo disso são os estudos que mostram que ainda há distanciamento do usuário dos serviços de saúde em geral, sendo uma das razões para esse distanciamento o fato de os profissionais desses serviços muitas vezes reforçarem a condição de marginais dos usuários (DIAS, 2008).

No que diz respeito ao preconceito, as falas dos entrevistados possibilitam entender como o usuário é percebido não apenas pelos profissionais do CAPS AD Sé, mas também, e principalmente, como os outros profissionais da rede de assistência percebem esses usuários. É importante entender como eles são vistos porque essa percepção pode interferir no trabalho da equipe e na articulação da própria rede, como mostrou a segunda categoria analítica utilizada nesta pesquisa, “Dificuldades de articulação nos serviços de saúde” na página 70.

Preconceito e falta de articulação entre serviços atravessaram também a ação realizada na Cracolândia, em janeiro de 2012, que, por seu impacto no cotidiano do CAPS e na forma de cuidar dos seus usuários, será abordado também neste capítulo.

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS USUÁRIOS DE DROGAS

Os usuários frequentadores do CAPS são vistos pelos profissionais entrevistados como sujeitos de direitos, mas que ainda têm seus direitos básicos (educação, moradia e saúde) negados. Diante disso, eles são excluídos da sociedade e alvo de preconceitos e discriminação, principalmente se estiverem em situação de rua, como é o caso da grande maioria dos usuários do CAPS AD Sé.

(...) vamos dizer assim: a gente trabalha com um tipo de população que, de modo geral, é **portadora e mobilizadora de todos os preconceitos** em situação de uso, usuário de álcool, usuário de droga. Muitos cometem furtos, práticas ilícitas pra conseguir se manter nesse tipo de funcionamento, entendeu? Então, você vai pra um pronto atendimento com um paciente, uma urgência, chega lá **você é visto como quem fica passando a mão na cabeça de bebum, né?** (Alessandro).

Os profissionais relataram a impressão de que muitas vezes parece que cuidam da parte da população que ninguém mais quer cuidar; cuidam do “lixo” da sociedade, como mostra a fala da profissional a seguir:

(...) às vezes eu olho, assim, um grupo de acolhimento e vejo o retrato da exclusão... é a mulher negra, é morador de rua ... eu “tava” até falando ontem pro meu marido, eu agora tô fazendo um pouco do serviço de casa porque tô sem empregada, e aí outro dia eu tava escolhendo o feijão e tal e falei pra ele: **“As vezes dá impressão que quem entra no acolhimento é só aquele feijão que a gente separa que não quer mais... às vezes dá impressão que o lixo da sociedade tá aqui, né?”** E aí, isso é muito pesado (Marina).

O final desse trecho nos chama atenção: *“E aí, isso é muito pesado”*, pois mostra a sobrecarga a que esses profissionais estão submetidos, por terem de lutar contra o próprio sistema da rede de assistência ao usuário, que ainda tem e alimenta esse tipo de visão. O que depreendemos das entrevistas é que os profissionais do CAPS AD lutam para estabelecer outro tipo de relação entre o usuário de drogas e a rede de assistência. Mas o trabalho tem sido exaustivo, como mostra a fala final de Alessandro, citado acima: **“você é visto como quem fica passando a mão na cabeça de bebum, né?”**

A mesma visão tem outro profissional, que praticamente repetiu as mesmas palavras de Alessandro e Marina:

(...) A gente chega e a polícia chega na sequência. E com isso não dá tempo da gente fazer oficina. Eles têm o olhar muito de que a gente vai pra passar a mão na cabeça de um monte de dependente químico, um monte de gente que é ladrão, traficante, tá roubando, tá consumindo droga, cometendo um monte de crime ali; a gente vai passar a mão em cima. Não é um equívoco deles diretamente; não é uma crítica ao policial que vai e tenta a prática na ponta de lança, mas da própria corporação e aqui ela ferve, né? Aí isso obriga a gente a tá sempre circulando pelo Centro (Rodrigo).

Essa visão preconceituosa moralizante e segregadora do usuário de droga interfere em pequenos atos que nos mostram como o cuidado a essas pessoas precisa ser mais bem discutido. O trecho da entrevista acima ilustra como os profissionais do CAPS AD que atuam na região do Centro de São Paulo ficam à mercê das ações policiais, tendo de convencer os profissionais da rede de que não se trata de *“passar a mão na cabeça de*

bebum”. Para eles, antes, trata-se de lutar e conseguir para os usuários uma assistência digna de um cidadão que precisa de cuidados.

Para os profissionais, o contexto histórico no qual o usuário está inserido e a função da droga na vida de cada pessoa são importantes fatores na formação de um usuário de droga, interferindo também no tipo de abordagem a ser feita e no cuidado a ser oferecido:

Então, usuário de substância não existe um único (...) o usuário de droga, né? (...) são pessoas diferentes que vão estabelecer uma relação com um tipo de substância e que você tem várias formas de se relacionar com elas (Alessandro).

Portanto, podemos pensar que, para um cuidado individualizado e que priorize a subjetividade de cada pessoa, é importante estar atento a essas nuances: o tipo de droga que a pessoa usa e a função dela na sua vida. Talvez não seja algo simples de se conseguir, principalmente com o aumento cada vez maior da demanda pelo serviço, provocada pelas atuais políticas adotadas pelo governo estadual paulista de repressão às drogas, que serão discutidas mais adiante.

Outro ponto que merece destaque no delineamento da visão que os profissionais têm do usuário diz respeito à especificidade muito grande da atuação do CAPS AD Sé, que, como já dito, trabalha majoritariamente com pessoas em situação de rua, como destaca o profissional:

(...) e assim, o usuário de droga em situação de rua não é qualquer usuário de droga, é O, é a rebarba da coisa, é aquele que já deixou de tudo e a única coisa que importa é o uso de substância e ficar nesse percurso da rua. Uma vez eu estava conversando com seu Pedro e ele falou assim: “Você não tem ideia de como a rua vicia a gente, que a rua é uma liberdade que assim...” (Mário).

E como oferecer para essas pessoas algo maior que essa liberdade viciante da rua? Como oferecer algo que as faça cuidar um pouco mais de si e ampliem suas vidas para outras dimensões? Este é um desafio imposto cotidianamente para quem atua no CAPS AD Sé. Mas a rua, além de exigir traquejo desses profissionais também proporciona aprendizados, como relatou uma profissional. Acostumada a trabalhar com pessoas em situação de rua, ela relatou a modificação de sua visão do usuário a partir de sua prática e do seu conhecimento da redução de danos:

(...) você passa a entender o porquê, né? Muitas vezes o cara tá ali usando. Você, que antes achava “Ah, esse cara não quer nada e tal”, quando você se aproxima, tá com a proposta da redução [de danos], que ele passa a se sentir aceito e entendido, muda tudo, a relação com ele muda completamente. Às vezes até uma sensação, assim, de muita liberdade, mas não é... é de profundo respeito pelo outro, né? É o que eu sinto, né? (...) (Amanda).

4.1.1 A Estratégia de Redução de Danos

A partir das entrevistas foi possível observar que a visão que se tem do usuário de drogas, principalmente no que se refere aos profissionais de outros serviços da rede de assistência à saúde, ainda é de marginal, perigoso e que anda na contramão do cuidado de si, uma vez que assume os riscos do consumir a droga.

Esse cuidado de si está intrinsecamente ligado à mudança na forma como o Estado se posiciona perante a saúde, relação que agora é marcada pela bioeconomia. A relação do Estado com a população deixa de ser unidirecional e passa a ser relacional, sendo a população informada dos riscos e responsabilizada pela manutenção da sua saúde, por meio do seu “estilo de vida” (SPINK, 2010). Assim, estar neste lugar do cuidado de si, implica ser considerado alguém que sabe dos riscos e que é responsável pelos males que causa a si mesmo.

Mas como o governo se responsabilizará por essas pessoas que assumem os riscos de usar as drogas?

Um ponto importante no cuidado de quem, de certa forma, “aceita” a opção de estilo de vida do usuário de drogas é a redução de danos. No cenário do cuidado em saúde, essa estratégia surge como uma nova perspectiva para minimizar as consequências e/ou reduzir os danos causados pelo uso prejudicial de drogas lícitas e ilícitas, por meio do estabelecimento de uma hierarquia de metas mais apropriadas à diminuição dos riscos associado ao uso, sem a preconização imediata da abstinência. Tais ações possuem como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, aceitando a vontade dos usuários que não conseguem ou não desejam abster-se do uso de drogas.

Ao não colocar a abstinência como condição para início e permanência no tratamento, a redução de danos busca o envolvimento dos usuários na elaboração das metas que eles gostariam de alcançar, estimulando sua participação no processo de autocuidado. Para tanto, a estratégia de redução de danos preconiza que a abordagem ao

usuário de drogas deve “encontrá-lo onde ele estiver em vez de onde deveria estar” (MARLATT, 1999, p. 50).

Diferentemente da política que prega “um mundo livre das drogas”, essa estratégia aceita a premissa de que sempre houve e sempre haverá comportamentos considerados de alto risco, entre os quais o uso prejudicial de drogas. Dessa forma, a redução de danos não julga, mas preocupa-se apenas com o que pode fazer diante do comportamento do usuário de drogas, por meio do manejo das questões cotidianas. Ao adotar uma política de aceitação e empatia, a redução de danos revela-se uma estratégia mais humanitária. Envolve práticas que respeita e acolhe os usuários em sua necessidade e, muitas vezes, possibilita a quebra de preconceitos de profissionais acerca dessa temática.

4.2 DIFICULDADES DE ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A rede de assistência ao usuário de drogas em São Paulo ainda enfrenta alguns desafios, principalmente no que se refere ao acolhimento. Além disso, outras dificuldades foram citadas pelos profissionais, tais como a articulação da rede e a sensação de se sentirem sozinhos em algumas situações.

4.2.1 Sobre o Acolhimento dos Usuários de Drogas em outros Serviços

A falta de receptividade ao usuário de droga em outros serviços de saúde da rede de assistência à saúde no município de São Paulo esteve presente na maioria das entrevistas. Os profissionais relataram que muitos usuários simplesmente não conseguem entrar no serviço de saúde para ter acesso ao cuidado de que necessita:

É, muito... a gente vê... na atenção básica, não o maltrato... mas, assim, às vezes diz: “Ah, chegou desintoxicado? Não. Então nem entra na UBS!” Sabe, então, assim fala que usa maconha, cocaína, o médico não sabe nem o que fazer com aquilo. Então, eu já nem pergunto, eu... já sei dessa informação, mas eu já nem vou muito adiante, porque eu nem sei o que fazer com isso. Não sabem abordar (...) já pensou, né, que é qualificar mesmo, né? Os médicos, enfermeiros, os agentes de saúde, acho que a gente tem esse papel no CAPS, né?... (Elton).

Com isso, pode-se perceber que a relação dos usuários com os serviços de saúde não é fácil, nem mesmo quando os profissionais do CAPS os acompanham:

Olha, a gente usa muito o AMA, que nem sempre é muito tranquila a relação, por que o AMA tem um olhar de urgência e de emergência e nem sempre... vamos dizer assim, a gente trabalha com um tipo de população que, de modo geral, ela é portadora e mobilizadora de todos os preconceitos em situação de uso, usuário de álcool, usuário de droga; muitos cometem furtos, práticas ilícitas pra conseguir se manter nesse tipo de funcionamento entendeu? Então, você vai pra um pronto atendimento com um paciente... uma urgência. Chega lá você é visto como... você fica passando a mão na cabeça de bebum, né? E eu tenho aqui criança com problema respiratório, eu estou aqui com um senhor que é hipertenso, então é... (Alessandro).

E o profissional continua questionando o direito à saúde que este usuário do CAPS AD teria:

... a gente tem que fazer uma certa tensão entre esse olhar meio moralizante, né? Que não reconhece a saúde como direito de todos e não nos cabe julgar o por quê aquela pessoa está com aquele agravo, se não a gente vai começar a discutir por mérito... Ah, esse merece e o outro não merece; direito não é mérito, né? Direito é uma questão constitucional (...) Então, a gente se relaciona assim com o AMA, se relaciona com a UBS, que é aqui em baixo (...) (Alessandro).

Os profissionais do CAPS parecem compreender seu papel dentro da rede de assistência, tentando tensionar a relação que outros serviços de saúde têm com usuário de drogas para que eles compreendam que, para além dos motivos que agravam a condição de saúde da pessoa, ali está um cidadão como outro qualquer, imbuído de direitos e que também necessita de cuidados.

Por meio desse depoimento é possível também mostrar que nem mesmo os dispositivos que se encontram próximos fisicamente do CAPS AD conseguem articular suas ações, de forma que o cuidado fica prejudicado.

4.2.2 Sobre a Articulação da Rede

A dificuldade de articulação do CAPS com outros serviços da rede fica ainda mais evidente quando partimos para outros setores, além do da saúde.

Então é uma coisa que a gente trabalha muito, essa coisa de articular a rede. Saúde com saúde já não fica tão difícil, que a gente fica mais ali no corpo a corpo com a saúde. Agora, com a assistência não é tão fácil, né? (Amanda).

Essa dificuldade de interlocução com a assistência social se reflete principalmente na busca de vagas em albergues, o que é muito comum, uma vez que a grande maioria dos usuários do CAPS AD Sé está em situação de rua.

No entanto, embora freqüente, encontrar vagas nos albergues talvez não seja o maior dos problemas, quando pensamos no cuidado não apenas como direito, mas também como respeito e acolhimento dessas pessoas. Trazemos essa questão porque os albergues, em sua maioria, têm dificuldades estruturais, conhecidas principalmente pelos relatos dos usuários¹⁵. Além disso, esse serviço tem regras que proíbem, por exemplo, as pessoas de levarem seus animais, além de não garantir vagas a quem tem parentesco ou vínculos, como mostra o próximo trecho de uma entrevista:

(...) porque bom é isso: eles ficam no leito, e aí a gente cuida (...) aí na hora de ir embora a gente sabe o contato... a gente até tem um paciente aí que eu tô discutindo aqui no celular; é um paciente que veio, tava recaído ... “Ah não, quero ficar no leito pra dar um tempo!”; “Ah não! Vou sair segunda, mas pra onde eu vou?”; “Não, sua vaga tá garantida!” Saiu ele e o amigo... e os dois andam juntos pro mesmo lugar... Então chegou lá, só tava garantida a vaga do amigo e a dele não tava, né? Então ele dormiu uma noite na rua. Sorte que estava mais fortalecido e ele não recaiu, né? (Marina).

Essa fala nos mostra a complexidade desse cuidar, pois implica muito mais que arrumar um lugar para o usuário passar as noites; é preciso que ele possa manter os vínculos afetivos que o sustentam.

Outro exemplo da dificuldade em se trabalhar além dos muros do dispositivo são os grupos realizados pelo “CAPS AD Sé na Rua”, na região da Cracolândia. Os policiais, principalmente depois de janeiro de 2012¹⁶, realizam várias ações que impossibilitam o trabalho dos profissionais do CAPS, mesmo sendo esta uma instituição reconhecida como cuidadora de usuários de drogas e que tem seu trabalho respaldado pelo Ministério da Saúde.

A gente circula muito, tem semana que a gente nem faz oficina porque junta todo mundo e vê que não tem gente pra fazer oficina... A polícia tá reprimindo muito. A gente chega e a polícia chega na sequência e com isso não dá tempo da gente fazer oficina (...) (Rodrigo).

Um dos fatos que fizeram os profissionais acreditarem que a rede poderia ser mais bem articulada – com divisão de demanda, discussões de casos, configurando-se como

¹⁵ Nos grupos de que a pesquisadora participou os usuários reclamavam dos albergues desde a forma como dormiam até as condições de higiene.

¹⁶ No próximo tópico serão relatados os acontecimentos de janeiro de 2012

outro parceiro na luta para melhor efetivação do cuidado aos usuários de drogas – foi a chegada de um novo CAPS AD III em seu território. No entanto, apesar das atividades do serviço serem ainda incipientes ao término do trabalho de campo da presente pesquisa, o novo dispositivo demonstrou ter princípios diferentes daqueles do CAPS AD III Sé, a começar pela forma como são organizadas as reuniões de discussão de caso:

(...) a coordenação da equipe me pediu pra eu ficar numa modificação de caso; eu não fiquei à vontade porque a coordenação da equipe não participa das reuniões da equipe. Então eu falei: “Bom, eu tô abrindo mão de “tá” numa reunião com a minha equipe, que eu acho importante pra “tá” discutindo o nosso trabalho, pra discutir na casa do outro, né?, enquanto o coordenador deles está resolvendo outras coisas. Bom, eu também tenho muitas outras coisas” Mas assim, a prioridade assim, eu não vou deixar de discutir uma situação crítica que esteja acontecendo lá por que eu estou fazendo um relatório (...) bom, então a gente está esperando. A orientação que a gente tem um pouco é que a gente tem que esperar pra que eles se organizem pra gente discutir... (Alessandro).

Assim, os profissionais até aquele momento ainda não haviam conseguido fazer uma interlocução com o novo dispositivo.

4.2.3 Sobre a Sensação de Estar Sozinho...

Diante de todas as dificuldades expostas, alguns profissionais têm a sensação de estar sozinhos no cuidado ao usuário de droga, uma vez que a maioria das outras instituições e profissionais não os reconhecem como portadores do direito à saúde e de um cuidado digno e respeitoso.

Mas é isso, assim, né?, eu fico imaginando quem mais está se importando com essas pessoas, né? E não sei, acho que talvez de fato muita gente queira mesmo limpar a área, colocar no Centro um boulevard bonito e, aí, é isso assim, né? Eu fico pensando: “Será mesmo que nós estamos a serviço do quê, né?” Então, não sei, acho que um desafio então é: como é que a gente se mantém, como é que a gente pressiona pra fora no sentido de que a gente sozinho não vai fazer nada, só a saúde, né? E como é que a gente também sobrevive psiquicamente neste lugar que não... que daqui a pouco a gente vai se acostumando assim, né? Tá faltando cadeira, tá faltando não sei o quê...e daqui a pouco a gente... (Marina).

A indignação da profissional decorre das ações na Cracolândia e da falta de respaldo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo ao trabalho dos profissionais do CAPS, como relatado no trecho a seguir:

E a gente tá exposta a muitas coisas, como no final de semana. Na sexta-feira da semana passada finalmente a gente conseguiu o encaminhamento do paciente que veio aqui com uma arma de fogo, né? E ele tava numa UBS por duas semanas e aí na sexta agora a UBS tava

querendo dar alta e a gente conseguiu encaminhar ele pra uma internação mais prolongada e tal. Mas, assim, foi uma coisa que nem a própria Secretaria nos respaldou no início. De início, a resposta da Secretaria foi: chamem a polícia e o SAMU, né? E era um cara que já tinha vindo com uma faca nos ameaçar e ele continua aqui por perto... Então, assim, não era uma coisa se resolvesse o caso de polícia; naquele momento a gente não ia ter a menor segurança de que ele não voltasse aqui, né? Enfim... a resposta foi: “Ah, chamem a polícia”. Mas a gente sabe que a polícia... e o SAMU a gente já tem chamado, mas tem demorado... Tem uma serie de coisas que, bom... a gente ficou com medo que fosse um tiro no pé... depois o cara voltar pra cá ... (Marina).

