UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

KALLEN DETTMANN WANDEKOKEN

EFEITOS SUBJETIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO VIVENCIADOS POR PROFISSIONAIS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

VITÓRIA
2015

KALLEN DETTMANN WANDEKOKEN

EFEITOS SUBJETIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO VIVENCIADOS POR PROFISSIONAIS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito final para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Maristela Dalbello-Araujo.

VITÓRIA

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Wandekoken, Kallen Dettmann, 1986-
W245e Efeitos subjetivos do processo de trabalho vivenciados por profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas / Kallen Dettmann Wandekoken – 2015.
187 f. : il.

Orientador: Maristela Dalbello-Araujo.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Trabalho. 2. Atenção à Saúde. 3. Serviços de Saúde Mental. I. Dalbello-Araujo, Maristela. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

KALLEN DETTMANN WANDEKOKEN

EFEITOS SUBJETIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO VIVENCIADOS POR PROFISSIONAIS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito final para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em 06 de abril de 2015

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profª Drª Maristela Dalbello-Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Orientadora

_____

Profª Drª Francis Sodré
UFES – Membro interno

_____

Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
UFES – Membro interno

_____

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Externo

_____

Profª Drª Scheila Silva Rasch
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - Membro externo

Ao José Mario,

Meu amado esposo, que me fortalece e me dá paz.

Rocha na qual me apoio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a *Deus* por mais essa oportunidade, por todas as coisas maravilhosas e pelas pessoas especiais que tem colocado em minha vida.

Esta tese se tornou possível porque obtive apoio de várias pessoas. Existem algumas que eu não poderia deixar de nomear e agradecer. São elas:

Meus pais, *Creuza e Altino*, por todo o cuidado, paciência e incentivo: são anjos em minha vida e estiveram sempre ao meu lado! E por terem me ensinado o valor de um sonho e me darem apoio e estrutura para buscá-lo.

Minha irmã *Katler*, pelo incentivo e apoio aos estudos, pela amizade desde o nosso nascimento e pelos momentos de descontração que foram tão importantes!

Muito especialmente ao meu amado marido, amigo e companheiro *José Mário*, por todo o amor dedicado, pela confiança e apoio incondicional. Por ter me amparado a queda, quando me faltou o chão, levantando-me e me incentivando a seguir em frente. Por suas leituras atentas e colaborações tão importantes na minha tese. E ainda, por te me ajudado a acreditar que eu era capaz.

Minha amiga e cunhada *Kheyla*, minha sogra *Élia,* meu sogro *José Mário*, e meu cunhado *Gilmar*, que me incentivam e motivam diariamente. Obrigada pelas orações e por acreditarem que eu era capaz!

Minha amiga *Bela*, que sempre me incentivou a realizar o doutorado e em todos os momentos estava disponível para horas e horas de desabafo. Foram muitos cafezinhos! Muito Obrigada!

Minha amiga *Carol*, pelo carinho, apoio e amizade tão abençoada que se prolonga por 19 anos!

Minha orientadora e amiga, *Profª Drª Maristela Dabello-Araujo*. Agradeço pelo acolhimento, pela confiança e por não medir esforços ao investir em meu crescimento pessoal e profissional. Por ter me proporcionado grandes reflexões no decorrer da produção da minha tese e com certeza grandes aprendizados. Sua sabedoria e dedicação permanecerão sempre em minha mente, coração e atitudes.

Ao grande amigo *Prof. Rubens José Loureiro,* meu orientador na graduação e grande incentivador. Foi durante suas aulas que me apaixonei pela área temática de dependência química.

Á *Profª Drª Marluce Miguel de Siqueira*, minha orientadora no Mestrado e grande incentivadora. Obrigada pela acolhida, pelos ensinamentos e pela amizade!

Todos os membros do *GEMTES*, que me acolheram e sempre me proporcionaram momentos de grande aprendizado na temática de processo de trabalho em saúde. Agradeço pelos incentivos, pelas críticas e sugestões maravilhosas!

Toda a equipe do *CAPSad* de Vila Velha, por terem me acolhido, me apoiado, me fazendo sentir parte de sua história.

À *Profª Drª Francis Sodré*, ao *Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo*, ao *Prof. Dr. Luiz Henrique Borges*, e à *Profª Drª Scheila Silva Rasch* por terem aceito prontamente a compor a banca examinadora e pelas ricas contribuições.

Finalmente, agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização dessa conquista. A *todos vocês* minha enorme gratidão, carinho e respeito.

Um dia me disseram
Que as nuvens não eram de algodão
Um dia me disseram
Que os ventos às vezes erram a direção

E tudo ficou tão claro
Um intervalo na escuridão
Uma estrela de brilho raro
Um disparo para um coração

A vida imita o vídeo
Garotos inventam um novo inglês
Vivendo num país sedento
Um momento de embriaguez

Nós
Somos quem podemos ser
Sonhos que podemos ter

Um dia me disseram
Quem eram os donos da situação
Sem querer eles me deram
As chaves que abrem essa prisão

E tudo ficou tão claro
O que era raro ficou comum
Como um dia depois do outro
Como um dia, um dia comum

Nós
Somos quem podemos ser
Sonhos que podemos ter

Quem ocupa o trono tem culpa
Quem oculta o crime também
Quem duvida da vida tem culpa
Quem evita a dúvida também tem

(Somos quem podemos ser - Humberto Gessinger)

RESUMO

Esta tese apresenta os resultados da pesquisa que teve como objetivo analisar como os trabalhadores vivenciam os efeitos subjetivos produzidos pelo processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). A pesquisa foi realizada sob uma abordagem qualitativa, em um CAPSad do município de Vila Velha, Espírito Santo. A coleta de dados se deu por meio de cinco etapas: 1. Análise documental das políticas vigentes sobre uso de drogas; 2. Análise de prontuários; 3. Entrevista coletiva com dez trabalhadores; 4. Oitenta horas de observação do cotidiano de trabalho; 5. Entrevista em profundidade com treze trabalhadores. Para análise de dados foi utilizada a técnica da Análise Temática. Constatamos que no plano das políticas sobre o assunto,há prevalência de ideias relacionadas à repressão dos usuários, apesar da tentativa do Ministério da Saúde (MS) em abordar a redução de danos como uma estratégia que valoriza o sujeito e sua singularidade. A análise ainda apontou as dificuldades que os profissionais enfrentam neste município para atuar segundo as diretrizes do MS, uma vez que as ações municipais dão ênfase à repressão, à religiosidade e ao amedrontamento como estratégia de prevenção, com apoio da justiça e da polícia. Enfatizamos que tais ambiguidades repercutem no trabalho e para o trabalhador. Apontamos ainda outros aspectos que geram efeitos para os trabalhadores: condições de trabalho precárias (devido à estrutura do serviço, baixos salários e rede de atenção inexistente), falta de reconhecimento (devido à omissão da gerência e à ausência de normas) e sobrecarga (devido à falta de profissionais e aos conflitos nas divisões de tarefas). Essas situações levam a efeitos subjetivos como: desgaste, adoecimento, medo, incapacidade de agir, apatia, desvalorização, desmotivação e no aprisionamento do trabalhador. Notamos que estes efeitos são todos negativos e que os profissionais os vivenciam por meio do distanciamento afetivo no processo de trabalho, o que repercute negativamente na possibilidade de produção de um cuidado efetivo. Sugerimos que haja investimentos na formação de todos os trabalhadores que atuam nesse local, com foco na educação permanente, uma vez que por meio desta há o incentivo da aprendizagem e o enfrentamento criativo dos efeitos vivenciados no cotidiano.É preciso que haja diálogo, seja entre os trabalhadores e a gestão, entre os próprios trabalhadores e entre trabalhadores e usuários.