No entanto, segundo a profissional, se chamassem a polícia esse usuário poderia voltar ao serviço e a equipe toda ficaria vulnerável. Ressaltamos que os profissionais não contam com o apoio de nenhum vigia ou segurança para os casos de maior “truculência” no serviço. Há apenas guardas patrimoniais, responsáveis pela proteção do patrimônio, não podendo reagir em casos como o relatado acima.

Apesar dessa falta de respaldo da Secretaria da Saúde, da dificuldade de articulação com outros setores, inclusive na área da saúde, os profissionais conseguem ser críticos. Contudo, pouco conseguem fazer, principalmente devido ao seu vínculo empregatício:

Outras coisas assim são as limitações que a gente tem, né?, que, sei lá, não posso criticar muito as coisas porque eu sou um trabalhador contratado por CLT; posso ser demitido a qualquer momento, dependendo das coisas que acontecerem aqui dentro, né? E é inegável que acontece perseguição de várias maneiras, né? Eu não tenho uma carreira que eu estou garantido que eu posso trabalhar com essa tranquilidade e de repente tocar aqui dentro também um papo com a militância, trazer um debate dos movimentos populares de saúde (Rodrigo).

Mesmo assim, na medida do possível, eles conseguem instigar os frequentadores do CAPS a serem mais críticos e reflexivos, chegando a usar recursos próprios na compra de jornal para os usuários, segundo relato durante uma conversa informal. Além disso, a gerência tem procurado a articulação com outras instituições e novas estratégias para o aprimoramento da rede, promovendo o matriciamento junto ao NASF, realizando reuniões, desde as maiores como as que já existem com toda a rede de assistência Centro-Oeste até as menores, para discutir as ações realizadas na Sé, com supervisão de Domiciano Siqueira¹⁷. Ao final da pesquisa de campo, Dartiu Xavier¹⁸ também havia iniciado um trabalho de supervisão com os profissionais.

¹⁷ Atua nas áreas de saúde, educação e justiça, junto às organizações governamentais, não governamentais e da iniciativa privada. Tem vivência em treinamento, elaboração de programas de prevenção, levantamento de necessidades e implantação de novos sistemas de prevenção à aids e ao uso indevido de drogas, bem como habilidade na implantação e coordenação de projetos de vanguarda que promovem a inserção, manutenção e avaliação de trabalhos, racionalizando custos e

Essas iniciativas nos mostram que, apesar de todas as dificuldades, o CAPS AD Sé conta com profissionais e gerentes comprometidos com o processo de cuidado, realizando pequenos gestos que contribuem para a formação de usuários críticos. Por fim, não podemos esquecer que esse dispositivo tem apenas dois anos de funcionamento.

4.3 PRECONCEITO E DESARTICULAÇÃO: A AÇÃO NA CRACOLÂNDIA E SEUS IMPACTOS NO CAPS

No dia 3 de janeiro de 2012, por ordem do governo do Estado de São Paulo e em parceria com órgãos públicos estaduais e municipais, foi deflagrada a “Operação Integrada Centro Legal” na Cracolândia, encravada entre os bairros Campos Elíseos e da Luz, no centro paulistano. Entre esses órgãos destaca-se a Secretaria de Segurança Pública, responsável pela chamada “Operação Sufoco”, cujo principal objetivo era reprimir o uso e o tráfico de drogas ilícitas na região. Para tanto, empregou fortemente a força policial e adotou a estratégia “**pela dor e pelo sofrimento**”, na qual os usuários que não fossem presos, vencidos pela dor e pelo sofrimento, abandonariam o local.

Os dispositivos de cuidado aos moradores de rua instalados na região não tinham conhecimento da operação. Segundo um profissional do CAPS AD Sé, na última semana de dezembro de 2011, o serviço recebeu uma ligação informando apenas que aconteceria uma ação na Cracolândia, mas não disseram qual nem como ela seria realizada. Tal fato nos mostra a falta de articulação entre os dispositivos de gestão e o CAPS AD:

... por um lado, assim... eu acho que alguma coisa precisava ser feita ali também, né? (...) Mas de uma forma mais articulada da polícia com os equipamentos de saúde, com os serviços de assistência social, né? Então acho que isso... (Elton).

Alguns profissionais entendiam que alguma coisa precisava ser feita na Cracolândia, mas o modo como a ação foi realizada acabou por desarticular o trabalho

otimizando programas já existentes. Tem forte atuação em programas de redução de danos. Disponível em: <http://domicianosiqueira.blogspot.com.br/>.

¹⁸ Doutorado em psiquiatria e psicologia médica pela Unifesp. Professor livre-docente na mesma instituição, consultor do Ministério da Saúde, professor-orientador do grupo Cochrane do Brasil e membro da American Psychiatry Association, entre outras associações, e pesquisador-colaborador da University of California (EUA). Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?metodo=apresentar&id=K4787797T9>.

desenvolvido no CAPS. Ao serem assim surpreendidos, naquele momento eles tiveram dificuldades em dar continuidade ao seu trabalho, ficaram sobrecarregados e, por isso, acabaram até mesmo passando por cima de suas próprias regras – por exemplo, solicitar internação como primeira alternativa de cuidado.

A principal dificuldade no trabalho de campo foi a impossibilidade de realizar oficinas, pois os usuários encontravam-se agitados e impedidos de se aglomerar em um mesmo lugar. Para evitar as abordagens policiais da “Operação Sufoco”, e eventuais prisões, os usuários passaram a se deslocar em grupos de uma rua para outra, de um bairro para outro, em um movimento constante que a mídia chamou de “romaria do crack”:

Dificultou bem nossa abordagem é; mais pelas estratégias que eles estavam usando nessa ação, vencer pela dor ou pelo cansaço... isso fazia com que os usuários ficassem irritadíssimos, cansadíssimos, lentos. Dificultou muito e isso sem contar que dispersou, né? Que a gente sabia mais ou menos onde estavam os usuários; a gente tinha nosso foco e com essa ação dispersou pela cidade toda, né? E a gente passou a andar nos guetos, porque foram se formando mini-cracolândias por todo perímetro e não foi fácil tá reconquistando isso... (Amanda).

Além disso, os profissionais relataram que passaram a se sentir inseguros na abordagem aos usuários, uma vez que alguns deles acreditavam que eles estavam envolvidos na ação da Cracolândia:

Os redutores de danos relataram que em todos os anos que estão na rua pela primeira vez se sentem inseguros. Relatam o caso de que estavam passando por um grupo e eles os olharam “atravessado”. Os redutores dizem se sentir ameaçados, pois parece que os usuários, que não têm muita aproximação com eles, parecem acreditar que quem levou os policiais para lá foram eles (DC 10).

Diante desse cenário, o vínculo com os usuários de rua ficou bastante abalado:

A gente vinha falando de vínculo, né? A gente teve um agravamento de um monte de vínculo que a gente tinha formado, já estabelecido... (ficou) muito abalado depois da operação... (Rodrigo).

A ação na Cracolândia afetou não apenas nas atividades do “CAPS AD Sé na Rua”, mas também o próprio dispositivo. O movimento em janeiro de 2012, mês normalmente bastante calmo, aumentou sensivelmente, porque, além das pessoas que buscavam internação, várias outras passaram a procurar o CAPS como forma de fugir da ação na Cracolândia. Os profissionais do CAPS que tentavam trabalhar com a internação

como última alternativa no cuidado foram convocados a fazer muitos encaminhamentos nesse sentido.

*Mas das coisas que eu vi, eu acho que atrapalharam sim; atrapalharam na questão do vínculo com a redução de danos. Eu fui outro dia na Cracolândia, esses dias (...) daí chegou a polícia. Tinha, assim, cadeirantes, grávidas. Daí eles levantam e vão indo... e a polícia atrás (...) é um “scooby-doo”: ficam circulando... aí é um absurdo isso, porque **na verdade parece mais uma coisa de atrapalhar, porque não tem sentido: não insere ninguém, não trata ninguém.** O que eu vi assim foi uma equipe muito, quando eu cheguei em fevereiro, **uma equipe muito estressada... a gente diminuiu a nossa qualidade de atendimento dos que já estavam aderidos ao tratamento, a gente teve uma diminuição das nossas (...)** E tinha uma coisa de as pessoas não sabiam mais o que iam fazer ou não, **nossas regras foram rompidas**, e então vinham pessoas pedindo a internação e tinha que fazer os pedidos, né? É que a gente sempre trabalhou com a ideia de que a internação é filtro, é só se o tratamento não funcionar (...) acho que atrapalhou sim e que de fato **a gente não viu resultado positivo** (Marina).*

Como pôde ser percebida na fala da Marina, a ação na Cracolândia, além de interferir na rotina do CAPS AD, também abalou os profissionais que estavam envolvidos no cuidado aos usuários, deixando a equipe bastante sensibilizada. Esse tema é retomado na entrevista de Amanda e é ilustrado com um trecho do diário de campo, registrado quando eu participava de uma reunião de supervisão.

(...) que mexeu muito também, sabe, com essa coisa de sentimento nosso sabe? Tanto trabalho que de um dia pro outro você fala assim: “O que que fizeram?” Sabe, a sensação de que te jogaram mesmo um balde de água gelada... (Amanda).

Em seguida, uma mulher (que depois vim saber que era uma enfermeira responsável pela supervisão) fala da intolerância a que esses usuários, pessoas que os profissionais que ali estavam cuidavam diariamente; o quanto essas pessoas estão em um meio intolerável, que não toleram o modo diferente de estilo de vida, a intolerância frente às suas escolhas. Então uma redutora de danos pergunta para a roda: “*E nós, qual a nossa tolerância?*” Diante dessa pergunta várias outras falas se seguiram, mas destaco a de uma profissional do CAPSi. Ao relatar que em meio a toda essa turbulência algumas coisas estão acontecendo, como, por exemplo a volta de crianças que há muito tempo não iam ao CAPS, a familiaridade dessas crianças com o CAPS e o quanto elas mostravam que se sentiam acolhidas, **a profissional começa a chorar**, colocando para fora seu sentimento – um sentimento paradoxal, no qual ao mesmo tempo que mostrava-se indignada com a repressão policial que acontecia na Cracolândia também se enternecia com crianças retornando ao CAPS.

A fala dessa profissional parecia demonstrar o sentimento de muitos profissionais ali; muitos falaram naquele dia, tentando mostrar um pouco da sua opinião a respeito disso, dos sentimentos que estavam tendo, dos casos que haviam escutado. Ao presenciar o choro dessa profissional, percebi o quão importante são essas supervisões, pois permitem que eles olhem para si e para as questões do cotidiano em um momento de trabalho, e que aliviam a carga que é trabalhar com a intolerância das pessoas. Intolerância da sociedade e, às vezes, com a própria intolerância (DC 10).

CAPÍTULO 5: AS MÚLTIPLAS FACES DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

O foco deste capítulo é a visão que os profissionais entrevistados têm do cuidado ao usuário de drogas e a forma pela qual ele pode ser efetivado dentro do dispositivo CAPS. Para tanto, continuamos a usar como base as entrevistas e os diários de campo.

5.1 O QUE É CUIDADO?

A maioria dos discursos apontou para uma **visão multifacetada do cuidado**, pela qual a saúde aparece apenas como uma das nuances a serem levadas em consideração. Os profissionais ressaltam a importância do acompanhamento psicológico, terapêutico e medicamentoso do CAPS, mas compreendem que a assistência social tem um papel de fundamental importância, devido principalmente ao fato de o público majoritário do dispositivo ser formado por pessoas em situação de rua, que por muitas vezes têm seus direitos e necessidades básicas negados.

Além do aspecto social, os profissionais ressaltaram a vulnerabilidade dos usuários frequentadores do CAPS, que frequentemente chegam ao serviço em processo de ruptura de relações familiares e até mesmo profissionais, apresentando não apenas perdas materiais, mas também afetivas e de autoestima. Isso torna o modo de vida desses usuários um tanto desorganizado e de difícil manuseio, exigindo dos profissionais do CAPS AD o desenvolvimento de um trabalho que abrange os cuidados com a saúde e a reorganização de sua vida.

Então a gente precisa cuidar delas nesse sentido mais amplo. Bom, como é que elas mantêm suas atividades, mantêm sua autonomia, mantêm sua sanidade? Acho que o cuidado é múltiplo, porque a gente também não vai fazer as coisas sozinhos, né? Se ela precisa de um teto, como é que a gente vai ver com a Secretaria de Assistência Social, com a Secretaria de Habitação, enfim... Mas acho que esse é... a gente mostra que essas pessoas precisam de cuidado como outras tantas, e conseguem extrapolar essa coisa da saúde. Acho que esse é um ganho importante (Marina).

Além disso, quando se fala em um **cuidado para além da saúde**, tenta-se abordar o cuidado de modo que não fique restrito à esfera biomédica, na qual muitas vezes se faz uso excessivo de medicamentos, especialmente psicofármacos, sem que haja maior reflexão sobre seu uso. Sob essa perspectiva, alguns profissionais questionam o quanto se

pode apenas estar substituindo uma droga por outra. Esse aspecto é problemático no que diz respeito às pessoas que estão em situação de rua. Nem todos os usuários que vivem nas ruas estão preparados para assumir sozinhos a responsabilidade de tomar o medicamento, o que resulta muitas vezes em ingestão abusiva, além do indicado, podendo fazer ainda mais mal.

O cara não tem nenhuma noção a respeito do que ele faz com o próprio corpo e continua uma lógica da adição... Então, eu fazia isso clandestinamente pra sociedade. Agora, eu faço com a prescrição médica (...) eu quero remédio, sempre tenho a ideia de que você tem que pôr alguma coisa dentro de mim (...) e ela que tem que dar conta de tornar a vida viável. É claro, a gente tem até uma farmácia aqui dentro do serviço (...) mas a gente procura também sempre manter uma certa preocupação a respeito disso, pra não fazer só uma simples substituição (Alessandro).

Sob essa perspectiva, alguns profissionais defendem a ideia do serviço funcionar 24 horas e, assim, poder oferecer auxílio medicamentoso ao usuário que se encontra impossibilitado de realizar o procedimento sozinho.

Alguns profissionais colocam que o **cuidado também é uma forma de se relacionar com o outro**, acreditando que a maneira como o outro se constitui e se cuida é também a partir de Outro.

*Cuidado ele tem, nossa ele tem várias vertentes, né? Mas eu acho que é um pouco isso, assim, ele tem muitas facetas, né? E na saúde mental a gente começa geralmente pelo pensamento, né?, pela fantasia, pelos desejos das pessoas, as vontades que estão atravessando com ela, as emoções. E como não é nada muito palpável, né? Nesse sentido, é tudo muito relacional. **Acho que cuidado na realidade é uma forma de você se relacionar com o outro**, assim, sabe?, uma esfera de contato de seres humanos mesmo, no sentido de preservar, no sentido de amar (Mário).*

*Outro dia eu estava com um paciente que era de outro lugar e largou tudo, tráfico, largou droga, e aqui ele fica patinando, mas não retoma a vida dele. E eu disse uma coisa pra ele e ele disse: “Ah não sei o que é que eu faço”. Aí eu disse pra ele: “A gente precisa entender que a gente é sozinho, não tem alguém que vai reconhecer e dizer ‘aí que bonito’”. Mas, assim, quando a gente tem uma família, a gente tem um trabalho, a gente tem referências, né? A gente tem uma coisa pra contar e acho que, assim, às vezes acho que as pessoas que estão na rua, longe da família, longe do trabalho, talvez a gente tem que fazer esse papel de: “Ô, vai lá e vem aqui me contar, eu quero que você fique bom.” Tem que fazer essa papel, tem que ter, né? **Porque eu acho que a gente se constitui humano a partir de um outro, de um desejo do outro, de um cuidado com o outro e que, assim, às vezes você procura e não tem mais assim, né? E isso é importante, é importante que a gente possa fazer isso aqui, só que isso também é muito desgastante, né? Recai, recai, recai, recai, e a gente precisa de fatos que orientem eles lá fora, né? Pra poder respirar assim...** (Marina).*

Dessa forma, é possível perceber que o cuidado vai além da divisão da vida em esferas social, psicológica, física. O cuidado é a forma que profissionais e usuários têm para se relacionar com o outro; é ter a referência do outro em sua vida e, ao mesmo tempo, respeitar e acolher esse outro com todas suas contradições e escolhas.

Pode ser tomado como exemplo um caso relatado por um profissional que, ao tentar convencer um usuário a ir para o albergue, ouviu: *“Você não tem ideia de como a rua vicia!”* Muitas vezes os profissionais estão tão preocupados em oferecer habitação, moradia, que se esquecem de perguntar qual o desejo do usuário. Isso nos mostra que cuidar é ir além do que é socialmente estabelecido e das normas de condutas; envolve entender a especificidade dos usuários de drogas e usuários de drogas em situação de rua. Como disse uma profissional, a sensação é que nós não conhecemos quem são essas pessoas, o que elas querem, como querem. E, por isso, não podemos oferecer um tipo de cuidado que seja adequado a essas pessoas.

5.1.1 O CAPS e o Cuidado Multifacetado

Para performar esse cuidado multifacetado, que ao mesmo tempo precisa dar conta da saúde e estabelecer outra relação do usuário com sua própria vida, os profissionais do CAPS usam as estratégias que estão ao seu alcance: as oficinas. Nelas o trabalho torna-se riquíssimo, pois conseguem tratar não apenas questões individuais como também daquelas que afligem a maioria dos usuários – como o uso do dinheiro em seu cotidiano.

Um exemplo é a oficina de culinária, que tem como objetivo proporcionar aos usuários um ambiente acolhedor, semelhante à cozinha de suas casas. Houve grande aderência a essa iniciativa por que, como o CAPS lida com um grande contingente de pessoas em situação de rua, muitas não têm chance de cozinhar e/ou de escolher o que querem comer, algo que é viabilizado na oficina de culinária. Preparando receitas que contam também as suas histórias, os usuários permanecem no dispositivo:

(...) toda receita feita tem história... “Ah, aprendi a fazer esse molho branco do macarrão quando morei com uma moça que era minha namorada e aí eu queria agradecer ela, não tinha molho vermelho eu entrei na internet e tinha o molho branco. Aí aprendi a fazer o molho branco; aí a gente divide com as pessoas.” A ideia é um pouco essa, de ir dividindo; a gente vai conversando, divide. Agora a gente está num outro processo, né?, que a gente já tira o cardápio do mês e dentro daquele mês a gente tem essas receitas que são lembranças, né?, que fazem parte da história, né? E outras receitas virando geração de renda, que a gente participa do movimento de saúde mental e da ação solidária... (Mário).