Descritores: Trabalho. Atenção à Saúde. Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This thesis presents the results of a research that aimed to analyze how workers experience the subjective effects produced by the work process in a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPSad in Portuguese). The research was conducted under a qualitative approach, in a service of Vila Velha, Espírito Santo State, Brazil . The data was collected through five steps: 1. Desk review of existing policies about drug use; 2. Analysis of medical records; 3. group interview with ten employees; 4. Eighty hours of observation of daily work; 5. In-depth interview with thirteen workers. For data analysis, we used the thematic analysis technique.We conclude that in the analyzed policies, has prevailed ideas related to the users repression, despite the attempt of the Ministry of Health (MS in Portuguese), which considers the harm reduction as a strategy that values the person and their uniqueness.The analysis also pointed out the difficulties faced by workers from that city to act in accordance to the MS guidelines, since the municipal actions has emphasized repression, religious approach and intimidation as a prevention strategy, with the agreement of justice and police. We emphasize that the ambiguities have repercussions at work and for the worker. We also point out other aspects that generate effects on workers: poor working conditions (due to the service structure, low wages and non-existent care network), lack of recognition (due to management failure and the lack of standards) and work overload (due the lack of professionals and conflicts in the activities division).These situations lead to subjective effects such as exhaustion, illness, fear, inability to act, apathy, devaluation, lack of motivation and worker's imprisonment.These effects are all negative and workers has experienced them through emotional detachment in work process, which negatively affects the possibility of producing an effective care.We suggest investments in employee training, with a focus on permanent education, since it causes learning encouragement and creative positioning in face of experienced effects in daily life.There is the needfor dialogue, between workers and management, between the workers themselves and between workers and users.

Keywords: Work. Health Care.Psychosocial Care Centers.

LISTA DE SIGLAS

AD - Álcool e Drogas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APADD - Associação de Prevenção e Assistência aos Dependentes de Drogas

CADEQ - Centro de Apoio ao Dependente Químico

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro De Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

CEPAD - Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e Drogas

CONAD - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes

COMSOD - Conselho Municipal sobre Drogas

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRV - Central de Regulação de Vagas

CTT - Composição Técnica do Trabalho

ESF- Estratégia de Saúde da Família

GEMTES - Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde

LADEQ - Liga Acadêmica de Dependência Química

MS - Ministério da Saúde

NIDA - National Institute On Drug Abuse

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PA - Pronto Atendimento

PAIUAD - Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

PMVV - Prefeitura Municipal de Vila Velha

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PTS - Projeto Terapêutico Singular

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEMDES - Secretaria Municipal de Defesa Social

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SESA - Secretaria de Estado da Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISNAD - Sistema Nacional Antidrogas

SUS - Sistema Único de Saúde

TV - Trabalho vivo

TM - Trabalho morto

UAPS - Unidades de Atenção Primária à Saúde

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 13

1 INTRODUÇÃO 17

2 PROCESSO DE TRABALHO: UMA CATEGORIA CENTRAL 20

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE 22

2.2 DIMENSÕES MACROPOLÍTICAS E MICROPOLÍTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE 28

3 EFEITOS ADVINDOS DO PROCESSO DE TRABALHO em saúde: COMO OS TRABALHADORES VIVENCIAM O COTIDIANO? 37

4 OBJETIVOS 52

4.1 GERAL 52

4.2 ESPECÍFICOS 52

5 OPÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA 53

5.1 CONHECENDO O CENÁRIO DE PESQUISA: O CAPS AD EM VILA VELHA 56

5.2 PARTICIPANTES 59

5.3 PERCURSO METODOLÓGICO 60

5.3.1 Análise documental 60

5.3.2 Análise de prontuários: 'trajetórias-sentinelas' 62

5.3.3 Entrevista coletiva 63

5.3.4 Observação 64

5.3.5 Entrevista em profundidade com trabalhadores do CAPSad 65

5.4 ANÁLISE DOS DADOS 66

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA 67

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 68

6.1 ARTIGO 1 -TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: QUE CAMINHO SEGUIR? 68

6.2 ARTIGO 2 -DIVERGÊNCIAS POLÍTICAS E O TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS 89

6.3 ARTIGO 3 - PROCESSO DE TRABALHO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.....103

6.4 ARTIGO 4 - DISTANCIAMENTO AFETIVO NO PROCESSO DE TRABALHO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.....121

6.5 ARTIGO 5 – PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.....143

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....159

REFERÊNCIAS.....166

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VILA VELHA 181

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 182

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1 183

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2 185

APÊNDICE C - TEMAS PARA ENTREVISTA COLETIVA.....187

APRESENTAÇÃO

O interesse pela área da dependência química já me acompanha há algum tempo, de forma que o desejo por uma profissão foi na busca deste propósito. Acreditava, na época, que havia algo além (embora não soubesse o quê) na relação entre as doses diárias de álcool e o indivíduo: além do que eu ouvia ser falta de caráter e tantos outros adjetivos valorativos moralistas. Sabia apenas ser algo mais complexo e para tanto, era necessário ir em busca deste conhecimento.

Assim, no início da graduação em Enfermagem me interessei pela área de Saúde Mental, e tão logo se iniciou a disciplina nesta área eu comecei a participar das atividades no Centro de Apoio ao Dependente Químico (CADEQ), em Jardim Camburi, Vitória - ES. Nesse serviço, a partir da lógica da abstinência ao uso de substâncias psicoativas, a equipe composta por enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médico, entre outros - em sua maioria voluntários, realiza atendimentos individuais ao dependente químico e ao familiar, reuniões em grupo, oficinas de artesanato, e outras tantas atividades. Assim, permaneci no CADEQ por cerca de cinco anos e me interessei pela temática de dependência química. Realizava atendimentos, orientações de Enfermagem, participava das reuniões com a equipe, dos grupos de mútua ajuda, entre outros. Foi naquela casa amarela, simples e acolhedora que iniciei minha trajetória e de fato, meus questionamentos teimavam em aparecer a cada encontro com o dependente químico e com os profissionais.

No trabalho de conclusão do curso, não poderia ser diferente. Busquei discutir quais seriam as implicações do tratamento ambulatorial para o dependente químico e as possibilidades de intervenção, no entendimento dos profissionais (WANDEKOKEN; LOUREIRO, 2010). A partir daí, auxiliei na criação da Liga Acadêmica de Dependência Química (LADEQ) e do projeto de extensão no CADEQ, pois acredito serem experiências que promovem a discussão do tema e a articulação entre teoria e prática. A LADEQ foi uma experiência interinstitucional com foco em discussões sobre a temática, de forma a possibilitar um momento de aprendizado e troca de experiências com outros alunos e profissionais. Já o projeto de extensão no CADEQ foi uma iniciativa a partir da minha atuação nesse serviço, pois acreditava que a teoria é fundamental, mas distanciada da prática era insuficiente para a formação

profissional na área da dependência química. Havia questões subjetivas e singulares difíceis de serem expressas em teoria ou em salas de aula, e a partir dessa constatação, defendi a ideia de que era necessário 'ir além dos muros do faculdade'. Assim, tendo sido compreendida pelo professor da disciplina em Saúde Mental, iniciamos esses dois desafios que acredito terem sido exitosos.

Foi necessário, no entanto, que me distanciasse da área quando fui admitida no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como enfermeira pediátrica. Ao menos, pensava que havia me distanciado, mas não foi surpresa quando por tantas vezes me deparei com pacientes e/ou familiares com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. No entanto, não haviam profissionais com conhecimento nesta área, de forma que as demandas me eram encaminhadas. O conhecimento prévio, então, se fez necessário e mais do que isso, as inquietações continuaram. Não satisfeita, o pedido de demissão aconteceu, e a busca pela pesquisa - sempre atrelada aos atendimentos em dependência química que realizava - tornou-se uma possibilidade ao ser aprovada no Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória-ES. Assim, no cotidiano de construção da dissertação, bem como nas atividades desenvolvidas a partir do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e Drogas (CEPAD) da UFES, vivenciei várias discussões e ricos debates sobre a temática, por meio de seminários e clubes de leitura. Realizei a qualificação da dissertação com a temática rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, no Espírito Santo. Embora tenham ocorrido mudanças, as leituras e discussões sobre a rede (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011), bem como a participação em projetos - como o Projeto Ações Integradas, me possibilitaram reflexões críticas sobre o cotidiano dos trabalhadores e seus desafios.

Não era o momento, no entanto, de mergulhar na temática do processo de trabalho em saúde. O foco da pesquisa foi propor uma estratégia para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para o usuário de crack, a partir do Modelo de Betty Neuman. Foram leituras e discussões intensas sobre a relação do enfermeiro e o usuário, mas nunca pude considerar a atuação deste profissional de forma solitária. Há tanta interdependência na prática de atenção ao dependente químico que mesmo na proposta da SAE, os demais profissionais da equipe não ficaram de fora das análises (WANDEKOKEN, 2011).

Assim, com as reflexões constantes relacionadas à dependência química e ainda com as inquietações sempre latentes relacionadas à atuação dos profissionais diante desta temática, iniciei minha pesquisa no programa de Doutorado em Saúde Coletiva. E ao ser convidada para participar do Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES) da UFES fui me aproximando cada vez mais das leituras relacionadas ao processo de trabalho em saúde - que é uma das áreas de estudo desse grupo.

Nesse sentido, vislumbrar a possibilidade de vincular a temática *processo de trabalho em saúde* à área da dependência química, com suas complexidades e desafios, se tornou enriquecedor. Foi assim que decidimos pesquisar: como os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) vivenciam os efeitos produzidos pelo processo de trabalho? É motivador mergulhar neste tema tão pouco explorado e de grande importância no estado de Espírito Santo. Até porque, diante da política de atenção aos usuários de substâncias psicoativas vigente, o CAPSad se configura como dispositivo central (BRASIL, 2003).

Esta tese, então, insere-se na área de concentração: *Política e Gestão em Saúde* do Doutorado em Saúde Coletiva da UFES. Ressalto que a pesquisa não se destina a encontrar todas as respostas para a inquietação apontada, mas sim discuti-la, o que possibilitará, de forma crítica, diversas reflexões sobre a temática.

Para melhor compreensão, esta tese está estruturada em sete capítulos:

No *primeiro capítulo* ressaltamos que o processo de trabalho produz efeitos nos trabalhadores envolvidos e assim, nos questionamos sobre a temática da dependência química que se trata de uma problemática repleta de vivências complexas.

No *segundo capítulo*, a partir de *Marx*, consideramos o trabalho como categoria central e motor de todos os processos sociais. Com base no mesmo autor, definimos o que é processo de trabalho e suas particularidades, considerando que a essência do trabalho é a interação do indivíduo com a natureza. Em seguida, em tópico separado do mesmo capítulo, discutimos sobre o processo de trabalho na área da saúde. Para tanto, utilizamos os referenciais de *Dalbello-Araujo, Emerson Merhy e*

Gastão Campos. E ainda, com base no referencial de *Edgar Morin*, buscamos nos aprofundar no conceito de autonomia, a partir de uma perspectiva menos individualista, considerando que a autonomia não tem relação com a liberdade absoluta, mas sim com a dependência. Seguimos, assim, para o segundo tópico deste capítulo. Discutimos sobre as dimensões macropolíticas e micropolíticas do processo de trabalho em saúde, utilizando o referencial de *Deleuze e Guattari*. Focamos na dimensão micropolítica, uma vez que se refere também às relações firmadas no processo de trabalho. Para tanto, utilizamos os referenciais de *Franco, Merhy e Dalbello-Araujo*. Enfatizamos que por mais que alguns trabalhadores evitem o encontro, ele é sempre necessário ao trabalho em saúde e produz efeitos diversos nos envolvidos.

No *terceiro capítulo*, discutimos os efeitos advindos do processo de trabalho de saúde. Como nos interessa, de forma peculiar, refletir a temática a partir da dimensão subjetiva, focamos, nesta unidade de análise a discussão sobre a subjetividade. Utilizamos os referenciais de *Rolnik* e de *Franco* que consideram que a subjetividade é social e historicamente construída.

No *quarto e quinto capítulo* são apresentados os objetivos e a opção metodológica de pesquisa, respectivamente.

Já no *sexto capítulo* são apresentados os resultados e discussão no formato de cinco artigos, baseados nos referenciais teóricos utilizados a fim de atingir os objetivos propostos (cada artigo foi apresentado conforme as normas exigidas pela revista em que foi submetido). Ressaltamos que o primeiro artigo foi aceito para publicação na *Revista Trabalho, Educação e Saúde* e os demais foram submetidos em revistas da área da Saúde Coletiva e da Psicologia.

E no *sétimo capítulo* são realizadas as considerações e reflexões finais, de forma que por último está exposta toda a bibliografia usada no decorrer da pesquisa.

Desejo a todos (as) uma boa leitura!!