Hoje, a oficina de culinária está em outra fase, tentando dar conta de uma dificuldade que é muito comum entre os usuários de substâncias psicoativas: o manuseio do dinheiro.

Tem uma feira que acontece que tá um processo bem bacana... os desafios estão sendo maiores, porque ele [o usuário] tem muita dificuldade de lidar com o dinheiro e aí é muito, assim: dinheiro pingou na mão da maioria é um gatilho, né? E aí o que a gente tem feito é um cuidado sobre isso, com conversas mais elaboradas sobre essa questão do dinheiro especificamente (...) A gente faz retirada, né? Aí depois dessa retirada, alguns têm um lapso ou uma recaída, aí voltam... eles conseguem dizer mais expressamente as coisas ... eles fazem como se tivessem compactuando ... sabe, de dizer: “Ah, eu recaí, ah eu uso assim, assim, assim”?; de dizer: “Tal dia usei tanto, aí fiquei lembrando disso.” Tá sendo muito interessante (Mário).

Esse é um ponto importante, pois, à medida que as recaídas acontecem e os usuários conseguem falar sobre o assunto nos grupos ao invés de fugir do CAPS. Nesse sentido, se transforma efetivamente em um grupo de apoio, sem julgamentos, com liberdade e segurança discutir essa constante recaída. Além disso, o grupo pode discutir a tensão entre o contato com o dinheiro e as recaídas.

5.2 O PROFISSIONAL TAMBÉM PRECISA SER CUIDADO

A questão de o profissional ter cuidado com o seu próprio desejo, assim como com o desejo do usuário, foi tema recorrente nas entrevistas. Os entrevistados nesta pesquisa acreditam que é necessário se distanciar um pouco dos casos dos usuários, chegando mesmo ao que alguns qualificaram como “embrutecimento” ao lidar com o cotidiano do seu trabalho.

(...) pra mim, toda vez que eu venho pra cá eu pego o metrô e o trem e tal. Vou meio que me enrijecendo também, né?, por que aqui eu preciso ser um pouco mais duro assim, né? Eu não posso ser muito [frágil com os usuários], porque se não você não consegue estipular o limite, né? Eles te dobram muito fácil. Então, você tem que tá um pouco mais, um mais um é dois, entendeu? (...) (Mário).

Além disso, em muitas outras falas, os profissionais mostraram quanto de carga emocional carregam em seu trabalho cotidiano.

(...) uma discursão que eu venho fazendo aqui é que a gente de fato podia ter fácil acesso a férias, 15 dias, 20 dias... e a gente ver o sofrimento das pessoas chorando aqui... semana passada eu tive uma crise de choro porque eu estava super sobrecarregada e pediram pra eu ver um paciente que não era meu e tal, e o paciente se atravessou... e, enfim, eu tava tão sobrecarregada que estava correndo o risco de ofender, o que nunca aconteceu antes. Porque, Bruna, o sistema vai te engolindo, te deixando sozinha de uma forma que você acaba se tornando frágil e, aí, eu tava chorando demais, enfim... mas eu “to” disposta a lutar mais um pouco (Marina).

(...) Quantas vezes bate a sensação de que eu não faço nada... né? (Amanda).

(...) com eles aqui não tem muito isso, mas é um serviço assim... que te deixa um pouco pilhado, por mais brando, assim, mexe muito (Mário).

Nessas falas percebe-se a fragilidade emocional em que se encontravam alguns trabalhadores que se colocam nesse lugar de cuidador. E, no entanto, eles têm pouco espaço para expor e discutir suas angústias profissionais.

CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos este estudo para tentar compreender as noções de cuidado que dão sustento às práticas profissionais na atenção a usuários de drogas. Tomando como base o estudo de Jonh Law (2003), observamos o cotidiano do CAPS AD Sé, que foi explorado no Capítulo 3. Por compreender que o cuidado pode ser performado de várias maneiras, e que os fatores não humanos também influenciam na oferta do cuidado, percebemos que a estrutura física do dispositivo não corresponde ao lugar acolhedor que deveria ser. Paradoxalmente, apresenta-se semelhante a um ambulatório, justamente quando estamos tentando fugir, na saúde mental, da lógica manicomial e biomédica.

No que diz respeito aos fatores humanos, percebemos que a relação profissional-usuário é, em geral, amistosa e colaborativa, mas em determinados momentos o limite tanto de um quanto de outro seja permeada por conflitos e tensões, conforme demonstrado nos relatos dos diários de campo. No entanto, percebemos que os profissionais do CAPS AD são ainda os que mais se esforçam no processo de cuidado ao usuário, promovendo pequenas ações de com foco no acolhimento preconizado pela norma legal. Entre elas, destacamos o esforço das agentes de saúde que ultrapassam seu horário de trabalho para levar o usuário até a TENDA; dos profissionais que inserem os usuários nas discussões dos problemas cotidianos do CAPS nas assembleias, ou quando vão às ruas e estabelecem vínculos com os usuários por meio da arte, da vontade, do acolhimento.

Acreditamos que por meio dessas pequenas ações é possível romper com a lógica muitas vezes paternalista do CAPS e propor aos usuários reflexões críticas, formando sujeitos de direitos e proporcionando a eles, efetivamente, um acolhimento.

Além disso, também têm sido importantes as práticas acolhedoras dos profissionais, como a da redutora de danos que utiliza a música para se aproximar dos frequentadores da Cracolândia. Esse é outro exemplo de como o cuidado ao usuário de drogas pode ir além dos procedimentos técnicos. É nesse sentido que Ricardo Ayres (2004) propõe que o cuidado seja trabalhado como categoria reconstrutiva, fundamentada na trajetória reflexiva que acredita na potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais (tecnociência médica) e a vida, a que ele chama de cuidado.

Para tanto, é necessário que os profissionais e todos os atores envolvidos no processo fujam da obcecada busca pelo “objeto de intervenção”, em que a necessidade de

usar os saberes técnicos se sobrepõe à escuta daquele paciente, fazendo com que o profissional não perceba as trocas mais amplas que ali se realizam.

O espaço privilegiado do cuidado passa a ser o que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónesis*, ou sabedoria prática. Trata-se de um saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante de objetos criados no e para o seu mundo. Para Ayres (2004), ao considerar esse saber no momento da assistência o profissional deixa de assumir a saúde e a doença apenas como objeto. E a ação assistencial se reveste efetivamente em cuidado, tal qual conseguimos observar na estratégia redutora de danos.

Nesse sentido, percebemos que, a partir da ação da redutora de danos, o trabalho da profissional da CAPS não se mecanizou. Ela descobre dia a dia novas formas de aproximação, novas estratégias para que o usuário consiga ser escutado. E é nesse cuidado que ela proporciona um encontro entre duas pessoas, formando vínculos e responsabilizações mútuas. Por meio desse cuidado tem sido inserido nas ciências da saúde, particularmente na saúde coletiva, uma perspectiva política centrada na integralidade (PEDROSA, 2006).

Em nosso estudo observamos também que o cuidado passa por pontos importantes para sua efetivação. Um deles é a visão que se tem do usuário de drogas. Percebemos que o usuário de substâncias psicoativas é performado pelos repertórios históricos e pelas redes heterogêneas na qual está inserido. Os repertórios de tempo longo, que o associam à criminalidade e à periculosidade, transformando-o em uma pessoa sem direito ao atendimento em saúde, ainda se refletem nas práticas e na visão dos profissionais de outros serviços de saúde ligados ao CAPS, que muitas vezes se recusam a atender os usuários quando eles os procuram.

No estudo também percebemos que a noção de cuidado dos profissionais participantes da pesquisa está em consonância com a Política Nacional de Humanização, eixo importante na efetivação do cuidado nos serviços de saúde. Regina Benevides e Eduardo Passos (2005) destacam que é possível qualificar as práticas de saúde por meio de uma atenção integral, com responsabilização e vínculo, garantindo o acesso na perspectiva do acolhimento. Essa abordagem, ao mesmo tempo, significa uma valorização dos trabalhadores e usuários, pontos discutidos nas observações e nas entrevistas.

A PNH também propõe que humanizar a assistência é oferecer um serviço de excelência, articulando os avanços técnicos e científicos com o acolhimento, a melhoria

do ambiente e das condições de trabalhos dos profissionais (BRASIL, 2004). Nesse contexto, além de ser um programa pontual, é importante salientar que a humanização das práticas de saúde tem como prerrogativa uma política transversal que opere em toda a rede SUS:

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004c).

Essa política tem entre seus principais eixos a mudança na atenção aos usuários e na gestão do trabalho dos profissionais. Para que isso ocorra, é estimulada a corresponsabilidade dos diferentes atores que compõem o SUS na produção de saúde, além da formação de vínculo com os usuários e sua efetiva participação como ator do sistema de saúde, por meio do controle social. Garantir melhores condições de trabalho também é essencial para que os profissionais de saúde possam executar sua atividade de modo digno e como cogestores do processo.

No entanto, apesar de já terem se passado anos desde a implementação da PNH, ainda hoje ela enfrenta desafios para a sua efetivação. Exemplo disso são os relatos apresentados ao longo desta pesquisa, nos quais observamos que o discurso do cuidado ao usuário de drogas, embora tenha se modificado os profissionais que autam sob a égide dos preceitos da PNH, pudemos observar que a realidade ainda é bem diferente da prática discursiva. Enquanto prega-se uma transversalidade da noção de integralidade, no cotidiano do CAPS é evidente as dificuldades crescentes para fazer simples atendimentos/procedimentos de forma integrada.

Os profissionais do dispositivo apontam para um caminho que vislumbra o cuidado como múltiplo e relacional, admitindo outras esferas além da saúde e da assistência social. Apontam para um cuidado preocupado com a pessoa e com a reconstrução dos vínculos perdidos, como quando enfatizam a necessidade dos albergues permitirem aos usuários manter próximos de si pequenos vínculos: o amigo ou o cachorro, por exemplo.

Com isso, percebemos que os profissionais estão atentos para o cuidado ir além do instituído e das bem intencionadas políticas de saúde, como nos aponta Mary Jane Spink (2010). Nessa perspectiva, o cuidado passa a ser ressignificado, deixando de ser visto simplesmente como um ato unidirecional de “cuidar do outro”, para reforçar a ideia de cuidado como espaço de reflexão.

É importante que entendamos que o cuidado refere-se à noção de direito, pois essas pessoas possuem o direito de serem atendidas de maneira digna e de terem respeitada sua opção, mesmo que diferente da norma, com vistas à autonomia.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. de C. M.. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. vol.8, n.14, pp. 73-92, 2004.

BENEVIDES R., PASSOS E. A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 10, n.3, pp. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, 2004(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: 2004(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo de Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: 2004 (c).

BRASIL. *Lei nº 10.409, de 11 de Janeiro de 2002*. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília DF. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10409.htm> Acesso em: 04 de Novembro de 2011.

BRASIL. *Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf> Acesso em: 20 de Novembro de 2011.

BRASIL. *Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004*. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm> Acesso em: 20 de Novembro de 2011.

BRASIL. *Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009*. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações

e metas. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
 Acesso em: 04 de Novembro de 2011.

BRASIL. *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 Gestor, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em: 04 de Novembro de 2011.

BRASIL. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 12 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. *Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012*. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Acesso em: 12 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. *Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html Acesso em: 12 de Fevereiro de 2012.

BRASIL. *Portaria nº 131, de 26 de Janeiro de 2012*. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/portarias-e-decretos/portaria-no131-de-2012/view> Acesso em: 12 de Fevereiro de 2012.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL. CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. Resolução n. 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005.. Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>. Acesso em: 20 de Abril de 2012.

CAMPOS, G. W de S.. (et al). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC. RJ, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Álcool e outras drogas. Inspeção expõe abusos e questiona Políticas*. *Jornal Psi*. vol. 1. n. 171, pp. 4- 5, 2012.

DELGADO, P. G. G.. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Ed Te Corá, 1991.

DIAS, R. M.. *Do asilo ao CAPS AD: lutas na saúde, biopoder e redução de danos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Niterói, 2008.

ESCOHOTADO, A.. *História elementar das drogas*. Madrid: Ed. Antígona, 1992;
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÊNCIO (org). *Sistema Único de Saúde: Reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira*. Série Trabalho e formação em Saúde, 2008.

FONTINELE, J. K.. *Programa Saúde da Família (PSF) comentado*. Goiânia: AB, 2003.

GEERZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro,: Jorge Zahar, 1978

LAW, J.. Notas sobre a teoria do ator-rede: ordenamento, estratégia, e heterogeneidade. Tradução por Fernando Manso. 1992. Disponível em: <http://www.necso.ufrj.br>. Acesso em: 17 de Fevereiro, 2011.

LAW, J.. Making a mess with method. In: *After Method*. 17a ed., 2003.

MARLATT, G. A. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MÉLLO, R. P.; SILVA, A., LIMA, M. L. C.; DI PAOLO, A. F. Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa. *Psicologia & Sociedade*; vol. 19, n. 3, p. 26-32, 2007.

NEVES, V. F. A. *Pesquisa-ação e Etnografia: Caminhos Cruzados*. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 1, São João del-Rei, jun. 2006.

OLINGER, M. *Drogas – questões e perspectivas: Brasil e a Política Nacional sobre drogas*, [2009]. Disponível em:

www.comunidadessegura.org/files/active/0/Boletim_2_Final.pdf Acesso em 12 de Novembro de 2011.

PEDROSA C. H. *Cuidar? Sim; Olhar de gênero? Não*. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

PINHEIRO, O. 2004. Entrevista como prática Discursiva. In: SPINK, M. J. (org). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2004, p. 183-215.

PINTO N.R. S, TANAKA, O. Y., SPEDO S. M. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 4, p. 927-938, 2009

SÃO PAULO (ESTADO). *Lei complementar nº 846, de 04 de junho de 1998*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, SP 18 de Junho de 1998. Disponível em:

<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004.06.1998.htm> Acesso em: 04 de Novembro de 2011;

SPINK, M. J.. Pesquisando no Cotidiano: Recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*, vol. 19, n. 1, p. 7-14, 2007

SPINK, M. J.. (org). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J., FREZZA, R. M.. Práticas Discursivas e produção de sentidos: A perspectiva da Psicologia Social. In SPINK, Mary Jane (org). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2004, p.17-40.

SPINK M. J., MEDRADO B., Produção de Sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. In SPINK, Mary Jane (org). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2004, p. 41-62.

SPINK M. J. LIMA H., Rigor e Visibilidade: a explicação dos passos da interpretação. In SPINK, Mary Jane (org). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2004, p. 93-122.

SPINK M. J., MENEGON V. M., A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In SPINK, Mary Jane (org). *Práticas discursivas e produção de*

sentido no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

SPINK M. J. Comunicação sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. (orgs). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2010, p. 217-230.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em Psicologia Social: Uma perspectiva pós construcionista. *Psicologia & Sociedade*, vol. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.

SPINK, P. K. Los psicólogos y las políticas públicas em America Latina: El big Mac y los caballos de troia. *Psicoperspectivas. CL Individuo y sociedade*, vol. 8, n. 2, p. 12-33, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

APÊNDICES: MAPAS DIALÓGICOS DAS ENTREVISTAS

APÊNDICE 1.1.: Mapa dialógico do profissional Alessandro

Trajetória profissional e relação com o trabalho Informações para a apresentação dos entrevistados	Quem é o usuário de álcool e drogas?	Como seria cuidar deles?	Dificuldades quanto aos serviços de saúde	A ação na cracolândia e os impactos no CAPS
<p>Eu comecei a trabalhar em 86, eu estava no último ano de faculdade, fazendo Educação Física, eu sou educador físico de formação. Aí apareceu à noite na faculdade um grupo de profissionais que tinha trabalhado na Comunidade Terapêutica FANCI, que foi fundada pelo Direto nos anos 80 e eles estavam montando um projeto aqui ao lado, nesse casarão que tem aqui ao lado(...) com uma proposta de escolarização não formal, que era tentar instrumentalizar a questão da alfabetização dos conteúdos mínimos e necessários de inserção social de um jeito não tradicional, considerando que a maior parte dessa garotada já tinha passado por escolas e sido expulsos das escolas, saído das escolas e inclusive saiu de casa, e por estar em situação de rua muitos deles usavam o solvente, os inalantes, tomavam alguns</p>				

remédios, faziam o uso abusivo de algumas substâncias. (...) Eu ainda não era formado, eu entrei como professor de apoio, que a forma de contratação pelo Estado na Secretaria de Educação era de professor(a) (...) Bom, esse foi meu contato com esse universo, aí veio meu interesse pela psicanálise e pela questão de álcool e drogas. Aí eu fui posteriormente fazer um estudo sobre o que é psicanálise... aí cursei a Psicologia durante três anos, aí fiquei sabendo que as outras profissões poderiam fazer o curso, deixei a psicologia e fui fazer SEDES aí fiz especialização em grupo operativo, depois que fiz especialização em psicanálise, (...) fui fazer especialização em fármaco dependência pelo PROADE da Unifesp (Programa de Orientação e atendimento ao dependente) e quando eu cheguei aqui em 2010 né aqui no CAPS eu tava terminando meu mestrado com o tema “Adolescente e droga” que era um pouco assim de meu percurso, na educação na assistência e na saúde, então esse foi um pouco o percurso aí de chegar no tema aqui.

			<p>...até ao invés de equipe 1, equipe 2, equipe 3 e equipe 4, ficou equipe 1 e 2 juntos. E equipe 3 e 4 juntos, então ficou equipe 12 e equipe 34, que vamos discutir casos das demandas de matriciamento e territórios que vamos trazer os outros serviços de assistências que tem na região, outros serviços de organizações governamentais e pensar um pouco de trabalhar o cuidado em rede né? Isso é uma das premissas de CAPS. O CAPS não tem a pretensão de ser um serviço de resolutividade isolado né? Ele tem que trabalhar na rede, tem que trabalhar numa lógica de articular o território, a ideia do cuidado mental e o cuidado mental dentro de uma lógica de território.</p>	
			<p>não dá pra ter uma idade limite dizer até 15 fica aqui, ou até 16, o que a gente faz é a poli em conjunto, os técnicos daqui chamam os de lá ou os de lá chamam os daqui e a gente pensa junto qual é o melhor lugar pra ele, se é circular em oficinas ou participar de um grupo, qual é o melhor lugar pra vamos dizer, fixar um pouco</p>	

		<p>mais. Mas aí os adolescentes acabam circulando muito entre os dois prédios e acabam... muitas vezes adotando dentro da outra equipe referências adotivas, então tem coisas que a gente não escolhe, quem escolhe são eles.</p> <p>Pesquisadora: Mas tem alguma reunião institucionalizada pra essa conversa?</p> <p>Alessandro: Tem... Tem inúmeras reuniões. Algumas têm uma efetividade maior e outras nem tanto, mas existem assim: da supervisão técnica da saúde da Sé né? Então tem uma reunião mensal com gerente de todos os serviços UBS, Ambulatório, AMA, todos os centros de referências.(...)</p> <p>então essa é um tipo de lugar de encontro, a gente pode pensar assim, mas as falas são bastantes genéricas, falta a atenção básica, a questão da Sífilis, a questão da vacinação... Aí tem uma reunião mensal também pela interlocutora, que é uma assessora da supervisora da Sé, que é uma reunião de saúde mental que acontece na terceira quinta-feira do mês e aí vem alguns gerentes e alguns técnicos de serviços né da atenção básica, do território pra</p>	
--	--	---	--

			<p>discutir questões de saúde mental. Vamos dizer que essa é a agenda da rede mais institucionalizada né o que vem verticalmente. Aí tem algumas reuniões temáticas que às vezes também se precisa que venha por essa via vertical, mais aí também tem as que a gente vai construindo, então a gente tem reunião nas terças feiras de manhã com serviços que atuam na rua, né? Especificamente com algumas ações com usuários na rua, que participa NASF, PSF, a nossa equipe de CAPS na rua que são redutores, psicólogos e assistente social e da nossa equipe que acompanha nosso trabalho na rua, isso acontece toda terça e tem a participação de Domiciano Siqueira,</p> <p>(...) A gente tem reunião de matriciamento com os NASFs, né, que a gente agora tá procurando fazer uma coisa de um ponto de partida assim, por que a gente foi discutindo o caso mas a gente sente que a gente precisa investir um pouco no cuidado da questão específica nossa de álcool e droga no sentido de potencializar o recurso do PSF né, por que se não, vai ficar</p>
--	--	--	--

			<p>numa lógica de que todo o uso nocivo ou dependência de álcool e droga precisa ir pro CAPS, você começa de novo não recorrer à rede que é a atenção básica, o PSF, então a gente montou um programa, que a gente não chama de capacitação, chama de matriciamento</p>	
			<p>A ideia é a gente dá pelo menos um ponto de partida, aí depois vai discutir por que como é que você vai discutir manejo com usuário de álcool, usuário de álcool, dependente de álcool se a gente fica partindo de uma ideia meio senso comum, “<i>Há, eu acho que... já eu acho que se ele bebe, ele tem que está no CAPS.</i>” “<i>Já eu acho que tem que internar.</i>” Então na hora que você tá no calor do caso você diz: olha internação nem sempre né? O melhor, às vezes é um possibilidade até prevista em lei, mas não é uma coisa linear e aí a pessoa fica melindrada às vezes parecendo que você não quer cuidar ou não quer atender o pedido dela.</p>	
			<p>...por que nem todo paciente que faz uso de álcool precisa tá aqui dentro do CAPS fazendo tratamento né, por que há uma certa tendência</p>	

			<p>de achar que se eu tenho serviço especializado no meu território então álcool e droga não é com a gente, mental não é com a gente, então manda tudo pro CAPS, então a gente tá fazendo um movimento que é de potencializar o cuidado na rede né, então aí tem um cronograma desses encontros mas não é uma coisa, a gente não tem nenhuma ascendência, não tem uma questão hierárquica</p>	
			<p>Agora aqui na região abriu o complexo né(...) tem coisas que são interessantes de você poder ter no mesmo terreno né, como se fosse um grande quarteirão onde tem esses serviços dispostos lá. Então AMA e CAPS que eu acho que é um desafio o que significa esse tipo de serviço, por que CAPS você trabalha numa lógica de processo, AMA é pronto atendimento, atendimento médico ambulatorial, é pronto atendimento ele separa emergência de urgência, (...) A recepção dos dois serviços é uma só, é um prédio só, então a recepção do AMA CAPS é uma só e a gerencia dos dois é uma só. Então isso vai trazer alguns desafios que é...como é que</p>	

			<p>você olha pra o processo e olha pra o pronto atendimento.</p>	
			<p>(...)Então, a supervisão aqui da prefeitura é a mesma, os parceiros são diferentes, eu já fui participar de uma reunião de uma equipe lá, pra falar de como é que a gente trabalha, mas a coordenação da equipe me pediu pra eu ficar numa modificação de caso, eu não fiquei a vontade por que a coordenação da equipe não participa das reuniões da equipe. Então eu falei: bom, eu tô abrindo mão de tá numa reunião com a minha equipe que eu acho importante pra tá discutindo o nosso trabalho, pra discutir na casa do outro né, do outro parceiro, do outro...quando o coordenador deles está resolvendo outras coisas, bom eu também tenho muitas outras coisas, então é o seguinte se eu não faço durante o dia por que eu priorizo tá com a equipe dos usuários ou em algum momento eu me fecho na sala pra fazer ou eu faço a noite, acabo levando pra casa por que tem que sair , mas assim a prioridade assim eu não vou deixar de discutir uma situação crítica que esteja</p>	

			<p>acontecendo lá por que eu estou fazendo um relatório, então não existe relatório sem o trabalho, . É um jeito de ter uma concepção de coordenação de projetos de equipes, existem outros modos? Existem né, mas assim eu não acredito muito em gestão que fica fechado dentro da sala enquanto o serviço fica correndo lá fora e você só tem contato na hora de reunião, bom, então a gente está esperando, a orientação que a gente tem um pouco á que a gente tem que esperar pra que eles se organizem e pra gente discutir(...)</p>	
			<p>Olha a gente usa muito o AMA, que nem sempre é muito tranquila a relação, por que a AMA tem um olhar de urgência e de emergência e nem sempre...vamos dizer assim a gente trabalha com um tipo de população que de modo geral ela é portadora e mobilizadora de todos os preconceitos em situação de uso, usuário de álcool, usuário de droga, muitos cometem furtos, praticas ilícitas pra conseguir se manter nesse tipo de funcionamento entendeu? Então, você vai pra um pronto atendimento com um paciente(...) uma urgência,</p>	

			<p>chega lá você é visto como você fica passando a mão na cabeça de bebum né, e eu tenho aqui criança com problema respiratório, eu estou aqui com um senhor que é hipertenso então é...a gente tem que fazer uma certa tensão entre esse olhar meio moralizante né? que não reconhece a saúde como direito de todos e não nos cabe julgar o por que que aquela pessoa está com aquele agravo, se não a gente vai começar a discutir por mérito, a esse merece e o outro não merece, direito não é mérito né, direito é uma questão constitucional, então a gente as vezes tem que fazer um pouco essa tensão de mostrar que pra além dos motivos que agrava a condição de saúde da pessoa, ali tem um sujeito como qualquer outro e que tem o seu direito e enfim, que também precisa de cuidados, e as vezes precisa até de mais cuidados que ele vem as vezes de uma situação mais agravada então a gente se relaciona assim com o AMA, se relaciona com a UBS que é aqui em baixo mas com outras UBS também</p>	
			<p>E aí a gente vai articulando com o serviço, e aí vão entrando</p>	

			<p>várias outras unidades, vem pacientes de outras UBS, então você acaba tendo redes com varias desses... temos com a defensoria pública lá na região da cracolândia de ligar pra gente e a gente ir lá buscar paciente que foi pedir ajuda e queria se tratar enfim, às vezes pedem pra gente ir fazer uma conversa, pedem palestra, mas a gente não acredita muito em palestra mas aí a gente fala: bom se é um oportunidade da gente ir lá e falar um pouquinho de como é que funciona...um jeito de entrar, então a gente acaba fazendo isso pra outros parceiros até que nem é na região central mas é vizinho e atende quase que a mesma população que circula aqui no centro, a gente vai lá, faz um matriciamento em conjunto, então esse é um pouco do investimento na rede com o serviço se assistente social(...)</p>	
				<p>(...) Primeiro foi que já nas estatísticas, pelo menos nas anteriores né no mês de baixa se coincide com o verão, muitos usuários...desde a época que eu trabalhava com os meninos de rua que...eles vão pra praia, eles também vão pra praia, vão pra santos...</p>

				<p>e esse janeiro por conta da intervenção a gente chegou ao recorde de ter 345 acolhimentos no mês né, e aí 345 acolhimentos significa você ouvir o sujeito, saber de sua história, do seu sofrimento, pensar em construir um projeto de trabalho, isso já com os usuários que vinham normalmente, então isso aqui virou um pronto atendimento na porta. Muitos vinham por que de fato queriam aproveitar a possibilidade de se cuidar e se tratar mas outros vinham pra cá por que na rua estava perigoso, então me interna, se não dá pra ficar na rua me interna, outros 100 era aqui das ruas de centro mas que vinham e diziam: Ah mas eu estava na cracolândia, eu quero ser internado,</p>
				<p>A maior parte a gente montou projetos ambulatoriais de seguimento, projeto de CAPS, intensivo, semi- intensivo ou não intensivo e a gente tem também um pico de internações no período né(...) foi o nosso maior volume de internações né por que a principio é uma possibilidade mas não é a única, a única via né? Que nem alguém ta gripado</p>

				<p>já bota numa UTI né, não faz sentido isso, até por que mesmo algumas modalidades de cuidado dentro de...das comunidades terapêuticas que tem vaga conveniada com o município, a gente questiona um pouco essa...esse caso, alguns pacientes até referem esses lugares que eles passaram e que foram muito bem cuidados e que foi muito importante na historia deles. Outros falam de abusos, de uso de forças de maus tratos, tentativa de doutrinar de tentar converter à força, em alguns mesmo, de violação de direito que a gente chegou a denunciar e a gente tirou todo mundo de lá, foi em 2010, final de 2010, aí foi denunciado no Ministério Público(...)e mais recentemente teve uma em outra comunidade que a denuncia não foi nossa mas parece que chegou a ter não um óbito lá mas que chegou a ir pro hospital e foi a óbito. Queimadura eu acho, tinha um certo quartinho de castigo lá trancado que eu não sei se era uma solitária ou não mas que colocaram fogo no colchão e me parece que duas pessoas chegaram a morrer e aí quando</p>
--	--	--	--	---

				a prefeitura teve conhecimento foi lá e nós participamos na retirada de todos os pacientes,
		<p>Bom, tem uma questão que eu acho que tem a ver com gestão, eu acho que uma coisa de gestão né, por que a gente fala em fazer projeto terapêutico singular nos usuários, significa você sustentar a angústia de cada escuta e não montar um procedimento padrão igual pra todo mundo e pôr numa forma onde todo mundo tem que se encaixar, isso você aposta em uma coisa que vai além do conhecimento teórico tem que haver um pouco de experiência, não é por tempo né? (...)</p> <p>significa a gente renunciar a algumas certezas né que baseassem na nossa experiência mas poder sempre duvidar de que a gente já sabe ou a gente sabe o que é melhor, a gente sabe o que tem que fazer, a gente tem que ouvir cada caso como se fosse um novo caso e o que que ele está dizendo pra gente, então tem que sustentar uma angústia, que é assumir ou correr alguns riscos dessa escuta singular.</p>		
		<p>Mas você tem que criar um lugar de escuta da singularidade</p>		

		<p>do que compõe essa equipe... então você trabalha tudo no individual? Não, é que a potência tá no coletivo, então a gente tem assistências gerais, assistências de média equipe, mas também tem que ter um lugar de média escuta, ir ao lugar de escuta e começar a trabalhar na, também no acompanhamento na singularidade de cada técnico, (...) saber que ali, olha uma vulnerabilidade desse técnico, não dá pra deixá-lo sozinho nessa situação e entrar o outro... Agora, isso dá trabalho, por que isso significa puxar uma responsabilidade maior. Falar disso é um pouco assim ó: <i>“eu entendo que não é possível fazer, os tais atos de cuidado dos nosso usuários, né pra que a atenção seja singular, se a equipe não tiver um lugar onde ela seja considerada”</i> (...) acho que, os espaços coletivos dá um jeito de cuidar do cuidador, um lugar onde a palavra circule, onde todo mundo tem direito a falar, esse é um jeito de... Não é, á vamos trazer um bolo para os funcionários do mês né, mas é essa coisa de que a garantia da palavra né, as pessoas são cobradas inclusive na avaliação</p>	
--	--	--	--

		individual que participe mais das reuniões né, que às vezes as pessoas falam: <i>Ah, mais eu sou tímido...</i>		
	<p>Então vamos dizer que tem vários tipos de personalidades que circulam e vão estabelecendo relações muito diferentes com o álcool e com a droga...</p> <p>Além disso, a gente tem aqui é... sempre também uma coisa que a gente considera assim, a questão do contexto, do jeito para com os familiares, a história de vida, quais são as condições onde se dão esse uso né... e a gente lida com uma população aqui muito vulnerabilizada, significa de quem está na rua já há muitos anos ou quem está há tantos assim num processo de rupturas nas relações e nos modos de organização de vida foram muito acelerados...</p> <p>Então, usuário de substância não existe um único (...) o usuário de droga né ... pessoas diferentes que vão estabelecer uma relação com um tipo de substância e que você tem várias formas de se relacionar com elas...</p>			
		(...) olhando só por uma lado fica a moral, que é o lado dos discursos do guerra às drogas,		

		<p>por um mundo sem drogas, (...) então é, meio puritano em relação ao uso das substâncias, a gente também procura fazer uma certa crítica a questão da prescrição abusiva dos psicofármacos né, por que aí, bom, o cara vinha com o problema do uso abusivo de maconha e álcool e de repente ele fica tomando <i>trocentos</i> remédios outros, que corta um pouco o sentido por que também é uma droga, mas é uma droga controlada(...) continua sendo um vício né? Então eu não fico sem diasepan, eu não fico sem não sei o que, eu não fico sem... eu quero remédio, eu quero remédio... sempre tem a ideia de que você tem que pôr alguma coisa dentro de mim e que eu não preciso saber dela e ela que tem que dar conta de tornar a vida viável, é claro...</p>	
		<p>então eu digo, nosso trabalho é, é tratar da questão da droga e entender essa questão psíquica de funcionamento onde a gente tem que ajudar esse sujeito a construir diques né, pequenas barragens de suportar coisas (...) então eu tenho que suportar, suportar que talvez o meu projeto do final do ano não dê</p>	

		<p>certo né, suportar que há uma expectativa de um relacionamento que talvez não dê certo, quando não fica tudo ou nada...</p>		
		<p>Então, é o conjunto de variáveis, primeiro que é, a nossa população como está em situação de rua, quando ele está indo pro albergue, às vezes ainda consegue sustentar, alguns dizem: <i>“eu vou pro albergue lá na fila, já rola”</i>, ou, <i>“eu não vou pra o albergue, estou na rua e na rua rola”</i>, ou rola dentro do próprio albergue a bebida, a droga é... então vamos dizer assim. Mas ao mesmo tempo, é a situação em que ele se encontra, por isso que a interação às vezes tem baixa efetividade, você tira ele desse meio e depois bota ele nesse meio. A gente agora tá montando nossa residência terapêutica especial, são dez vagas, é uma casa, já tem equipe, tá tudo pronto, só a casa que eu acho que precisa ser liberada, acho que mais uma semana deve tá liberada pra dá passando enfim, onde essa ideia da gente tem um espaço fora do CAPS né, é um lugar com toda dinâmica referencial,</p>		

		<p>(...) A gente aposta muito que o projeto terapêutico se desenvolve nas relações que se estabelece no cotidiano dentro do CAPS (...). A ideia de que aqui a gente pode vivenciar nas relações, situações diferentes das ruas, diferentes do padrão na questão da droga, diferente das famílias do usuário, do cuidado né, do sujeito do cuidado, aonde você possa permitir que o cara faça um paralelo entre a situação que ocorre lá fora e aí é um puxar a faca pra o outro, um roubar o outro, um matar o outro, ou se juntar pra usar droga em conjunto, aqui a gente procura que se experencie situações diferentes. A ideia é que a hora que eu possa vivenciar uma coisa diferente, therapeuticamente dou possibilidade do outro poder dizer: <i>nem sempre vai ser assim olha, as vezes é preciso ser desse outro modo</i>, a gente aposta muito nas oficinas, nas oficinas, no cotidiano dentro do serviço...</p>		
--	--	--	--	--

Apêndice 1. 2.: Mapa dialógico da profissional Marina

Trajetória profissional e relação com o trabalho Informações para a apresentação dos entrevistados	Quem é o usuário de álcool e drogas?	Como seria cuidar deles?	Dificuldades quanto aos serviços de saúde	A ação na cracolândia e os impactos no CAPS
<p>(...) Eu terminei a residência... na residência eu tive professores, duas professoras muito ruins em dependência química e aí eu vi que não deu pra eu aprender nada e na graduação tinha tido pouca coisa de dependência química apesar de ser uma graduação(...) aí então foi na residência que (...) eu comecei a estudar...e aí a minha primeira oportunidade de trabalho eu fui contratada pela prefeitura (...) numa temática de saúde mental e aí precisava desenvolver um trabalho focado pra criança e adolescente em situação de rua, uma situação que é igual ao uso de drogas, né? e então com isso eu já comecei meu mestrado que foi sobre a abordagem do uso de droga de meninos e meninas em situação de rua. Então esse foi meu primeiro trabalho e o meu mestrado junto, tudo foi em noventa e sete, noventa e oito....Não sei quanto tempo (risadas) Um tempão!</p> <p>Pesquisadora: E aí ...continuou</p>				

<p>trabalhando nesta área? Marina: Então... Daí depois, (...) eu já trabalhei com isso, fui montar este serviço que depois virou um CAPS, no início eu era gerente, depois passei a ser a psiquiatra do serviço (...) fui para outra capital, fiquei três anos lá... também eu trabalhei com dependência química no serviço para adolescente que a gente montou, com este enfoque da droga... e aqui também eu já trabalhei no QUIXOTE um tempinho, (...) E eu já trabalhei na PROZAM que é o CAPS AD Vila Madalena dois anos, e aqui eu tô há dois anos. Enfim, eu considero que toda minha parte profissional teve álcool e droga...</p>				
			<p>Pesquisadora: (...) E você sentiu algum tipo de diferença quando veio trabalhar nesse CAPS por ser um CAPS AD III, estar no centro de São Paulo, ser o Centro da maior cidade do país? Adriana: Sim, aqui a demanda é muito grande de trabalho... Essa coisa de ser população adulta em situação de rua faz com que a coisa seja muito mais intensa e ao mesmo tempo que a gente se sente muito solitário, porque a experiência que eu tive (...) a</p>	

			<p>gente conseguia sentar é... Como eu tinha um cargo... Depois eu virei concursada, mas no início era cargo de confiança, né? Eu sentava junto com outras secretarias de habitação, esporte, lazer educação, assistência social e a secretaria de governo, a gente sentava semanalmente pra tocar o projeto então isso fazia toda diferença também a questão de ser uma outra... A cidade é 1/10 de São Paulo, o tamanho né? Mas essa articulação inter-setorial fazia muita diferença. Então lá não conseguiu uma vaga na escola, bom, então como é que a gente fazia pra que a secretaria de educação ajudasse, ah, a atividade de esporte, de cultura, enfim.... Então, isso tudo era muito mais articulado e eu vejo que isso faz muita falta aqui em São Paulo(..)</p>	
		<p>(...) Mas eu acho que falta muito pro meu... é uma coisa que eu , eu acho que não tem... acho que uma das coisas que eu aprendi lá que continuou no mestrado é que não tem como tu pensar em inserir, em tirar uma adolescente, uma criança em situação de rua se tu não pensar em todas as coisas como saúde, educação, habitação (...)</p>		