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde requer atitudes em favor da defesa da vida, pois os trabalhadores são "sujeitos que também sofrem a interferência da vida que pulsa" (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006). Este trabalho carrega várias especificidades, como o encontro em ato e a imprevisibilidade que, muitas vezes, favorece o contato com a angústia, o sofrimento e o desgaste - diferentes em outras profissões.

Neste contexto, Franco e Merhy (2006) evidenciam que no interior dos serviços de saúde há processos de trabalho velados pelo domínio hegemônico das corporações e pela burocracia, que enquadram o serviço conforme seus interesses, impedindo assim, a ação criadora de cada trabalhador. Os autores afirmam que este processo, que é histórico e determinado politicamente, "é institucionalmente subliminar à ação consciente do trabalhador e, por isso mesmo, mecânico". De fato, esta situação cria o que os autores denominam de 'cegueira institucional', ao anular os 'sujeitos autênticos' a partir do aprisionamento do processo de trabalho. "Tornando-os sujeitados ao invés de sujeitos de seu próprio processo de trabalho" (FRANCO; MERHY, 2006, p. 141).

Franco e Merhy (2006, p.139) mencionam ainda que "a forma normativo-burocrática de operar os processos de trabalho em saúde aprisiona a energia transformadora produzida de relações construídas no dia-a-dia do serviço entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários".

Assim, compreendemos que há efeitos vivenciados pelos trabalhadores no processo de trabalho em saúde que implicam o aprisionamento do trabalhador em situações normativo-burocráticas, de forma que ele se torna destituído do protagonismo em relação ao seu processo de trabalho, impedindo, muitas vezes, a livre expressão de sua subjetividade. Logo, cabe considerar, com base em Campos (2002), que o trabalho em saúde depende da autonomia dos trabalhadores, e que nas relações cotidianas que se torna possível emergir o novo, pois lidar com a vida é lidar com imprevistos, com criatividade e iniciativa. Além disso, o trabalho é considerado uma forma de produção de subjetividade, ou seja, uma forma de estar no mundo.

Nesse sentido, Campos (2007), Merhy (2002a) e Franco e Merhy (2006) enfatizam a importância de se analisar o processo de trabalho em saúde, de forma a compreender o que de fato ocorre no cotidiano do serviço e o modo como o trabalho se desenvolve, até porque entender as relações dos sujeitos implicados nesse processo e suas práticas são fundamentais para se pensar em uma mudança no modelo de atenção. Destacamos, ainda, que isso também implica efeitos na atenção prestada aos usuários.

Para Franco (2006) é importante entender que o processo de trabalho se constitui também de dimensões micropolíticas. Assim, é no agir cotidiano coletivo e individual, de acordo com os projetos singulares, que de alguma forma, se reflete o modo como os trabalhadores significam a produção do cuidado. Dessa forma, Franco e Merhy (2006) evidenciam que a mudança nos serviços de saúde é possível a partir de mudanças no processo de trabalho, mas desde que se permita que o trabalho vivo[1] seja o fator determinante na organização e na operacionalização.

Assim, considerando que o processo de trabalho em saúde produz efeitos nos trabalhadores envolvidos, nos questionamos sobre a temática da dependência química como uma problemática repleta de vivências complexas.

Destacamos que o uso de substâncias psicoativas envolve não só questões biológicas como fator de risco, proteção e/ou consequência. Campos (2006b) ressalta que é necessário considerar o espaço-tempo interno do indivíduo, em que se deve acolher o outro em seu momento de dificuldade, que não é só biológica; muito pelo contrário, são vários fatores que estão implicados no sofrimento humano.

Assim, ao refletir sobre o uso, abuso e ou dependência de substâncias psicoativas é preciso atentar-se para a complexidade da questão, considerando o indivíduo como ser único com necessidades e implicações biológicas, psicológicas, sociais, culturais, de desenvolvimento, entre outras (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010; KESSLER; PECHANSKY, 2008; DIAS et al., 2008; BERNARDY; OLIVEIRA, 2000). Esta constatação torna a problemática ainda mais desafiadora para usuários,

[1] Por *trabalho vivo* os autores entendem "o trabalho que opera com base no conhecimento e nas relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários" (FRANCO; MERHY, 2006).

famílias e sociedade em geral, bem como para a consecução das política de saúde e assim, para a atuação dos trabalhadores envolvidos.

Nesse sentido, é importante destacar que a lei nº10.216 foi o instrumento legal e normativo máximo para a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) que a partir de questões como a intersetorialidade e atenção integral busca a implantação de serviços de atenção diária como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad (BRASIL, 2003).

Assim, com base na PAIUAD, os CAPSad devem promover a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos usuários de substâncias psicoativas, utilizando para isso os recursos terapêuticos disponíveis e ainda, entre tantos outros objetivos, deve oferecer atendimento a partir de atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, respeitando uma área de abrangência definida, a partir da lógica de redução de danos (BRASIL, 2003). Como podemos perceber a superação do modelo hospitalocêntrico se inicia com a Reforma Psiquiátrica e as diretrizes subsequentes. No entanto, sabemos que essa só é possível frente à mudança na organização dos serviços e nos processos de trabalho que ocorrem no cotidiano.

Franco e Merhy (2006) ressaltam, neste contexto, que os serviços em saúde em geral operam conforme o modelo hegemônico e são determinados, de um lado, por questões relacionadas à macroestrutura social, da política de saúde e das questões mercadológicas e, de outro lado, são determinantes do modelo de atenção à saúde as formas de atuação dos trabalhadores nos serviços, as relações que estabelecem e a dinâmica cotidiana do trabalho. Em outras palavras, consideramos que há questões macropolíticas e micropolíticas relacionadas ao processo de trabalho em saúde que contribuem na manutenção da lógica do modelo hegemônico que opera nos serviços de saúde.

Diante dessas constatações e questionamentos, entendemos ser importante a análise dos aspectos macro e micropolíticos com vistas a compreender os efeitos produzidos aos trabalhadores envolvidos pelo processo de trabalho. Neste sentido, a pergunta que nos inquieta é: Como os trabalhadores de um CAPSad vivenciam os efeitos produzidos pelo processo de trabalho? Para tanto, a princípio explicitaremos sobre o processo de trabalho.

2 PROCESSO DE TRABALHO: UMA CATEGORIA CENTRAL

À medida em que a sociedade ocidental se desenvolvia, frente ao capitalismo e as transformações ocasionadas pela revolução industrial, o trabalho foi colocado como mercadoria principal e indutor no processo de acumulação capitalista. Assim, o trabalho é destacado como elemento fundamental para o entendimento da sociedade e para o entendimento do indivíduo na vida social (CARDOSO, 2011).

Neste contexto, Faria et al. (2009, p. 23) conceituam o trabalho como o "conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade".

Entre os pensadores que analisam o trabalho, Cardoso (2011) destaca Hegel que nos primeiros anos do século XIX percebeu o trabalho como fonte de toda a riqueza e de toda a civilização, de forma que na relação entre o homem e a natureza, o trabalho seria o elemento mediador.