			<p>(...) então, isso eu sinto muito que a gente fica só com uma coisa de apagar alguns incêndios e tal, e os pacientes que ficam melhor é os que de fato tem mais estrutura... de fato acho que a gente ainda está muito sozinha nesse CAPS, no sentido de não ter um respaldos interdisciplinares das outras áreas assim né.</p> <p>Pesquisadora: falta então fortalecimento dessa rede que ainda é muito frágil né.</p> <p>Marina: Frágil é...</p> <p>Pesquisadora: E quais os pontos... os principais desafios nesse trabalho, nesse cuidado ao usuário de drogas que você sente aqui nesse cotidiano do CAPS?</p>	
			<p>Marina:É... acho que um grande desafio é essa questão da gente como é que a gente ajuda a tencionar pra que isso não fique só dentro do CAPS e possa de algum jeito virar uma crítica política, eu acho que a gente nunca vai fazer serviço funcionar se essa rede maior não funcionar... porque bom é isso: eles ficam no leito, e aí a gente cuida, não sei o quê... aí na hora de ir embora a gente sabe o contato... a gente até tem um paciente aí que eu tô</p>	

			<p>discutindo aqui no celular é um paciente que veio tava recaído num sei o que,tals... “Ah não, quero ficar no leito pra dar um tempo!” “Ah não! Vou sair Segunda, mas pra onde eu vou?” “Não, sua vaga tá garantida!” saiu ele e o amigo e os dois andam juntos pro mesmo lugar... Então chegou lá, só tava garantida a vaga do amigo e a dele não tava né? Então ele dormiu uma noite na rua, sorte que estava mais fortalecido e ele não recaiu, né?</p>	
		<p>Mas acho que esse é...a gente mostra que essas pessoas precisam de cuidado como outras tantas, e consegue extrapolar essa coisa da saúde, acho que esse é um ganho importante.</p>		
<p>Outro desafio é como é que a gente não se contamina com essa exclusão assim né? Eu tenho vivido dias bem difíceis, de pensar que eu não tô errada em... porque eu sou alguém que acredita muito no SUS e tal, mas às vezes dá vontade de desistir porque assim, é muito sofrimento...</p>		<p>a gente aqui tem essa coisa de porta aberta... A gente vê muitos CAPS que tem revista dois a três vezes por dia ou mais, ou</p>		

tem lista de regras: “*Ah não assim, esse diagnóstico a gente não atende*” e a gente não tem isso aqui né? E a gente tá exposto a muitas coisas, como no final de semana, na sexta feira da semana passada finalmente a gente conseguiu o encaminhamento do paciente que veio aqui com uma arma de fogo né e ele tava numa UBS por duas semanas... e aí na sexta agora a UBS tava querendo dar alta e a gente conseguiu encaminhar ele pra uma internação mais prolongada e tal, mas assim foi uma coisa que nem a própria secretaria não nos respaldou no início. De início, a resposta da secretaria foi: *chamem a policia e o samu né?* E era um cara que já tinha vindo com uma faca nos ameaçar e ele continua aqui por perto... então assim, não era uma coisa se resolvesse o caso de policia naquele momento... a gente não ia ter a menor segurança de que ele não voltasse aqui né? Enfim, a resposta foi: “*Ah, chamem a policia*”, mas a gente sabe que a policia e o SAMU a gente já tem chamado mas tem demorado... tem uma série de coisas que, bom... a gente ficou com medo que fosse um tiro no

		pé... depois o cara volta pra cá ,	(...) Então, isso como eu já fiz parte da gestão e tal, eu acho que é isso assim eu acho que se a gente não tiver uma gestão, e eu não tô falando do gerente aqui (...), acho que ele faz a parte dele, mas também essa questão, essa terceirização que a gente é empregado de uma OSS que tem seus princípios, ideais, e a princípio eles são ok, mas essa questão de ter uma dependência da prefeitura e ter interesse em ser uma OSS, nem é uma OSS ainda, é uma ONG, que quer continuar a ser contratada...tem coisas aí que a ONG fica na mão da prefeitura e é um ano eleitoral...	
	Então, de fato às vezes é muito desgastante assim eu tenho me virado com questionamentos meus, assim tipo: <i>"Será que não tá na hora de perceber que de fato pouca gente que habita né? Que mais de 50% dessas pessoas que passam aqui o dia são população de rua , de fato assim quem que quer ajudar essas pessoas, eu não sei."</i>			
(...) eu não sei se tá na hora, se eu já não tô velha o suficiente para me dar conta que o mundo não é um mundo ideal e saber que tem que ser mais				

<p>pragmática e pensar: “<i>Bom, talvez seja melhor arrumar um outro, outra coisa pra fazer!</i>” é porque é isso né? O tamanho do problema é enorme né, eu que sou uma moradora do centro, e moro no centro há um ano e pouco e foi uma decisão por ser uma neo paulistana e se dá conta de que o trânsito não nos fazia bem né? Então a gente decidiu que a gente usa transporte coletivo e táis.</p>				
				<p>(...) Então... foi uma decisão mas assim quando eu acordo e venho pra cá eu vou passando pelas pessoas dormindo assim, às vezes se eu posso olhar eu vejo se eu conheço ou não, mas é isso assim né eu fico imaginando quem mais está se importando com essas pessoas, né? E não sei, acho que talvez de fato muita gente queira mesmo limpar a área, colocar no Centro um <i>bullevard</i> bonito e aí é isso assim né? eu fico pensando: “<i>Será mesmo que nós estamos a serviço do quê, né?</i>” então, não sei, acho que um desafio então é: Como e que a gente se mantém, como e que a gente pressiona pra fora no sentido de que a gente sozinho não vai fazer nada só a saúde né, e como é que a gente</p>

<p>(...) É, e aí assim, eu tenho tentado propor coisas porque eu vejo que até a minha situação profissional é mais confortável no sentido de que psiquiatra ainda é fácil de conseguir um outro emprego, outro trabalho, em São Paulo o mercado é bom entre aspas né? eu não sei qual é a vantagem de sair daqui e ir pra um outro lugar que tenha a mesma coisa. Mas, essa situação de médico, que não tem muito medo de ser mandado embora... mas eu vejo que por exemplo não é a situação do psicólogo, a situação do próprio gerente entendeu?</p>			<p>cumprimentada, é engraçado...</p>	
			<p>(...) Então eu já tentei propor pra eles pra eu ficar mais, de falar mais coisas, mas a ONG que nos emprega não me dá legitimidade, eu só posso falar quando ele não tá, então... Então, daí hoje eu tenho quarenta horas aqui e a ideia é que eu possa 20 horas tá mais ajudando eles a planejar na gerencia e mais vinte horas na ponta. Mas isso não é uma coisa fácil de fazer porque eu acho que toda bagagem que tu tem, toda uma compreensão enfim, mais social e eu tenho um pouco disso, tive um mestrado nisso,</p>	

			<p>trabalho com isso, de manter minha bandeira, fiz um curso internacional também que é diploma internacional de saúde mental e direitos humanos que foi presencial e a distância na Índia que foi uma bolsa da OMS enfim, eu tenho esse lado e eu acho que as pessoas precisam de fato serem mobilizadas pra poder se mexer e tal e ter cidadania, dignidade ... Por ter essa visão, tenho um monte de paciente que não consegue às vezes... <i>'Ah doutora, quero falar contigo!'</i>" fala assim, e eu não consigo muito me livrar, passar a diante alguns pacientes pra poder ficar mais na gestão e ao mesmo tempo eu não tenho o respaldo, né? Então é isso, a crise é presente, neste momento(risadas)... sei lá ... (pausa)</p>	
	<p>É... eu acho, essa coisa assim, o dependente químico ele é múltiplo assim, eu acho a gente tenta às vezes falar um pouco de teoria, de coisas, mas eu acho que de verdade depende, eu acredito naquela ideia de que a dependência química tem a ver com os fatos históricos da pessoa, o contexto com a droga, que ela usa, n?</p>			
		<p>Enfim, nesse exato momento tá</p>		

		<p>acontecendo... eu não tenho problema, trabalho muito bem com a ideia de redução de danos eu acho que se a pessoa tem sofrimento em relação ao uso de drogas a gente precisa ajudar ela a enxergar isso e ver o que que tá significando aquelas drogas, aquela substância pra ela, qual a importância pra ela e enfim, tentar enxergar os caminhos assim. O cuidado que eu acho é de no sentido de aonde que tá pegando, bom tá usando muita droga e ta faltando no trabalho, bom como é que a gente ajuda ela a segurar a onda pra ela pra manter o trabalho, bom... depois percebe que manter o trabalho e continuar o uso de drogas que tá dando problema na família, bom, vamos olhar pra isso.</p>		
	<p>Então, eu acho que não tem problema nenhum as pessoas usarem droga, o problema é quando elas percebem que a droga tá tornando mal e elas querem ajuda, bom...</p>			
		<p>então a gente precisa cuidar delas nesse sentido mais amplo: bom como é que ela mantém a suas atividades, mantém sua autonomia, mantém sua sanidade, acho que o cuidado é múltiplo, porque a gente também não vai fazer as coisas</p>		

		<p>sozinhos ne , se ela precisa de um teto, como é que a gente vai ver com a secretaria de assistência social, com a secretaria de habitação, enfim... Pesquisadora: e você acha que o CAPS consegue trabalhar com essa redução de danos? Marina: Eu acho que a gente tem muitos profissionais que trabalham nesse sentido. Eu acho que ainda não é uma coisa homogênea, e eu não sei se a gente vai conseguir isso, ou vai chegar uma hora que a gente vai ter que limpar um pouco mais, no sentido de... pensar o que os profissionais... que ainda tem muito uma coisa de que quando o cara chega intoxicado, ainda tem uma coisa de “<i>Ah, de novo!</i>”, né? Enfim, “<i>A gente não combinou isso...</i>”.</p>		
		<p>(...) A gente teve uma discussão, por exemplo, com o nosso novo supervisor que é o Dartiu, teve uma supervisão e aí alguém tava falando (pra não expor, né?), aí alguém tava falando: “<i>Ah, mas o nosso serviço é humanizado!</i>”, aí eu: “<i>Mas peraí, né? Humanizado é o básico!</i>”. Eu acho que ainda tem pouca interlocução com outros lugares, eu tenho ouvido relatos assim, de outros CAPS,</p>		

		<p>outros lugares que tem catraca, tem bafômetro... então assim, eu acho que a grosso modo a gente consegue por exemplo, ser muito tolerante e os pacientes entram, a gente acolhe, não sei o que... Mas eu acho que não é uma coisa homogênea, ainda tem muita cobrança e ainda tem muita essa coisa de que a gente tem dificuldades de lhe dar com receio de que a pessoa não tá conseguindo parar, ou não tá conseguindo reduzir, ou chegar intoxicada é o único jeito que ela consegue chegar né? E acho que a gente podia, então, eu acho que a gente trabalha na ideia da redução de danos, mas não de uma forma homogênea.</p>	
		<p>(...) E acho que também às vezes essa questão da situação de rua fica mais difícil na prática de trabalhar com redução de danos, porque se o cara tiver intoxicado ele não vai entrar no abrigo né? Então, tem algumas coisas que parece que não é real trabalhar com a redução de danos, que de fato o cara rala muito se ... tem por exemplo um paciente, que eu me lembro aqui, que ele falou que ia beber só de manhã, ele almoçava e depois do almoço ele já não bebia mais porque</p>	

		<p>sabia que não entrava no abrigo... Então bom, um caso a gente consegue, mas às vezes o cara não consegue ser tão organizado e beber só de manhã né? Então uma das coisas que eu sempre tento perguntar quando eu vou avaliar um paciente pela primeira vez é: <i>Qual que é o objetivo dele assim né?</i> E tem paciente que a gente vai tentando mostrar pra ele que talvez ficar abstinente só do crack, por exemplo, não seja possível. Talvez tenha que o álcool também, pois o álcool abre a porta né? e mas eu acho assim que é muito possível trabalhar com redução de danos, eu gostaria muito que a gente chegasse a ter uma maior oportunidade de serviços que pudessem...sei lá, que a gente pudesse ter de fato uma estrutura que pudesse acolhê-los vinte quatro horas, porque aqui a gente tem os leitos que são 24 horas, mas por exemplo: “Ah não tô bem, vou lá pra o CAPS”, , precisaria também ter uma estrutura melhor, talvez o AMA pudesse...Se o médico de plantão lá no AMA, fosse capaz, fizesse por exemplo a parte de acolher e dissesse: “Vai tomar o soro, não sei o</p>	
--	--	--	--

		<p>quê...Pode subir”, eu acho seria ótimo que da fato o serviço fosse aberto de vinte quatro horas.</p>		
			<p>Eu já peguei um período aqui que durante o fim de semana a gente fazia uma lista dos pacientes que ficava sábado e domingo com a gente porque precisava de uma proteção melhor, não tem aonde ir né? e a gente parou com isso porque chegou um momento que começa a ... é uma estrutura mais enxuta de profissionais e aí começou a vir faca, dar briga e tal... e como também não tinha, a gente fazia isso por conta, tipo não era uma tarefa nossa a gente por segurança tirou isso, o fim de semana. Mas eu acho que é uma proteção que a gente deixou de dar, então é eu acho que a gente tem que evoluir muito assim...</p>	
				<p>(...) né? E aí essa coisa de limpar o Centro, acho que tá muito mais por uma questão imobiliária mesmo, na política, período de Copa... e que são pessoas que na verdade são a exclusão nesse País. Assim né, a gente vê muita gente negra, muita gente que veio do Nordeste e que não conseguiu um lugar pra se colocar e tal,</p>

				<p>enfim... (...) eu acho que felizmente eu não tava aqui em janeiro, eu tava de férias né?(risadas) e o último telefonema que a gente teve foi na virada do ano assim, sexta feira foi feriado e quinta feira eu tava querendo já ir embora e tal, e aí eu fui atender o telefone, a última coisa que eu fiz foi atender o telefone, e falaram: <i>“Olha, vai começar uma operação na cracolândia semana que vem”</i> e aí eu avisei as pessoas e tal...</p> <p>Pesquisadora: Ah, vocês foram avisados desta ação...</p> <p>Marina: Dessa forma: Ninguém sabe o que vai ser, esse foi o telefonema que a gente recebeu da supervisão na quinta-feira e começou na semana seguinte e aí eu tava de férias e acompanhando a questão das chuvas porque eu tava preocupada de fazer as férias, então a gente tava vendo um pouco das notícias, e aí vinha assim coisas da cracolândia... E então eu não senti isso dentro do serviço. Mas das coisas que eu vi, eu acho que atrapalharam sim, atrapalharam na questão do vínculo com a redução de danos, eu fui outro dia na</p>
--	--	--	--	---

				<p>cracolândia, esses dias não, faz umas três semanas, eu acho... e eu fiquei impressionada deu uma discursão grande aqui na equipe, porque eu acho que...o Ministério Público chamou isso de romaria do crack, mas quando eu contei aqui, eu chamei de <i>scooby-doo</i>, porque como eu tenho filho pequeno, às vezes eu vejo desenho ,porque o scooby-doo quando aparecem os monstros chega uma hora que ele começa a correr, correr, correr... e pra mim, eu não sabia que o Ministério Público estava chamando de a romaria do crack, eu fui, saí com os redutores e aí fui chamar, era uma quarta feira de manhã e a ideia era passar os convites da oficina que tá acontecendo toda quarta a tarde aí a gente não achou ninguém ,tinha muita policia... E aí disseram, vamos dar uma circulado e depois a gente volta, e daí a pouco a gente viu um grupo que devia ser de 20 a 30 usuários e aí a gente tava conversando se se aproximava ou não, porque eles estavam usando, e daí chegou a policia tinha assim cadeirantes, grávidas, daí eles levantam e vão indo...e a policia atrás... deu uma batida né, em um ou dois, e</p>
--	--	--	--	---

				<p>ai vão indo e dobram a esquina, aí a gente vai o não vai, e é isso, é um scooby-doo, ficam circulando... aí é um absurdo isso, porque na verdade parece mais uma coisa de atrapalhar, porque não tem sentido: não insere ninguém, não trata ninguém o que eu vi assim foi uma equipe muito, quando eu cheguei em fevereiro, uma equipe muito estressada... a gente diminuiu a nossa qualidade de atendimento dos que já estavam aderidos ao tratamento, a gente teve uma diminuição das nossas APAC e não sei se foi uma diminuição muito presencial ou se também a equipe ficou muito na porta, porque no momento a quantidade de volume foi muito grande. E tinha uma coisa de as pessoas não sabiam mais o que iam fazer ou não, nossas regras foram rompidas, e então vinha pessoas pedindo a internação e tinham que fazer os pedidos né? e que a gente sempre trabalhou com a ideia de que a internação é filtro, é se o tratamento não funcionar... Então era isso, tava uma equipe mais (...) mais pressionada, sem saber o que fazer, acho que atrapalhou sim e que de fato a gente não viu</p>
--	--	--	--	---

				<p>resultado positivo. Pesquisadora: E essas pessoas que vieram pra cá não ficaram? Marina: Não, não tem números salvos, mas assim, a gente não viu...</p>
	<p>Uma das coisas que eu digo é assim, eu acho que a gente ainda conhece pouco os nossos usuários, porque por exemplo, como eu moro no centro de São Paulo é... eu vejo, e sei de coisas que chegam na UBS e que não chegam aqui. Então por exemplo, na UBS eles tem uma dificuldade no idioma chinês, tem grávida fazendo tratamento lá. Aqui nunca chegou nenhum chinês, pelo menos eu nunca vi, boliviano vem pouco, africano quase nada, então, o que eu acho o seguinte: tem um filtro aqui, eu acho que a gente tá tratando uma pontinha do iceberg... Tem um filme que chama <u>Beautiful</u> eu peço pra todos verem, porque acho que o filme mostra o que a gente não vê, e eu acho que tá tudo isso aqui no centro de São Paulo minha visão é da República, então...</p>			
		<p>(...) primeira coisa que eu acho que a gente precisava, primeiro era essas pessoas serem mais ouvidas, acho que a gente</p>		