Dessa forma, é a partir destas ideias que Hegel entende o trabalho como elemento de mediação entre as necessidades subjetivas e as necessidades do outro, de modo que os produtos do trabalho seriam os mediadores entre estes dois. Assim, frente ao sistema de necessidades, para Hegel, nasce a ideia de divisão do trabalho e de fato, a sociedade civil (CARDOSO, 2011). Constatamos, assim, a importância das reflexões de Hegel para o entendimento da categoria trabalho.

Logo, ao herdar a tradição hegeliana, Marx considerou o trabalho como categoria central para explicação sociológica da sociedade ocidental. Segundo Cardoso (2011, p. 269), Marx evidencia o trabalho como uma "eterna necessidade natural da vida social" ao abordar questões como a exploração capitalista, as classes sociais, a alienação, o capital, entre outros. Neste contexto, Marx (2004) considera que o trabalho é o motor de todos os processos sociais e assim, o fator central para compreensão das relações sociais de produção e para compreensão do homem.

Desta forma, embora hoje haja discussões sobre a centralidade da categoria trabalho para a compreensão das relações sociais (CARDOSO, 2011), é a partir

destas considerações que daremos início às nossas reflexões sobre o processo de trabalho.

Diante destas considerações, cabe esclarecer o que entendemos por processo de trabalho. Com base em Marx (2004) definimos o processo de trabalho como a atividade que implica a transformação da matéria-prima em produto, a partir do uso de energia e de instrumentos. Além disso, para o autor, a essência do trabalho é a interação do indivíduo com a natureza a fim de garantir sua sobrevivência.

Destacamos que para Faria et al. (2009) o objeto a ser transformado pelo processo de trabalho pode ser, além de matérias-primas, outros materiais já elaborados ou ainda, condições pessoais ou sociais, entre outros. Como exemplos, os autores citam a transformação de uma pessoa doente em uma pessoa mais saudável; a mudança de comportamento de uma pessoa em relação à sua saúde.

Já sobre os meios de produção (instrumentos de trabalho), os autores mencionam que podem incluir desde máquinas e ferramentas até, questões como o conhecimento e determinadas habilidades. E sobre os agentes do processo de trabalho, Faria et al. (2009, p. 24) afirmam que "os homens são agentes em todos os casos em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos". Assim, o agente do processo de trabalho pode ser tanto um único indivíduo, como também uma equipe de trabalhadores, uma instituição ou uma sociedade.

Para tanto, a finalidade do processo de trabalho depende de questões como a organização social e aspectos históricos vivenciados, de forma que visa à satisfação das necessidades e expectativas dos indivíduos envolvidos. Assim, é no estabelecimento dos fins de uma atividade que se rege o processo de trabalho e de fato, atualmente, há instituições em que a definição de finalidades se encontra fora do poder de decisão dos trabalhadores que realizam as atividades produtivas, tornando-os alienados frente ao processo de trabalho (FARIA et al., 2009) - retomaremos esta ideia de alienação mais adiante.

É interessante que Faria et al. (2009) explicitam ainda sobre os objetivos existenciais ou sociais que são atingidos no processo de trabalho, que podem ou não estar evidentes para os indivíduos que realizam. Dessa forma, os autores consideram que

o processo de trabalho é um momento de exercício de capacidades e de manifestação ativa dos indivíduos, de modo que a capacidade de realizar um trabalho pode ser sim um objetivo.

E ainda, há demais objetivos ou expectativas individuais, grupais ou institucionais que variam e vão muito além da simples realização dos produtos para os quais as instituições estão designadas, de forma que os objetivos do processo de trabalho são estabelecidos por subjetividades em diferentes níveis de estruturação, que funcionam como agentes (em sentido amplo) no processo de trabalho (FARIA et al. 2009).

Neste contexto, após explicitarmos o que entendemos por processo de trabalho e suas particularidades, é interessante apontar as profundas modificações que ocorreram ao longo dos anos a fim de contextualizar seus desdobramentos. Assim, as modificações decorrentes da diferenciação frente ao processo de trabalho na produção, seja frente ao fordismo, taylorismo e toyotismo, demandam formas variadas de exploração que repercutem em questões que comprometem a "objetividade e subjetividade da classe-que-vive-do-trabalho, e, portanto, a sua forma de ser" (ANTUNES, 1995, p. 15).

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Optamos por iniciar a discussão a partir do conceito de *processo de trabalho em saúde*. É preciso ressaltar que teóricos como Maria Cecília Donnângelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves foram pioneiros ao elencar a teoria marxista ao campo da saúde, de forma que este segundo formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, por meio da análise do processo de trabalho médico, em particular (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Para Mendes-Gonçalves (1992) processo de trabalho em saúde se refere ao modo de organização dos serviços a fim de atender as necessidades de saúde dos usuários, ou ainda se refere à configuração e o reconhecimento de novas necessidades. Corroborando com esta ideia, Peduzzi e Schraiber (2008, p. 323) afirmam que processo de trabalho em saúde "diz respeito à dimensão microscópica

do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde".

Mendes-Gonçalves (1992) propõe uma análise a partir dos componentes do processo de trabalho - mencionados anteriormente: objeto ou a matéria a que se aplica o trabalho; instrumento ou meios de trabalho; finalidade e agentes (no caso da área da saúde seriam os próprios trabalhadores da saúde); destacando que a análise destes deve ser articulada, uma vez que é na relação recíproca que se configura um determinado processo de trabalho.

O objeto, por sua vez, se refere ao que será transformado, ou seja, a matéria-prima do processo de trabalho. E, no caso da área da saúde, o objeto são as necessidades de saúde sobre as quais incidem a ação do trabalhador (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Já em relação aos instrumentos, Mendes-Gonçalves (1992) analisa a presença de instrumentos 'materiais' e 'não materiais' do trabalho em saúde, de forma que o primeiro seriam os equipamentos, medicamentos e instalações, por exemplo; e o segundo são os saberes que articulam os sujeitos (agentes do processo de trabalho)e os instrumentos materiais. Assim, os saberes - dimensão imaterial que compõe o ato produtivo do cuidado - permitem a apreensão do objeto de trabalho pelo trabalho, conforme destaca o autor.

Sobre o produto ou a finalidade do processo de trabalho em saúde, Faria e Dalbello-Araujo (2010) mencionam exemplos como a cura, a reabilitação e a promoção da saúde, que coexistem em diferentes formas de produção de cuidado.

Nesse sentido, é importante destacarmos o que entendemos por produção de cuidado. Ressaltamos que as ações cuidadoras não são de domínio apenas dos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, etc.), pois se trata de domínio de todos que de alguma forma atuam na área da saúde (seja o vigia, o auxiliar de serviços, o recepcionista, etc.), além dos próprios usuários e seus familiares. Ou seja, a produção de cuidado deve ser compartilhada por todos, uma vez que a todos é valido os atos de acolhimento, de escuta, o mostrar-se interessado, de forma a possibilitar o encontro que seja de conforto, a partir dos olhares diferenciados (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Questões estas que implicam colocar o usuário em uma posição de sujeito ativo do seu processo saúde-doença, o que de fato, é bem diferente do modelo de assistência hegemônico que o mantém como objeto das ações de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Além disso, ao refletirmos sobre a temática **trabalho em saúde**, constatamos diferentes especificidades. Faria e Dalbello-Araujo (2010) destacam a imprevisibilidade como uma especificidade do trabalho em saúde, já que nesta área as situações do cotidiano são dinâmicas e raramente se repetem, de modo que é preciso considerar a singularidade dos sujeitos envolvidos no processo. Além disso, as autoras destacam que os imprevistos tornam o encontro entre as pessoas uma produção necessária, de forma que o movimento chave do trabalho é de fato o encontro, ou seja, a produção ocorre entre o trabalhador e o usuário. Assim, ambos devem atuar a fim de possibilitar respostas positivas no contexto dos problemas de saúde. Desta forma, é imprescindível que sejam possibilitadas as construções de vínculo, de acolhimento, de envolvimento e de co-participação entre os sujeitos envolvidos (usuários e trabalhadores), até porque ambos devem ser sujeitos ativos na produção do cuidado em saúde.

Assim, outra especificidade do trabalho em saúde é o fato de ser sempre relacional, em ato, nos encontros. Faria e Dalbello-Araujo (2010) mencionam que o trabalho em saúde pressupõe interação entre sujeitos, o que o torna dependente de potencialidades instituintes dos encontros realizados, e Merhy (2002a) compreende que, na saúde, o trabalhador isolado não é capaz de realizar as ações necessárias, pois a produção ocorre em um espaço de relação com o usuário. Assim, neste contexto, a subjetividade é uma das muitas dimensões que integram o trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2012). Campos (2007) afirma ainda que "o trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo".

Ainda, outra especificidade, segundo Faria e Dalbello-Araujo (2010) é que no trabalho em saúde há aspectos de complexidade, dinamismo e criatividade, uma vez que o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam no cotidiano. Lembrando que por trabalho prescrito Dejours (1993) entende aquele idealizado a partir de normas, e por trabalho real aquele que efetivamente acontece no cotidiano Assim,

frente a essa especificidade do trabalho em saúde, entendemos que, muitas vezes, o que é prescrito e normatizado não corresponde ao que de fato ocorre.

Além disso, outra característica definidora do trabalho em saúde é o consumo de seu 'produto' que difere de um outro produto que seja ofertado no mercado, já que o consumo na saúde ocorre imediatamente após a produção da ação, o que forma um espaço intercessor de produção e consumo entre o usuário e o trabalhador (MERHY, 2002a). O autor destaca ainda que neste espaço intercessor tanto usuário quanto o trabalhador possuem necessidades que são satisfeitas de maneiras distintas. Assim, ambos são instituintes de necessidades que atuam como forças nesse espaço com diferentes desejos, intencionalidades, etc (MERHY, 2002a).

Campos (2007), retomando a discussão anterior, menciona a imprevisibilidade como uma particularidade do trabalho em saúde, o que torna mais necessária a autonomia do trabalhador, frente, é claro, à co-responsabilidade pelo planejamento, acompanhamento e resultado final de um projeto terapêutico de produção de saúde. Assim, por meio da autonomia há possibilidade de o trabalhador operar em um espaço de 'autogoverno', (MERHY, 2002a), a partir da reconstrução de dinâmicas e práticas no cotidiano de trabalho (CECÍLIO; MENDES, 2004).

O conceito de autonomia apresenta significados variados conforme a reflexão que se pretende realizar. De maneira geral, o sujeito autônomo é entendido como aquele que 'sabe se virar sozinho'. Autonomia vem do grego 'autos' que quer dizer si mesmo e 'nomos' que quer dizer lei, norma ou regra. Ou seja, uma pessoa autônoma seria aquela que tem o poder de conduzir a si mesma.

Entretanto, esta compreensão não nos satisfaz, já quevivemos em uma sociedade, com pluralidade de seres, culturas e histórias, não devemos entender a autonomia apenas no sentido individual. Assim, buscamos nos aprofundar nesta discussão, a partir de uma perspectiva menos individualista e de forma a ampliar a noção de autonomia ao considerá-la contrária à ideia de independência absoluta. Abordaremos a temática a partir do entendimento de que a autonomia é condição necessária tanto para a saúde do usuário, quanto para a atuação do trabalhador da saúde.

Concordamos que além de produzir o cuidado em saúde, o serviço também deve produzir a autonomia dos usuários, uma vez que segundo Campos (2006) a autonomia deve ser um objetivo ou finalidade do trabalho em saúde, da gestão e da política. Esta forma de se pensar em saúde faz com que haja redefinição do que seria o 'objeto' do trabalho em saúde, visto então como uma articulação entre os problemas de saúde e os sujeitos. Assim, a valorização do 'sujeito' e de sua singularidade faz com que haja uma reorganização nos modelos de gestão e de atenção em saúde. Para tanto, o objetivo do trabalho em saúde seria "a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários" (ONOCKO; CAMPOS, 2006).

Neste contexto, Morin (2000, 2003b), a partir da ideia de complexidade contribui para a outra compreensão de autonomia, ao afirmar que o mundo de hoje se tece em teias altamente complexas. Assim, na complexidade, a capacidade autônoma dos organismos ocorre em processos de “auto-eco-organização”, de forma que os organismos ao mesmo tempo em que são autônomos são dependentes de fatores internos e externos, ou seja, nenhum organismo biossocial tem autonomia plena e absoluta. Para Morin (1996, p. 9) "o pensamento complexo é um pensamento que deve permitir ligar a autonomia e a dependência".

Ainda segundo Morin (2000, p. 83) "a ideia de autoprodução ou de auto-organização não exclui a dependência em relação ao mundo externo: pelo contrário, implica-a. A auto-organização é, de fato, uma auto-ecoorganização". O autor menciona que a auto-organização ou a complexidade biológica do ser vivo é, portanto, um aspecto morfogenético que oferece meios de se criar novas estruturas e formas a partir da complexidade. Com isso ele afirma que quanto maior a complexidade biológica do ser maior será sua autonomia e sua capacidade de decisão e, do mesmo modo, quanto menor sua complexidade menor será sua capacidade de autonomia. Desta forma, a autonomia sofre variações conforme o organismo ou a espécie, conforme a complexidade for maior ou menor. Assim, ele propõe pensarmos a autonomia de forma inseparável à auto-organização (MORIN, 2003, p. 118):

> A autonomia de que falo não é mais uma liberdade absoluta, emancipada de qualquer dependência, mas uma autonomia que depende de seu meio ambiente seja ele biológico, cultural ou social.