	<p>precisava sair à Rua, fazer grupos focais ou entrevistas, acho que essas pessoas precisam serem ouvidas pra saber quem são elas, o quê que elas querem. Acho que a gente precisava de fato ter uma interlocução melhor com os serviços, a gente precisa dar mais moradia, a gente precisa por exemplo, oferecer mais serviços e ter pessoas mais capacitadas...a gente ouve muita reclamação de que nos abrigos foram maltratados e tal e não sei o que... Então assim, acho que as pessoas não tem muitas pessoas que trabalham, que atendem a população de rua, que é a grande parte dos nossos usuários... que aí assim, eu tô falando mais do de rua, né? Tem uma ideia muito de vagabundos assim, não querem nada com nada, só querem beber eu acho que a gente tem que pensar muito em ter uma coisa de dar o benefício, e tentar combinar que a pessoa é quer usar droga com o seu benefício tudo bem, não tem problema com isso, que ela use droga que eu acho que a gente tem que ter uma coisa de uma melhor... um pacto a social de quer passar a vida toda usando droga, tudo</p>	
--	--	--

bem, mas não precisa matar, roubar ... acho que tem pessoas que querem mesmo ser vagabundos, no sentido de "Ah a vida delas é aqui, passar o dia inteiro usando drogas" Eu acho um tédio isso, no sentido que tu não cresce, não toca outras coisas... Acho que essas pessoas precisam ter dignidade, direito a moradia, acho que a procura de isso sei lá tutelado pra que eles não detonem, pra que eles mantenham umas regras mínimas. Mas, essas pessoas precisam ter renda, precisam ter comida, eu acho que a gente precisa sentar e de fato conhecer melhor o nosso condutor... Por exemplo, agora a gente troca informações dentro dos serviços de saúde com o sistema pouco, o cartão é muito mais burocrático no sentido de ver os remédios, o SUAS que e o sistema da assistência social troca informações mais trabalhadas de aonde ela já andou, o que pode mais... mas acho que a gente precisava saber mais coisas é... a gente precisava poder e garantir que a pessoa lá fora fosse acompanhada por um tempo, que a gente pudesse fazer alguma, uma coisa mais

		<p>gratificante e mais inserida... pois a gente não vai tá lá. Eu acho que a única coisa que a cracolândia talvez tenha sido positiva é no sentido de dar visibilidade, que eles eram muito ignorados e agora, acaba tendo um envolvimento muito maior, pois eles só atrapalhavam os moradores da região... Mas eu acho que a gente precisa de investimentos, de mais grana ,precisava de mais política Pública e precisava de cidadania mesmo, aquele negócio de direito. ... (...)</p> <p>acho que as pessoas também precisam ser mais ouvidas e mais conhecidas, porque a gente também, eu acho que a gente fica muito sem saber que é nosso, ainda não incorporou essa ideia de que as pessoas precisam ser entendidas , se ela quer as drogas não é a gente que vai convencer a ela que as drogas são ruins, por ser uma opção dela. Acho que o grande desafio é como é que a gente vai conviver numa sociedade que não tem dignidade, vamos dizer assim né ... acaba que a droga, essa limpeza do centro, entra pela via do crack, mas não do desemprego, da pobreza, é o preconceito contra os negros</p>		
--	--	--	--	--

		<p>contra os nordestinos contra os índios. Ontem eu ouvi um botado de um indígena no leito e às vezes eu olho assim um grupo de acolhimento e vejo o retrato da exclusão assim é a mulher negra, é morador de rua ... eu tava até falando ontem pro meu marido eu agora tô fazendo um pouco do serviço de casa porque tô sem empregada, e aí outro dia eu tava escolhendo o feijão e tal e falei pra ele: “As vezes dá impressão que quem entra no acolhimento é só aquele feijão que a gente separa que não quer mais... às vezes dá impressão que o lixo da sociedade tá aqui né? e aí, isso é muito pesado” .</p>		
<p>É... assim, eu acho que eu tenho essa coisa boa de entender, ser flexível com as pessoas, mas chega uma hora que parece que o discurso da gente fica, começa a ficar mentiroso... quando defende a ética cidadã, que elas podem...A gente tem que pensar que é possível mudar alguma coisa, enfim, quando a realidade aparece assim tão crua, eles tem direito à abrigo, à moradia, mas muitas pessoas estão chutando eles né? Eu vejo que às vezes tem uma coisa invisível do olhar, aquela pesquisa do</p>				

psicólogo da USP que se vestiu de Gari e se sentiu invisível... (...) Mas assim, quando a gente tem uma família, a gente tem um trabalho, a gente tem referências né? a gente tem uma coisa pra contar e acho que assim, às vezes acho que as pessoas que estão na rua longe da família, longe do trabalho, talvez a gente tem que fazer esse papel de: "ó vai lá e vem aqui me contar, eu quero que você fique bom" tem que fazer essa papel, tem que ter né? porque eu acho que a gente se constitui humano a partir de um outro, de um desejo do outro, de um cuidado com o outro e que assim, às vezes você procura e não tem mais assim né? E isso é importante, é importante que a gente possa fazer isso aqui, só que isso também é muito desgastante né? recai, recai, recai, e a gente precisa de fatos que orientem eles lá fora né? Pra poder respirar assim... uma discussão que eu venho fazendo aqui é que a gente de fato podia ter fácil acesso as férias 15 dias, 20 dias e a gente ver o sofrimento as pessoas chorando aqui... semana passada eu tive uma crise de choro porque eu

estava super sobrecarregada e pediram pra eu ver um paciente que não era meu e tal, e o paciente se atravessou e enfim eu tava tão sobrecarregada que estava correndo o risco de ofender, o que nunca aconteceu antes, porque (...), o sistema vai te engolindo ,te deixando sozinha, de uma forma que você acaba se tornando frágil e aí eu tava chorando demais, enfim mas eu tô disposta a lutar mais um pouco.

--	--	--	--	--

Apêndice 1.3.: Mapa dialógico do profissional Elton

Trajetória profissional e relação com o trabalho Informações para a apresentação dos entrevistados	Quem é o usuário de álcool e drogas?	Como seria cuidar deles?	Dificuldades quanto aos serviços de saúde	A ação na cracolândia e os impactos no CAPS
<p>(...) Então eu me interessei em 2004, eu estava procurando na verdade aprimoramento em saúde... aí eu não fui aprovado e apareceu o aprimoramento do CRATODE que é o centro de referencia de álcool tabaco e outras drogas e ai era em álcool em droga mas assim nem tinha pensado numa faculdade e ai eu gostei me interessei e me apaixonei. Aí foi de 2004 pra cá que me tornei, que entrei na área de álcool e droga, aí eu fiz o curso Proade, depois fiz o curso de psicanálise lá na PUC, aí fiz minha monografia sobre álcool e droga e decidi o que eu queria ...</p>				
		<p>(...) então a ideia de ir pra rua não é pra ficar fazendo busca ativa né, mas é poder cuidar do sujeito onde ele tem convívio,</p>		
				<p>(...) então, antes era na Cracolândia porque tinha aquele foco. Agora como dispersou, então também assim tem muito trabalho que a gente faz de mapeamento de onde que está o</p>

				maior número de pessoas né... então acho que até já deve ter falado na sala do técnico né, até 5, até dez pessoas, até quinze a gente tenta fazer oficina aonde tem maior numero de pessoas, mas onde tem menos pessoas a gente também faz, mas não chega a ser uma oficina
		(...) e além desse trabalho de rua temos também os matriciamentos que é com atenção básica que é junto com o NASF...		
			(...) O NASF a gente entende né que ele, ele é o articulador entre atenção básica e outros serviços, então a gente entra pra dar um apoio pra atenção básica, mas tem sempre o NASF junto, porque de alguma forma também a gente percebe que as equipes de NASF tem muito pouco manejo em cumprir a missão pra questão do uso de álcool e droga né, (...) a gente poderia ser chamado teoricamente numas questões mais difíceis mas não, a gente é chamado pro básico mesmo, como identificar usuários de droga na atenção básica, como manejar, como abordar essa questão nas visitas dos auxiliares com agentes de saúde, bem básico... então a	

			<p>gente também faz esse trabalho sistemático uma vez por mês, uma vez a cada dois meses a gente vai ...</p>	
		<p>eu penso que é também... que é uma coisa que deve sempre tá olhando é pro teu desejo também ... porque assim (...) a população que a gente atende aqui é uma população que tem vulnerabilidade social, então ... falta moradia, tem a questão de escola, de trabalho...</p>		
		<p>(...) Eu acho que é essa singularidade, apesar de que ainda é um desafio acho que a gente tenta ao máximo fazer com que cada paciente tenha um projeto singular, então a pesar de a gente tá no CAPS de "Álcool e Droga III", no centro de São Paulo né? Que a princípio assim, a gente poderia tá fazendo um trabalho de massa, que não faz né? eu acho, acho que é essa tentativa da equipe, eu acho que é uma equipe muito empenhada sabe, assim eu percebo é que apesar da... da falta de comunicação que a gente tem porque é uma equipe muito grande...</p>		
				<p>(...) dentro assim mudou porque a gente teve um maior numero de pessoas que chegaram em janeiro né que quando começou</p>

				<p>a ação policial, e vieram muitos policiais pessoal da defensoria publica do COMU pra trazer os pacientes, então tinha muita demanda da internação, apesar de gente entender que a internação era parte do tratamento né? Então, mas vinha muito esse pedido então acho que aumentou muito a demanda acho que depois de fevereiro deu uma diminuída e acho que fora houve essa dispersão assim né...</p>
				<p>por um lado eu acho que alguma coisa precisava ser feita ali também né, porque era muito lixo, (...) cadáver, (...) eu acho que alguma coisa ali precisava ser feito, mas eu acho que pra poder, ainda tem toda a questão de que a gente age, de como foi feito e tal, então assim, houve uma dispersão e talvez tenha dificultado sei lá, talvez se tivesse sido mais integrado e pensado numa forma de limpeza do local, limpeza mesmo né? Acho que precisava, mas de uma forma mais articulada da polícia, com os equipamentos de saúde, com o serviços de assistência social né então acho que isso.</p>
				<p>(...) é acho que tem o ponto</p>

				positivo também eu acho que a gente tem o ponto positivo né o fato dessa população ter se espalhado também acho que acabou virando um problema de mais pessoas vamos dizer assim sabe, porque ai assim aquela coisa de, a se espalhou pra Higienópolis...
		(...) então acho que o cuidado ele tem em comum na escuta, tá atento ao desejo do sujeito e não ao desejo do que a gente quer para o sujeito. A gente também trabalha com a redução de danos... é, acho que é tá atento não só pela possibilidade de resgatar a cidadania, de possibilitar que ele possa fazer uma circulação social, que ele possa garantir cuidados de higiene que ele possa se reinserir na sociedade, arrumar um trabalho seja qual for, retomar a vida sexual, familiar se possível, acho que isso é cuidado né,		
		(...) ver o que é que dar pra fazer com o sujeito dentro do que ele quer pra vida dele, dentro do projeto de vida que ele quer a curto, médio e a longo prazo também.		
		(...) então eu acho que precisa assim, eu pensaria em algumas ações tipo capacitar melhor as		

		<p>equipes que já tem, não adianta ficar criando um monte de equipamentos sabe, capacitar melhor os profissionais do AMA que recebe...</p>		
			<p>(...) melhorar a assistência social sabe, eu acho assim também o acolhimento dos albergues... acho que ainda é tudo assim, é igual pra todo mundo a gente fala da equidade, a gente fala que leve em conta as diferenças e as particularidades de cada ser humano, sabe... eu acho que ainda isso tá muito ruim sabe a política pública, ... a gente sabe de um monte de comunidade que fechou por conta de maus tratos enfim, (...) o CAPS álcool e droga é uma população que é muito essa coisa do vai e volta né, aqui nunca faltou vaga pra ninguém... então essa coisa de ter que abrir mais serviços, não sei se é bem isso(...)qualificar não só os CAPS mas acho que os... o AMA o UBS sabe, acho que a gente tem...</p>	
			<p>(...) a gente vê no matriciamento, assim na atenção básica não o maltrato, mas assim, às vezes diz assim: <i>Já chegou desintoxicado?</i> Não.</p>	

			<p><i>Então nem entra na UBS sabe...</i> Então assim fala que usa maconha, cocaína... o médico não sabe nem o que fazer com aquilo... então eu já nem pergunto, eu já sei dessa informação mas eu já nem vou muito à diante porque eu nem sei o que fazer com isso, não sabe abordar assim... mas já pensou em qualificar mesmo os médicos, enfermeiros, os agentes de saúde? Acho que a gente tem esse papel no CAPS né, mas acho que fica muito pouco entendeu....</p>	
		<p>eu acho que inclusive assim o CAPS álcool e droga teria até de ser um lugar ... que a gente tem que ver como um lugar de referência pra usuário de droga e não apenas pra quem quer tratamento. Tanto quem quer tratamento, quem quer parar e só reduzir... um lugar de referência, ele tá com dor de estômago por conta de que ele tá bebendo muito, ele só quer olhar pra isso nesse momento, então vamos fazer um exame, vamos ver se ele consegue se alimentar melhor... acho que é uma espécie de cuidado mínimo pra quem não tá ainda na estrada de parar, de abstinência.</p>		

Apêndice 1. 4. : Mapa dialógico do profissional Mário

Trajetória profissional e relação com o trabalho Informações para a apresentação dos entrevistados	Quem é o usuário de álcool e drogas?	Como seria cuidar deles?	Dificuldades quanto aos serviços de saúde	A ação na cracolândia e os impactos no CAPS
Sou formado pela Universidade de São Paulo- USP há quatorze anos. Meu primeiro paciente... que fazia uso de substância psicoativas, foi um acompanhamento terapêutico que eu fazia, um AT, e aí a partir disso eu comecei a meio que trabalhar um pouco nessa área... tô aqui há dois anos...				
		(...) aqui nesse CAPS é população de rua e isso é um diferencial muito grande assim né? A gente acaba tendo que desenvolver outra série de manejo de cuidado que uma outra clínica com família, estruturada, organizada com às vezes o programa de saúde, o projeto de saúde mental do ministério aqui acaba falhando nisso né? É um CAPS de serviço de atenção psíquico social... aqui a gente diz que a parte mais forte né... Então é um pouco isso (...) então são coisas assim que a gente tem um horário na parte da tarde eu tô		

		<p>pra fazer uma atividade então você tem um tempo x pra finalizar aquela atividade, você nunca pode ultrapassar a maioria dos grupos às cinco horas da tarde, seis horas da tarde porque a grande maioria está em albergue....</p>		
			<p>Hoje eu acho que assim, o grande desafio é como ... de fato a gente se aproxima com outro setor de saúde, aí a gente faz aquele matriciamento mais efetivo com o NASF, a gente tem uma grande dificuldade com todos os NASF, porque os NASF não pensam como NASF... tá tudo muito centrado ainda em uma unidade de saúde então eles pensam muito como UBS... Falo muito isso daqui por que tem a equipe 1 e 2, mas a 2 até que consegue dar uma dinamizada maior né, ... Agora a equipe 1 a gente tem dificuldade de fazer um trabalho mais integrado... acho que o grande desafio um pouco é esse...</p> <p>Então, acho que esses são os maiores desafios e daqui de dentro eu acho que é como é que a gente continua com nesse processo de construção do CAPS de poder ter maior aderência dos usuários(...).vem</p>	

			<p>com muita demanda... mas a rotatividade entre eles é muito grande assim, então a aderência é uma aderência vou dizer esporádica,</p>	
		<p>(...) tem esse tipo de cuidado assim né, a gente pensar que dentro da cadeia produtiva do uso de substâncias tá lá desde o plantio, a pessoa que planta a folha da coca, pessoas que faz todo processo de transformar aquilo em uma química, depois tem o outro que distribui, depois tem o outro que vende, depois tem o outro que cuida, que trata a gente nesse sentido nessa vida que eles acabam levando, gente faz parte do ciclo né, é a gente pensar nessa ideia de cuidado o que se oferece aqui e nessa parte do tratamento que vai um pouco quebrar esse ciclo né, ou como você faz um pouco pra diminuir os danos que esses girarem aí... é difícil, olha temos que ter muita paciência assim, muita mesmo, não pode ser muito, se deslumbrar muito fácil, por que é isso, você começa uma coisa, aí com pouco quando você tá lá na metade, você acha que... aí pessoa volta, e depois quando volta às vezes volta muito mal... você não pode muito criar uma</p>		

		<p>expectativa né... ... A gente fala que empresta desejo né? Então, você vai emprestando né, entre aspas, você vai emprestando o desejo... tem que ter esse cuidado... aqui você não pode ter isso em nenhum momento né, por que é isso eles te mostram, te deixam muito claro assim quem deseja é ele entendeu, o desejo é dele, você tem que respeitar isso muito assim né? Pesquisadora: E você como profissional consegue separar isso? Mário: Não, é meio que muito difícil, assim eu estou aprendendo, na realidade eu estou aprendendo e eu agradeço muito a eles quando me ensinam de novo mais uma vez, olha eu tenho esse costume de agradecer aos pacientes acho que eu aprendo muito com eles...</p>		
		<p>(...) Ai eu faço oficina de culinária que foi quando eu comecei aqui, eu achava que, trabalho de CAPS era uma casa né, tem a casa, espaço livre, a gente entra, sai, vai pra rua, mas é um corredor, esse é o único CAPS corredor que eu conheço! é o que eu faço, eu sempre critico isso assim(...)</p>		

		<p>...mas é... e eu sempre sentia falta do espaço de casa né? Sabe, aí eu vou pensar numa coisa que eles possam entrar num lugar que seja próximo do centro de casa que é a cozinha... e aí eu comecei a fazer oficina de culinária e aí foi bem legal! Tem uma grande aderência porque, como tem uma população muito grande de rua, em situação de rua é eles não tem chances muita na vida hoje de cozinhar o que eles querem comer... algo que estão a fim... ter mesmo essa experiência de frequentar uma cozinha, que é uma parte da casa né, é o coração da casa né? E aí a ideia é um pouco de cuidar da entrada deles, da permanência deles no centro do cotidiano, na cozinha fazendo receitas que eles trazem da história deles né, toda receita feita tem história: <i>Ah, aprendi a fazer esse molho branco do macarrão quando morei com uma moça que era minha namorada e aí eu queria agradar ela, não tinha molho vermelho eu entrei na internet e tinha o molho branco aí aprendi a fazer o molho branco, aí a gente divide com as pessoas, a ideia é um pouco essa de ir dividindo, a gente vai</i></p>	
--	--	--	--

conversando, divide, agora a gente está num outro processo né? Que a gente já tira o cardíaco do mês e dentro daquele mês a gente tem essas receitas que são lembranças né, que fazem parte da história né, e outras recebem virando geração de renda, que a gente participa do movimento de saúde mental e da ação solidária. Tem uma feira que acontece que tá um processo bem bacana... assim, acho que nesse processo que tem mais, que o desafios estão sendo maiores porque ele tem muita dificuldade de lidar com o dinheiro e aí é muito... assim... dinheiro pingou na mão da maioria é um gatilho né? E aí o que a gente tem feito e ter feito um cuidado sobre isso com conversas mais elaborados sobre essa questão do dinheiro especificamente outras coisas é que assim, muitas vezes a gente faz retirada né, aí depois dessa retirada alguns tem um lapso ou uma recaída voltam eles conseguem dizer mais expressamente as coisas assim sabe eles fazem como se tivessem compactuando uma confiança sabe de dizer: Ah eu recaí, eu uso assim, assim, assim, de dizer tal dia usei tanto