> Assim, um ser vivo, para salvaguardar sua autonomia, trabalha, despende energia, e deve, obviamente, abastecer-se de energia em seu meio, do qual depende. Quanto a nós, seres culturais e sociais, só podemos ser autônomos a partir de uma dependência original em relação à cultura, em relação a uma língua, em relação a um saber. A autonomia não é possível em termos absolutos, mas em termos relacionais e relativos.

Desta forma, ao concordarmos com a concepção de um sistema que se auto-organiza conforme seus vários fatores internos e externos, passamos a pensar a autonomia não mais a partir de uma concepção simplista. Entendemos que a autonomia não tem relação a uma liberdade absoluta, mas sim com a dependência. Esta é uma ideia contraditória, mas coerente uma vez que como somos seres culturais e sociais, somos de fato, dependentes uns dos outros e das nossas circunstâncias.

Neste contexto, compreender a dimensão sistêmico-complexa nos faz assimilar as ideias sobre a vida e a noção de organização do sujeito que parece ser fundamental para compreender a autonomia. E, como podemos observar, a autonomia e a dependência não são excludentes entre si. A partir da ideia de complexidade podemos entender que a exclusão e a associação estão presentes nessa distinção.

Assim, a autonomia é sempre relativa, pois "se alimenta da dependência; nós dependemos de uma educação, de uma linguagem, de uma cultura, de uma sociedade, dependemos claro de um cérebro" (MORIN, 2006, p. 66). Esta ideia é compartilhada por Campos (2009, p. 28) quando afirma que a autonomia "é a capacidade de pessoas e coletividades lidarem com a dependência", seja a dependência da sociedade, da lei, do Estado, do paciente, de gênero, entre outras.

Como se vê para ambos os autores, autonomia nunca é absoluta e se relaciona com a capacidade de o sujeito saber lidar com sua rede de dependências. Assim, entendem que a autonomia não é contrária à dependência.

Assim, concordamos que a autonomia e a dependência se autorretroalimentam a partir da teia da complexidade, ou seja, a autonomia se nutre da dependência e vice-versa.

Diante desses apontamentos, ao discutir o processo de trabalho em saúde é preciso considerar a produção realizada em todos os âmbitos, para além de uma análise

fixada na política dita 'oficial'. Assim, veremos a seguir que os contextos macropolítico e micropolítico do processo de trabalho devem ser entendidos como um cenário de disputa de diversas forças instituintes.

2.2 DIMENSÕES MACROPOLÍTICAS E MICROPOLÍTICAS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

No processo de trabalho realizado em um serviço de saúde coexistem as dimensões macropolíticas e micropolíticas. Neste sentido, para Deleuze e Guattari (1996) 'tudo é político', desde que não se considere político apenas a dimensão macropolítica, mas sim a micropolítica. Assim, diferente de outras concepções a respeito da política, os autores nos propõem a refletir a respeito de uma ligação estreita entre ambas dimensões.

Para tanto, é fundamental enfatizar que 'macro' e 'micro' nada tem a ver com grande e pequeno, e nem ao menos com a oposição entre Estado ou sociedade e grupos pequenos.

Deleuze e Guattari (1996) consideram que a diferença entre as duas dimensões se refere ao modo de funcionamento, de forma que a macropolítica consiste em sobrecodificar - segmentar o movimento da vida, e já a micropolítica atua para fluir, para criar. Além disso, os autores afirmam que a primeira possui organização visível e administra a vida de forma instituída, e a segunda possui organização invisível e pode tanto oprimir quanto pode inventar novas conexões. Assim, as dimensões apresentam relações bem distintas, pois a primeira coloca em jogo "conjuntos ou elementos bem determinados (as classes sociais, os homens, determinadas pessoas) e a segunda se refere "aos fluxos e partículas que escapam dessas classes, desses sexos, dessas pessoas" (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 68).

Segundo os autores, "nossa vida é feita assim: não apenas os grandes conjuntos (Estados, instituições, classes), mas as pessoas como elementos de um conjunto" (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 67). A macropolítica, então, se refere a uma 'linha de segmentaridade dura', de forma que "tudo parece contável e previsto, o início e o fim de um segmento, a passagem de um segmento a outro". Já a micropolítica se

refere a uma 'linha de segmentação maleável' que "não é simplesmente interior ou pessoal" (DELEUZE;GUATTARI, 1996, p. 67-72).

Para tanto, elementos de cunho macropolítico seriam, por exemplo, a dificuldade de gestão dos poderes locais, as divergências políticas entre o nível federal e o municipal, entre outros. Entre os aspectos micropolíticos, destacamos as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores no cotidiano, nas relações. Os CAPSad, por exemplo, se constituem na articulação da dimensão macropolítica que determina as normas de funcionamento e de administração, com a dimensão micropolítica que se compõe no modo como os sujeitos (trabalhadores, usuários e famílias) se tensionam entre assujeitamentos e conexões, no exercício singular de cada equipe.

Em outras palavras, para Deleuze e Guattari (1996) a diferença não está entre o plano individual e o coletivo, mas entre dois sistemas distintos que os atravessam: a multiplicidade molar e a molecular. Os autores esclarecem então que a macropolítica se constitui no regime molar, que diz respeito a organização e funcionamento das instituições, e a micropolítica se relaciona com o plano molecular uma vez que diz respeito aos fluxos e processos, ou seja, a nós e nossas relações. Assim, afirmam que "toda sociedade, mas também todo indivíduo são atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra molecular" (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 83).

Isto é, as dimensões se distinguem, mas coexistem (são inseparáveis) e deste modo, não pretendemos negar a importância da dimensão macropolítica, mas afirmar a potência da dimensão micropolítica. Logo, constatamos que a macropolítica é essencial à micropolítica, de forma que aquela é a sobrecodificação dos fluxos desta; e na mesma medida, a micropolítica é essencial à macropolítica, até porque se não a considerarmos corremos o risco de desconsiderar os fluxos que podem tanto fortalecer quanto enfraquecer esta última.

Assim, para Deleuze e Guattari (1996, p. 83)

> se consideramos os grandes conjuntos binários, como os sexos ou as classes, vemos efetivamente que eles ocorrem também nos agenciamentos moleculares de outra natureza e que há uma dupla dependência recíproca, pois os dois sexos remetem a múltiplas combinações moleculares, que põem em jogo não só o homem na

> mulher e a mulher no homem, mas a relação de cada um no outro com o animal, a planta, etc.: mil pequenos-sexos.

Neste caso, Deleuze e Guattari (1996) explicitam que as organizações e funções que compõem a sociedade em nível molar só podem existir porque há a ação de processos materiais menos visíveis, como são os afetos, as crenças, sentimentos, modos de pensar, desejos entre outros.