		<p>ele passar de um usuário ocasional né, como era na adolescência que a grande maioria aqui começou na adolescência, pra um cara que depende dessa substância hoje pra poder fazer as coisas do dia a dia muitas vezes pra fantasiar muitas vezes pra da conta da angustia do que é viver, muitas vezes pra se relacionar com as pessoas.</p>		
	<p>(...) É da coisa da fantasia, é muito do tipo de droga que a pessoa usa, se é uma droga mais depressora, se ele usa álcool, é por que você vai vendo o perfil do usuário vai casando com o perfil da substância né... Ah, se é uma pessoa que gosta muito de viajar, ficar loucona e tal, ele não vai ficar usando o tipo de droga estimulante, ela vai usar um tipo de droga perturbadora né, vai fumar mais maconha, tomar um chá, ir para o mato aí fumar e tal, e aí o outro que é mais <i>adrenado</i> é mais né, vai gostar mais de crack, gostar mais de cocaína, é um pouco isso assim, e conversar mais abertamente com a pessoa sobre isso.</p>			

		<p>(...) o Périckes² ele vai ganhar um dinheiro agora, a gente conseguiu um benefício pra ele e aí por exemplo, uma estratégia de redução de danos pra ele é, alguém daqui ir com ele no banco pra receber pra gente poder fazer uma intermediação dele, coma família dele e como banco, então isso é redução de danos, pode dá certo? Pode, pode não dá? Também pode, por que ele pode chegar e falar assim, não esse dinheiro é todo meu e aí dá o dinheiro todo, e aí esse dinheiro eu vou usar como eu quero, então vamos pensar o que que você pode fazer com esse dinheiro pra que você corra menos danos bebendo ele todo né, uma coisa é ele beber dois corotinhos, dois reais, outra coisa é ele beber seiscentos reais né</p>		
		<p>Porque mesmo na situação de uso de droga que deveria trazer prazer, tá trazendo muito desprazer... então vamos diminuir né? não precisa cair os cabelos, vamos sofrer um pouco desse outro lado aqui se cuidando né? Que também não é fácil né, quando a gente fala de cuidado a gente acha que é</p>		

² Nome fictício

		coisa boa, e se cuidar também não é fácil né, cuidar de si é um trabalho, então assim é um pouco isso, é colocar na balança essas duas coisas, todo mundo eu acho... às vezes a sociedade que a gente vive, os gregos inventaram esse diabos desse principio de cuidar de si, nós estamos ferrado né... (risos)		
	(...) tem uma historia da Samanta ³ que é quase como se todos eles fossem um dom quixote, assim sabe, que sem eles, a experiência deles de vida, tem a princesa lá a Dulcinéia do castelo, tem esses sonhos também, e entre eles tem um putto de um dragão imaginário assim, que é a substancia que tá o tempo inteiro intermediando a relação deles com o mundo, a relação deles com a vida, a relação deles com os prazeres, com os namoros, é um problemão.			
				(...) depois da ação da cracolândia... a ação da cracolândia foi um mês totalmente caótico assim, foi um mês totalmente caótico aqui, uma coisa de, acolher, acolher, acolher e muitas vezes era um acolhimento que era totalmente

³ Nome fictício

				<p>enviesado né? Que a pessoa ela tava com vontade de não apanhar, ela estava com vontade de não ter que ficar fazendo ronda pelo quarteirão por que a policia tocava, hoje ainda toca, mais nem tanto... e aí era uma coisa muito declarada... assim muitos quiseram vim pra se internar, se cuidar pra uma saída provisória hoje a gente já ta tendo o que, o reflexo disso né, porque foi uma leva de gente internada passaram seis meses e vários estão voltando, e agora que estão voltando e o que é que foi construído de fato como saída pra essa pessoas? algumas coisas foram construídas né, residência transitória, o outro CAPS lá na cracolândia, um outro tipo de parceria com os albergues...</p>
				<p>(...) Algumas (pessoas) continuam vindo pra cá, algumas estão perto da região da família, já vem encaminhado da comunidade, mudou um pouco isso... o fluxo naquele mês depois deu uma caída boa de vinda né, quando entrou no meio a defensoria pública e tal, deu uma caída boa e aí a outra coisa que mudou e que eu acho que assim eles começaram a criar uma estratégia política pra</p>

				<p>coisa, sabe os usuários começaram a se mobilizar, começaram a se interessar, ficar mais próximo da questão política, participar de eventos foi na passeata que teve agora dia dezoito de maio então começaram a se interessar um pouco mais da política de saúde mesmo,</p>
		<p>(...) tem aquela coisa assim, tem uma comunidade terapêutica que muitos já foram muitas vezes, e assim vai... fica seis meses, depois sai de lá logo recai, e parece que nada foi válido né? E aí parece que o tratamento também só é válido seis meses, e aí fica aquela coisa de... ai ficou dois meses só e fracassou, isso não é verdade! O cara tá usando há trinta anos, quarenta anos não é que fracassou, é uma tentativa que ele teve de resgatar algum tipo de cuidado que estava totalmente desorientado, fora de si, e dele começar a perceber assim que o quanto que essa coisa de sair, ir pra internação e ficar era uma saída meio furada também, eu vejo que nas assembleias assim sabe, questionar um pouco essa história da internação em comunidade (...).acho que o</p>		

		<p>grande desafio é isso assim, faz com ele que seja de fato os autores aqui né, acho que o grande desafio é isso, como é que você faz com o usuário vire autor de fato do processo do CAPS né, e acho que ele tem um pouco feito isso, é a assembleia é um grupo bem importante né,</p>		
	<p>(...) uma cena legal que eu lembro da passeata foi assim a gente tava na rabeira da passeata, a gente era os últimos né? E eu estava lá junto, tocando pandeiro, e eu ficava pensando aqui: <i>que louco isso, porque dentro do grupo de doído da cidade, o que habita a cracolândia é só uma borda deles, borda até da passeata e eu falava: mas que bom que a gente tá aqui!</i> era uma alegria muito grande tá lá com eles assim, porque é isso, se a luta manicomial de fato existe e é de fato pra valer, se é pra valer mesmo então esse doídos que estão no grande manicômio que é a cracolândia, que a cracolândia é o manicômio da cidade né, todo mundo que é viajado diferente fica preso lá só que quem medica não e os médicos cada um faz sua medicação por conta própria ne.</p>			

	<p>então assim, que de fato ele abracem a gente né, a gente é desse território, que é um território espinhoso, que é a cracolândia com a política de redução de danos, não é fichinha então de fato a luta antimanicomial de fato abracem a gente também, que a gente quer também tá perto... só que o jeito que a gente conseguiu se aproximar dessa vez pra mim ficou muito claro assim, que a gente ainda é a borda dessa história, ficamos lá no fundo e tal, o ultimo lugar fechando a passeata mas estava lá pra mim é uma imagem muito representativa sabe do que ta sendo feito aqui.</p>			
		<p>(...) pra mim toda vez que eu venho pra cá eu pego o metrô e o trem e tal, vou meio que me enrijecendo também né, por que aqui eu preciso ser um pouco mais duro assim né, eu não posso ser muito, porque se não você não consegue estipular o limite né, eles te dobram muito fácil</p>		
	<p>(...) é um serviço assim, que te deixa um pouco pilhado, por mais brando assim, meche muito, e acho que pra além dessa história do uso da substância, tem essa coisa do</p>			

	<p>social que é uma coisa muito forte, muito, muito forte, é aquela coisa assim, você entende de fato, vivendo, e assim, o usuário de droga em situação de rua não é qualquer usuário de droga, é o, é a rebarba da coisa, é aquele que já deixou de tudo e a única coisa que importa é o uso de substância e ficar nesse percurso da rua, uma vez eu estava conversando com seu Pedro e ele falou assim, você não tem ideia de como a rua vicia a gente, que a rua é uma liberdade que assim,</p>			
			<p>(...) por que eu tava conversando com ele sobre o albergue né, da vida dele no albergue e tal, ele falava: <i>o albergue é muito cheio de norma, eles são muito rígidos assim</i>, a primeira pisada de bola que você dá ali dentro... nego folga lá dentro, muita folga, os outros que estão lá albergados, fala dos funcionários ficar te tirando né?</p>	

Apêndice 1. 5. : Mapa dialógico do profissional Rodrigo

Trajetória profissional e relação com o trabalho Informações para a apresentação dos entrevistados	Quem é o usuário de álcool e drogas?	Como seria cuidar deles?	Dificuldades quanto aos serviços de saúde	A ação na cracolândia e os impactos no CAPS
<p>(...) eu não tenho nenhuma especialização em saúde mental né? Não tenho nada a não ser a leitura que eu estou fazendo depois e o aprofundamento que eu estou fazendo em álcool e droga e a leitura da legislação das políticas nacionais em saúde mental e de álcool e drogas, na minha formação nunca tive nada(...)Sou bacharel em educação física e licenciado em educação física e nunca tive nada, nada... um grande <i>deficit</i> no curriculum né, que a educação física passa a ser incluída como a categoria da grande área da saúde né, junto com as outras treze. No entanto, não existe formação, não existe um público voltado pra isso né, não tem um período que o ministério da saúde se junta com o ministério da educação pra tentar um programa fazer uma apreciação das carreiras pra tentar toda ostentação e pra CAPS e esse financiamento acaba não acontecendo, e é isso os currículos continuam assim</p>				

<p>né, hoje tem muita gente trabalhando em NASF, trabalhando em CAPS que não tem ideia de debate de saúde.</p>				
		<p>(...) um apelo muito grande pra trabalhar com oficina na rua ,pra poder abrir uma brecha né do consumo que as pessoas estão fazendo né, da droga da situação ali que elas estão né de rua, de uma necessidade de saúde muito grande abre a brecha pra poder oferecer isso diante dessa necessidade, falar ó mano você tá com essa necessidade, a gente tem esse serviço, é um direito seu e você pode acessar a qualquer momento...</p>		
				<p>(...) lá (a cracolândia) também foi um lugar que teve muita importância tanto que até hoje as maiores lojas que vendem instrumentos musicais de samba são lá, são as lojas que vendem pras escolas de samba, por exemplo, é lá que fica a EMESP né que é a Escola Municipal, Escola Estadual de Música é, mais ou menos isso, você tinha perguntando como é que era mais ou menos, aí a gente vai pra essa intervenção né, aí a ação, a rotina dela é um pouco essa né sai daqui vai pra rua com a oficina que a gente teve uma reunião e decidiu qual que</p>

				<p>ia ser chega uma intervenção começa a produzir ela e as pessoas vão se interessando e vão vindo né, ver a gente uniformizado e perguntam o que que é, tem pessoas que conhecem a gente e já chegam</p>
		<p>(...) Os que te conhece, a gente tá há anos falando: <i>nossa e aí como é que tá esse consumo? Será que ele não tá atrapalhando sua vida? Será que a gente não podia bolar formas de dar uma diminuída nesse consumo? Trocar a substância que você tá usando? De repente pensar outros circuitos pra você tá circulando também?</i> Será que a gente não consegue ver um pouco isso, aí a gente vai conversando e vai construindo esse vínculo e aos poucos aproximando o serviço de saúde que às vezes tá muito distante da pessoa, da situação que ela tá do que ficar só esperando que os caras venham e ninguém vai vim... a gente tem que ir pra rua mesmo, a gente tem que assumir o território que a gente tem dentro da limitação que a gente tem que é o único CAPS de todo centro.</p>		
			<p>A gente circula muito tem semana que a gente nem faz</p>	

			<p>oficina porque junta todo mundo e ver que não tem gente pra fazer oficina, a polícia tá reprimindo muito a gente chega e a polícia chega na sequência e com isso não dá tempo da gente fazer oficina, eles tem o olhar muito de que a gente vai pra passar muito a mão na cabeça de um monte de dependente químico, um monte de gente que é ladrão, traficante, tá roubando, tá consumindo droga, cometendo um monte de crime ali... a gente vai passar a mão em cima... não é um equívoco deles diretamente, não é uma crítica ao policial que vai e tenta a prática na ponta de lança, mas da própria corporação e aqui ela ferve né, aí isso obriga a gente a tá sempre circulando pelo centro, então tem algumas ações que a gente bola convite, mas nesse a gente botar lá na praça Júlio Prestes, aí chega todo mundo tal hora vai ter quinze técnicos de saúde trabalhando juntos de uma vez... aí na sexta a gente distribui convite e aí faz encher e aí bomba e tem ação que não adianta você distribuir lá, a polícia passou a semana inteira batendo em todo mundo, você não vai conseguir juntar a galera, tá todo ressarciado.</p>
--	--	--	---

			<p>muito desconfiado, ninguém chega perto, e aí a gente começa a circular e mapear onde os usuários estão, eles andam muito...</p>	
				<p>(...) a polícia empurra eles de um lado, eles vão pra outro... sai da Júlio Prestes vai pra General Hozorio, tá ali aí vem um segurança particulares das lojas com uns pedaços de ferro e ameaçam todo mundo, expulsam todo mundo... aí a galera desce vai para Os Gusmões, de novo o seguranças particular vem e ameaçam ai vai pro outro lado da rua terreno baldio, aí vem a polícia e toca de novo, aí sobem pra conselheiro médio, e aí sempre essa... que foi batizado pela mídia como procissão né, a galera fica andando é bem aquela coisa da tranca mesmo né, da cadeia mesmo né, circulando, circulando, tá parado, tá conversando, tá conversando, tá articulando, tá articulando, tá produzindo alguma coisa contra o que está posto né não adianta.</p>
	<p>(...) a condição de vínculo é difícil, é mais difícil com eles porque eles tem um padrão de consumo da substância que semelhante ao padrão de</p>			

	<p>consumo de todo o resto da sociedade, tudo é baseado no efêmero, no fugaz, as pessoas não tem perenidade, permanência, não tem história...</p>			
		<p>(...) no mundo hoje estão muito colocadas assim né, shopping center é a mesma coisa da cracolândia né, só que lá a galera vende droga, o bagulho é ilícito, shopping todo mundo vai e consome um monte de coisa também ninguém fala nada mesma logica de consumo né, daquela coisa efêmera da moda né, e ai eu acho que o vínculo fica muito dificultado pela forma de organizar a sociedade de hoje né, que é a baseada na ecológica do consumo né, na efetivação da mercadoria né, todos esse elementos que colocam pra gente a demanda de das coisas rápidas, processos abruptos e como é que você constrói vínculo com isso, é muito difícil(.) você não tem alguma coisa pra trocar, pra barganhar fica difícil ne se você não vem com um pandeiro, não vem com um berimbau, não vem com uma coisa pra mudar a rotina do cara fica difícil você construir um vínculo, você só conversar, conversar, eles conversam entre eles, não</p>		

		<p>precisam de mim pra conversar, tem que produzir uma coisa que crie uma bolha ali no espaço dele pra dar o start nesse processo de vínculo né.</p>		
		<p>(...) qualidade entendo que a produção do vínculo é isso, é uma questão dialética é uma disputa entre qualidade e quantidade pra você atingir um determinado avanço qualitativo que pra mim é quando o usuário sai da rua e consegue vim pra cá se tratar pode permanecer na rua, mas quando ele consegue ter esse movimento então é um salto qualitativo, mas pra esse salto a gente precisa quantitativamente tá na vida dele presente inúmeras vezes, inúmeras vezes, não forçando, conversando se oferecendo mesmo, lógica bem do oferecimento mesmo o estamos disponível a qualquer momento ó vem pra cá, veja o serviço que a gente te oferece, você gosta de bater samba? Você vai ter samba lá também, você gosta de bater capoeira, lá vai ter capoeira também...</p>		
		<p>(...) vamos ver se você não tem outras doenças, vamos ver se eles tem outras necessidades né, não só de saúde mas de assistência também, e a partir</p>		

		<p>dessas ofertas que você vai fazendo e dessa frequência que você tá lá, o pessoal vai ficando mais confiante né, vai te olhando com mais confiança, vai te olhando com mais é... Familiaridade, é o ponto que o cara chega na recepção: Ah não, não vim falar com o professor, não quero acolhimento, quero falar com ele... acaba conseguindo uma coisa personificada mas que é necessário pra outro salto qualitativo, vai ficando a figura de uma pessoa, vai ficando o que a gente vai falando né, não sou só eu que tenho aqui, temos uma equipe qualificada que tem mais de um olhar de formação diferente pra você poder ter um tratamento de fato integral que é um direito seu, até que o cara reconheça o serviço de uma maneira maior, mas é mais ou menos este, essa trajetória que a gente faz pra ter o vínculo na busca ativa na rua, quando a gente vai pra rua e é mais ou menos essas etapas que a gente vai passando até conseguir com que eles...</p>	
		<p>(...) concepções de momentos diferentes, aqui tem que vigiar a redução de danos, tem um monte de gente que é muito</p>	

		<p>influenciado pela lógica da guerra das drogas, pela abstinência total, então meu, temos que salvar essa pessoa, é aquela coisa meio picante né, tem pra caramba aqui dentro isso aí meu, muita gente inclusive que esta se reconstruindo a partir da prática aqui, vai ouvindo, vai vendo que não dá certo mesmo e vai se remoldando aqui isso dificulta muito porque o usuário fica perdido, quando ele vem aqui ele procura uma equipe homogênea procura técnicos diferentes mas que falem a mesma língua tem gente que fala muito academicamente, tem gente que fala macio, tem gente que fala duro é a sociedade tem que aprender a conviver com isso também mas é muito difícil alguns momentos são muito delicados no tratamento do cara a gente tá tratando e no ultimo momento, que ele foi açoitado a vinda inteira e toda vez que alguém vim bater nele ele escapa vem alguém e fala mais duro com ele assim não da ele espana na hora, e você perde todo o trabalho que você vinha fazendo,</p>	
		<p>(...) outras coisas assim, é as limitações que a gente tem né,</p>	

		<p>que, sei lá, não posso criticar muito as coisas porque eu sou um trabalhador contratado por CLT, posso ser demitido a qualquer momento dependendo das coisas que acontecerem aqui dentro né? E é inegável que acontece perseguição de várias maneiras né, eu não tenho uma carreira que eu estou garantido que eu posso trabalhar com essa tranquilidade e de repente tocar aqui dentro também um papo com a militância, trazer um debate dos movimentos populares de saúde e diferente,</p>		
		<p>(...) o cara deu um problema mesmo no ping-pong o cara vem <i>ó professor, eu venho aqui só pra jogar ping-pong, a mesinha tá quebrada, bom, e aí? Vamos produzir alguma mudança, o que vocês acham?</i> Pois é foi reprovado na constituição 29 a desvinculação de receita da união que destina dez por cento pra saúde do PIB, aí tipo o cara ,o governo vai decidir se o governo vai ser mais próximo da saúde ou se não, quer dizer...</p>		
		<p>... tem cara que eu estou devendo texto até hoje que eu tive que dar escondido pra ele, sobre privatização da saúde, materiais que eles vão pedindo</p>		

		<p>né, tem que fazer o que dá porque os meninos já levaram já, mas quando eu fico na convivência tipo segunda venho e trago, compro a folha de são Paulo e saio distribuindo quer ler tirinha vai ler tirinha se não entender alguma coisa converse comigo, <i>ah não entendi isso aqui</i>, a isso esta remetendo um aspecto político, isso tá remetendo a um aspecto histórico, a uma questão social ou a uma questão biológica.</p>		
		<p>(...) o cuidado né é uma coisa muito específica né, muito singular por indivíduo como a gente é né... ao mesmo tempo muito determinado pela lógica onde a gente tá inserido né, esse</p>		<p>A gente vinha falando de vínculo né, a gente teve um agravamento de um monte de vínculo que a gente tinha formado, já estabelecido... muito abalado depois da operação... a gente viu o povo da rua reprovando unanimemente a operação e isso não foi feito pra o povo da rua, essa operação foi feita pra quem não quer eles na rua e aí a custo disso eles vão sofrendo né, enfim, ninguém gosta de apanhar, ninguém gosta da cavalaria em cima, enfim...</p>

			<p>mundão onde a gente se contextualiza pra produzir né, a gente acaba percebendo que cuidar da saúde tem que ser baseado muito na capacidade de reprodução social, das pessoas que estão circulando...</p>		
	<p>(...) o cuidado em álcool e drogas não, ele permite uma expansão muito grande de curti tudo assim, mesmo porque são pessoas muito bem dotadas cognitivamente pra conversar, são pessoas que vivem concretamente a realidade muito forte assim, elas sabem o que é que é, elas não sabem o que é o capitalismo mas elas sabem o que é que é ser explorado por outra pessoa das mais diversas maneiras que você imaginar escritas e relatadas na academia, eles já sofreram todo tipo de exploração desde a sexual até de trabalho e isso implica em violência, que já foram violentados de todas as maneira fisicamente, simbolicamente, psicologicamente as pessoas muito calejadas na vida</p>			<p>(...) Primeira coisa ter equipamentos de saúde mental pra todos os territórios né, se cumpra a primeira lei, que ela não vem sendo cumprida</p> <p>(...) eu penso dessa maneira.</p>	

				institucionalmente promoção de novos CAPS a não privatização desses CAPS que forem abridos mas que fossem públicos, 100% estatais, pra que a gente não enfrentasse obstáculo das O.S.S.	
--	--	--	--	---	--

Apêndice 1. 6. : Mapa dialógico da profissional Amanda

Trajetória profissional e relação com o trabalho para a apresentação dos entrevistados	Quem é o usuário de álcool e drogas?	Como seria cuidar deles?	Dificuldades quanto aos serviços de saúde	A ação na cracolândia e os impactos no CAPS
<p>Eu sou técnica de enfermagem, comecei fazendo enfermagem particular e um dia me falaram que tinham um projeto chamado Centro Legal que trabalhavam com moradores de rua que faziam uso abusivo de substâncias de álcool, e eu fiz a inscrição passei pela prova, pelo processo seletivo e entrei nesse projeto. Depois desse projeto depois de uns... de quase dois anos desse projeto teve um processo seletivo interno pra redução de danos, pra trabalhar no CAPS álcool e droga, que já é um cuidado direcionado né que é hoje o Centro Legal, ele abrange é outros cuidados que não só álcool e droga.</p>				
		<p>(...) assim, a nossa o que a gente costuma dizer é que a nossa ferramenta básica é o vínculo né, a gente trabalha com abordagem, trabalha com vínculo, com orientação, com encaminhamento quando possível né, é mas basicamente é o vínculo n? coisa de você chegar, tá no campo todos os</p>		

		<p>dias, abordando, tá se mostrando interessado pelo outro né, é tá se deixando se ver para que o outro se faça ouvido muitas vezes.</p> <p>(...) Essa coisa de você trabalhar com vínculo é um risco grande né, porque dependendo de como tá o campo você tem atitudes diversas né, você tem reações diversas né, então assim, quando nós temos a polícia ostensiva, a gente geralmente fica com o campo agressivo, é... as pessoas ficam esquivadas, desconfiadas né, dificulta muito o nosso trabalho, muito, muito mesmo, eu acho que é o maior, a violência né uma coisa que você tem que tá sempre muito atento... Assim, a minha equipe particularmente a gente nunca teve problemas deles para com a gente, mas a violência tá entre eles, aquela coisa de você tá ali no meio e a qualquer momento você pode ser atingido pela paulada né...</p>		
		<p>(...) a receptividade deles também é bem inconstante né, é tudo muito flutuante sabe né, você nunca tem um dia igual ao outro, nunca, aliás, você não tem uma hora igual a outra nunca né, é imprevisível demais.</p>		

		<p>(...) Sabe, eu já sofri muito, por que... por não conseguir entender como que era trabalhar nessa coisa da linha da redução de danos né, você tá abordando a pessoa, mesmo ela tá fazendo uso ali, você tá por perto, é... mas acho que a gente teve uma capacitação muito boa aqui no CAPS e a e a redução de danos assim ela mudou o meu olhar né, em relação a vida, a minha própria vida, é uma transformação tremenda... é você a partir da redução você passa a respeitar mais o outro, você passa a entender melhor e você deixa de cobrar né, e o interessante da redução é isso, é que mesmo uma aproximação pelo entendimento...</p>		
	<p>....você passa a entender o porque, né muitas vezes o cara tá ali usando você, que antes achava: <i>Ah, esse cara não quer nada e tal</i>, quando você se aproxima, tá com a proposta da redução, que ele passa a se sentir aceito e entendido, muda tudo, a relação com ele muda completamente, as vezes até uma sensação assim de muita liberdade, mas não é... é de profundo respeito pelo outro né, é o que eu sinto né.</p>			

		<p>(...) eu acho que na redução de danos é você acaba destruindo muito do que foi construído a sua vida toda né (...)</p> <p>é aceitar o outro respeitar o outro é compartilhar né deixando claro assim, você tem que se dispir do seu preconceito, é com preconceito não vai, com preconceito não rola mesmo, eu acho que foi uma das coisas mais sofridas pra mim na redução de danos foi isso né, perceber o quanto de preconceito né, por que por mais que você elimine você sempre tem muito né, a gente sempre acha, a gente sempre supõe né, e você indo pra redução a coisa muda de figura, muda muito, é muito interessante.</p>		
			<p>(...) (Quando ela trabalhava no Centro Legal) É nós trazíamos pacientes pra cá, com uma visão completamente distorcida do que era isso daqui porque assim pra gente o CAPS funcionava como uma porta de entrada pra psiquiatria e internação é... não chegou, não chegava até a gente a informação de como realmente funcionava o CAPS, um local de tratamento onde você pode inclusive trabalhar</p>	

				essa redução de danos, e então, nós já trazíamos pacientes pra cá, usuários pra cá que queriam internação é, acabava trazendo pra cá.	
		(...) Isso é bem interessante porque assim, o nosso trabalho não termina lá, ele tá lá na rua e chega até aqui a gente continua acolhendo aqui dentro, a gente acaba fazendo parte de todas as reuniões pra até tá podendo falar sobre esse usuário que a gente conhece lá da rua, de como era essa situação lá na rua, a gente sabe se vai ser um processo muito mais longo, muito mais penoso, muito cheios de sobe e desce né, são muitas as recaídas...			
		(...) a gente tem usuários aí que tem vinte anos de rua... que difícil pra ele é falar dele, que de repente ele não consegue nem falar dele, ele vive num mundo de fantasia tão grande, sabe... que se você sentar com o cara e conseguir tirar coisas dele, quando eu falo coisa assim é sentimento... ele começar a voltar pra dentro de si, é um trabalho árduo não é uma coisa muito fácil, pra ele é muito doloroso e pra gente também porque assim tem que ser profissional o tempo todo...mas			

		<p>uma forma geral eu acho que o acolhimento é a base de tudo sabe, se a pessoa ela chega ela se sente acolhida ela se sente apoiada, ela encontra pessoas que pra elas é possível uma mudança de hábitos, eu acho que o cara começa já a ser bem tratado né, em termo de tratamento... Tem aí a inserção na sociedade que é uma outra parte do tratamento que também é lenta que a gente sabe que é complicado, tudo muito difícil né, e reestruturação né, tem que reestruturar, por que essa estrutura que chega pra gente ela vem tão sem estrutura cara, sentimento de vida sabe, é um trabalho tão árduo, essa parte de falar muito, não presta falar muito (emocionada) alguns tem lá sua necessidades de medicação, que com o tempo né a principio, muitos tem a necessidade mesmo de uma medicação pra curar ansiedade, depressão né, mas é um tempo também que passa né, tem a coisa do tratamento psicológico que é as oficinas acho que ajudam bastante, né e assim quando você volta a fazer parte de algumas oficinas começa a ver o verdadeiro sentido delas né, você ver aquilo ali</p>	
--	--	---	--

				<p>campo, eles viram que o trabalho da gente é, realmente um apoio sabe, que a gente não podia se mostrar nem a favor nem contra... e a gente continuou com o trabalho da gente dentro da saúde, mas dificultou muito muito mesmo eu acho que mexeu muito também sabe, com essa coisa de sentimento nosso sabe? Tanto trabalho que de um dia pro outro você fala assim <i>o que que fizeram?</i> Sabe, a sensação de que te jogaram mesmo um balde de água gelada... Enfim, acho que a gente tá se recompondo agora disso, e os usuários estão todos lutando né? porque muitos procuram internação na verdade pra fuga, porque a coisa era muito agressiva, bem ostensiva era tortura mesmo, o cara não podia sentar cinco minutos se não a policia vinha e expulsava e o cara saia e vinha andando ,andando arrumava um ponto tentava outro e a policia já vinha de vencer mesmo pela dor e pelo cansaço né de deixarem as pessoas loucas assim né, e agora eles estão menos ostensivo, mas ainda continuam lá né tem dias que mais tem dias que menos mas eles continuam lá</p>
		Eu ampliaria esses cuidados		

		<p>sabe, eu acho que a coisa do banho, da comida, a gente chega até a imaginar em umas de nossas conversas, uso assistido sabe de trabalho de conscientização sabe de alto cuidado né pra promover saúde, e hoje existem milhões de cracks né o crack e uma coisa devastadora mas a gente chega a sonhar com uma sala (risos) de uso assistido uma coisa programada de horário(...)</p>		
		<p>(...) como eu trabalho direto lá na rua eu trabalho com pessoas muito desorganizadas, pessoas que estão assim a meses sem tomar um banho sabe, por que a pessoa não tem interesse mais nem pelo banho, tudo que eles querem é usar o crack, então eu acho que banho, alimentação isso são cuidados imprescindíveis porque com a barriga cheia acredito que todo mundo pensa um pouco melhor, consegue organizar melhor as ideias, e assim, é de suma importância né profissionais que saibam lidar com essas situações...</p>		

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: “*A noção de cuidado na atenção a usuários de substâncias psicoativas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)*”

Objetivo: Entender as noções de cuidado presentes na prática de profissionais que atuam na atenção a usuários de substâncias psicoativas no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial.

Declaro que fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa. Entendo que esta visa compreender as noções de cuidado na prática de profissionais na atenção a usuários de substâncias psicoativas.

Estou ciente de que a entrevista será gravada em áudio sendo que a pesquisadora se comprometeu a utilizar os dados obtidos de forma a preservar o anonimato, não divulgando minha voz ou revelando dados que permitam que eu seja identificado(a) e que possam me ocasionar prejuízos de qualquer natureza.

Entendo que minha participação é totalmente voluntária e que, durante a realização da entrevista, poderei interrompê-la no momento em que desejar sem penalização alguma e sem ser em nada prejudicado(a).

Declaro também que fui informado que, em caso de dúvidas sobre o projeto acima referido, posso entrar em contato com a pesquisadora através do telefone: (11)82327932 e e-mail: bruna.souza.psi@gmail.com. E, qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, posso entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que se localiza no endereço: Rua General Jardim, 36, 1º andar-Vila Buarque. Tel: 3397-2464. Email: smscep@gmail.com.

Desse modo, concordo em participar do estudo e cooperar com a pesquisadora.

Nome do pesquisado:

Nome: _____ RG: _____

Data: ___/___/20___. Assinatura: _____

Testemunha:

Nome: _____ RG: _____

Data: ___/___/20___. Assinatura: _____

Pesquisadora:

Nome: Bruna Barreto Cunha Souza RG: 11590721- 16

Data: ___/___/20___. Assinatura: _____

ANEXO 1: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUC- SP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
 SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 201/2011

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social
Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Mary Jane Paris Spink
Autor(a): Bruna Barreto Cunha

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado ***A noção de cuidado na atenção a usuários de substâncias psicoativas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)***

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer substanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **12/09/2011**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **201/2011**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 12 de setembro de 2011.


 Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

ANEXO 2: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0089.0.162.000-11

São Paulo, 29 de Setembro de 2011
PARECER Nº 318/11 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
Bruna Barreto Cunha Souza

Projeto de Pesquisa: "A noção de cuidado na atenção a usuários de substâncias psicoativas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad)".

Tipo: Mestrado

Pesquisador responsável: Bruna Barreto Cunha Souza

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social

Local onde os dados serão coletados: CAPSad III Sé

Patrocinador: a própria pesquisadora

I - Sumário Geral do Protocolo

A descrição abaixo, que está entre aspas, faz parte do resumo que foi descrito pelo pesquisador e que está no corpo do projeto:

"O Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad) surge como um dos elementos que constituem a rede de cuidados dos Usuários de Substâncias Psicoativas-SPA, devendo se pautar em uma nova perspectiva de atenção. No entanto, chama atenção nesse contexto, que os usuários de SPA muitas vezes associados à periculosidade, criminalidade e práticas anti-sociais, têm tido um cuidado de caráter moralista (BRASIL, 2004). A partir de tal realidade, percebeu-se a necessidade de rever os modelos assistenciais existentes. Diante das questões apresentadas, acreditamos que a luta por uma assistência mais humanizada vai muito além da mudança nos modelos de atenção; é necessário que se estabeleça a ruptura de paradigmas ideológicos e resistências silenciosas demonstradas pelas ações e atitudes de profissionais ainda não sensibilizados com a nova proposta..."

Este estudo tem como **Objetivo geral:** Entender as noções de cuidado que dão sustento às práticas profissionais na atenção a usuários de substâncias psicoativas. **Objetivos Específicos:** Identificar os sentidos que os profissionais de saúde constroem sobre o usuário de drogas; Conhecer os princípios norteadores das práticas destes profissionais no cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas; Verificar a compreensão e conhecimento dos profissionais sobre a política adotada pelo Ministério da Saúde aos usuários de álcool e outras drogas; Compreender que aspectos favorecem e/ou dificultam a adoção da política de atenção integral ao usuário de drogas, preconizada pelo Ministério da Saúde na sua prática cotidiana.

Tipo de Pesquisa: análise das práticas discursivas e da produção de sentido **instrumentos para a coleta dos dados:** observação das atividades dos profissionais envolvidos na pesquisa que serão anotadas no diário de campo e a entrevista com estes profissionais

Forma de coleta de dados: Após a autorização da gerência do CAPSad III Sé para a realização da pesquisa na unidade, e a aprovação e a autorização do comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde para o início do trabalho de campo. E antes de iniciar a observação do cotidiano do serviço, a pesquisadora se compromete a realizar uma reunião com os profissionais que compõem a equipe do CAPSad III Sé para explicitar os objetivos da pesquisa e se dispor a esclarecer as possíveis dúvidas. Após irá realizar as entrevistas com os profissionais, as entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise de discurso de todo o material coletado.

Número de amostras: 06 sujeitos

Critério de inclusão: profissionais de saúde que atuam no serviço em questão e que se dispuserem a participar da pesquisa. Será escolhido um profissional de cada categoria e de cada turno de trabalho. Os **critérios de exclusão:** não refere

Análise dos dados obtidos: Será realizada a análise dos dados a partir da metodologia proposta por Spink. A interpretação é realizada durante todo o percurso da pesquisa, sendo vista como uma atividade-meio que assume um caráter não linear e inacabado, redescobrimo-se em formas e conteúdo diversos. Em relação à análise discursiva inicia-se com leituras e releituras do material de modo a deixar aflorar os sentidos, sem colocá-los em classificações ou categorizações. Em seguida serão elaborados mapas dialógicos a partir de trechos das falas selecionadas e de seus temas,

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.3464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Página 1/2



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0089.0.162.000-11

associando a conversa a categorias analíticas. Esses mapas permitem uma maior visualização da dinâmica interacional e dos posicionamentos envolvidos.

II - Considerações.

Apresentação do Protocolo e Avaliação dos riscos e benefícios

A folha de rosto que acompanha o projeto está devidamente preenchida pela pesquisadora. O currículo do pesquisador está de acordo com a pesquisa. Apresenta o orçamento e menciona que as despesas relativas ao projeto serão de sua responsabilidade. O cronograma está adequado, aponta o início da coleta dos dados a partir do segundo semestre de 2011, no corpo do projeto a pesquisadora menciona que irá esperar a autorização deste CEP para o início do trabalho de campo.

Os critérios de inclusão são claros e os de exclusão não foram explicitados. O número de sujeitos está apontado somente na folha de rosto.

Não está anexado o instrumento de pesquisa, no caso o roteiro da entrevista, a pesquisadora irá fazer a gravação destas, indicar como irá proceder a guarda deste material ao término do estudo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O TCLE necessita de retificações. Esta redigido de forma confusa, não está em forma de convite ao sujeito, não menciona os objetivos da pesquisa. Esclarece que "durante a realização da entrevista, poderei interrompê-la no momento que desejar", porém não refere que será sem penalizações ou prejuízo ao sujeito. A pesquisadora não fornece o seu contato telefônico para esclarecimentos referentes à pesquisa. Não fornece telefone nem endereço do CEP-SMS, para dúvidas em relação as questões éticas.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amáry Zatorre Amaral
 Coordenador
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ANEXO 3:Grade de grupos do CAPS AD Sé à época da observação do cotidiano do dispositivo

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
07:30	- Grupo Psicoterapia				- G. Acolhimento
08:00		- Grupo Mosaico		- Decoupage	
08:30		- Grupo Família			
9:00	- Academia			- Futebol	- Academia
09:3			- Ateliê Experimental	- Grupo Cidadania	
10:0	- Batuque de Rua	- Grupo Acolhimento	- Grupo Acolhimento Grupo de Tabaco - Oficina de Capoeira		
10:30		- Grupo Renovação			
11:0				- Assembleia	
13:	- Reunião Equipe	- Reunião Equipe	- Reunião Equipe	- Reunião Equipe	- Reunião Equipe
13:3					
14:3	- Acolhimento - Música - Artesanato	- Oficina de Culinária - Grupo Mulheres	- Grupo Homens - Oficina de Bijuterias		- Reciclando
15:3	- Cinema		- Oficina de Teatro	- Grupo Acolhimento - Oficina Extensões	- Música
16:0		- Grupo de Linguagem Visual			
17:	- Grupo Álcool		- Grupo Família		
18:					-Grupo Múltiplas Drogas