Assim, na dimensão macropolítica devemos relembrar a organização e normatização dos serviços nas leis e decretos, bem como de problemáticas relativas ao trabalho em saúde enfrentadas pelas diferentes esferas de governo. Nesse sentido, Franco e Merhy (2006) apontam que, em sua maioria, os serviços de saúde funcionam conforme o modelo hegemônico, determinado a partir de questões relacionadas à macroestrutura social, à divisão técnica e social do trabalho, bem como aos aspectos da política de saúde e de ordem mercadológica. E ainda, Merhy (2002a) afirma que os aspectos macropolíticos definem em grande medida a estrutura e a organização dos serviços.

Corroborando com estas ideias, Zambenedetti (2009) entende que a macropolítica deve ser entendida a partir das questões normativas, englobando os modelos e métodos organizacionais. Nesse sentido Merhy (1999) acredita que há jogo de forças entre o instituído e o instituinte, ou seja, entre aquilo que está posto e as possibilidades de criação, frente às novas configurações, de modo que a forma de organizar a gestão em saúde não pode ser baseada apenas em modelos clássicos administrativos.

Neste contexto, Zambenedetti (2009) considera ainda que as questões macropolíticas incluem também um fator subjetivo o que demonstra o grau de autonomia do trabalho em saúde - já explicitado por Merhy (2002a), e exemplifica a atualização das diretrizes macropolíticas da rede de saúde mental que de fato, abrangem o fator subjetivo relacionado à implicação do trabalhador com as diretrizes do processo de trabalho.

Assim, as definições macropolíticas implicam a organização dos processos de trabalho em saúde, mas são colocadas em análise a partir da experiência micropolítica em ato, segundo Merhy (2002a) - até porque entendemos que grupos

não hegemônicos também produzem, em suas práticas políticas. Dessa forma, Franco e Merhy (2006) apontam que os aspectos relacionados à micropolítica da organização dos serviços também dizem respeito às relações que são firmadas no processo de trabalho, bem como aos interesses em jogo no cotidiano do serviço.

Nesse sentido, há aspectos micropolíticos que se expressam, por exemplo, nas relações que usuários e trabalhadores estabelecem no cotidiano dos serviços. Franco (2009) menciona que para se compreender a micropolítica do processo de trabalho em saúde é preciso entender o modo como se produz o cuidado no serviço, considerando as interfaces de saberes e poderes, as intersubjetividades e ainda, o desvendar de aspectos do "encontro mágico entre os trabalhadores de saúde e os usuários". Compreendemos, nesse sentido, que o trabalho em saúde se realiza a partir das relações, de embates entre necessidades e interesses.

Além disso, é no território de ações cuidadoras que há produção do encontro e a possibilidade de construções afetivas de forma a considerar a autonomia do usuário. Por isso, o cuidado é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).Assim, a partir da análise destas questões, é possível entender aspectos do processo microdecisório do cotidiano de determinado serviço, identificando seus problemas e seus ruídos. Nesse sentido, é preciso identificar a tecnologia das relações uma vez que este é um campo privilegiado do 'saber-fazer' (FRANCO; MERHY, 2006).

Para Merhy (2002b) as tecnologias leves são determinantes para a ação criadora de novos padrões assistenciais, e neste contexto, corroborando com as contribuições de Mendes-Gonçalves (1992), o autor afirma que as dimensões relacionais comportam um certo tipo de tecnologia e são centrais no processo de trabalho em saúde, de forma que as tecnologias[2] relacionais foram denominadas de 'leves' e se associam às tecnologias 'duras' e 'leves-duras' no processo de produção de cuidado. Franco e Merhy (2012) destacam que essas três tecnologias irão interferir de formas

[2] Merhy (1998) menciona três dimensões tecnológicas para a produção do cuidado: tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras referem-se a equipamentos, instrumentos e outros materiais usados em diagnósticos e tratamentos; as leve-duras são os conhecimentos estruturados dos diversos saberes presentes nas práticas de saúde; e já as tecnologias leves, referem-se àsrelações construídas entre duas pessoas em ato produzindo uma relação de vínculo e aceitação.

diferenciadas nesse processo, dependendo de diversos fatores, e assim, contribuir para definição do modelo tecnoassistencial.

Neste contexto, Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) explicam que a clínica é território das tecnologias leves-duras, de forma que as negociações estabelecidas no encontro se referem à subordinação dos usuários frente aos detentores do saber. Já a partir das tecnologias leves, os saberes são apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida. "Podem ser ferramenta para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição" (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010, p. 74).

Franco (2006) enfatiza que a vida produtiva se organiza pelas relações, ou seja, pelas conexões que as pessoas envolvidas realizam, e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Para o autor "essa forma de condução dos processos é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra".

Sobre o agir cotidiano dos sujeitos, Merhy (2002b) destaca que há distinções entre protagonismo/liberdade e protagonismo/reprodução no mundo produtivo, o que pressupõe que há distintos modos como os processos de trabalho podem ocorrer, dependendo da centralidade do 'trabalho morto' e do 'trabalho vivo em ato'. Neste sentido, o autor trata da análise da micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde a partir das contribuições de Marx (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Marx (2004), em 'O Capital', trata das relações entre o trabalho morto e o trabalho vivo nos processos industriais. Para o autor, o primeiro se refere ao trabalho já realizado, já incorporado nas máquinas e instrumentos; e o segundo, se refere ao trabalho em ato, no momento da produção e da atividade do trabalhador. Dessa forma, o trabalho vivo, para Marx diz respeito ao trabalho enquanto é executado, e assim, oferece graus de liberdade ao trabalhador na sua atividade.

Assim, para Merhy (2002a), com base em Marx, o trabalho morto se refere a todos os produtos-meios que estão envolvidos no processo de trabalho, como por exemplo, a ferramenta, o equipamento, a matéria-prima, e que são, portanto, resultado do trabalho humano anterior - sem o qual não existiriam. Já o 'trabalho vivo

em ato' se refere ao trabalho criador e "se realiza imediatamente com a produção, sempre um sendo, um dando, em um espaço publicizado, onde penetra a lógica dos interseçores, também em ato, como constitutiva imediata deste trabalho" (MERHY, 2002a, pg. 110).

Neste contexto, para o entendimento destas questões, Merhy (2002b) ressalta as diferenças de abordagem de Marx e Taylor em relação ao processo de trabalho. Segundo o autor, Marx era um anticapitalista convicto e para tanto, defendia a ideia da captura do trabalho vivo em ato pelo trabalho morto, de forma que a libertação só seria adquirida com a consciência operária diante da dominação capitalista. Já Taylor, capitalista convicto, defendia que o operário, sem o controle do capitalista, teria grande liberdade de ação na fábrica o que nem sempre estava de acordo com a produtividade e consequentemente com o lucro esperado. Taylor elaborou, então, estratégias de gestão do processo de trabalho a fim de capturar a autonomia do operário em seu trabalho vivo e subordiná-lo aos objetivos capitalistas.

Dessa forma, entendendo que na micropolítica dos processos de trabalho opera o núcleo tecnológico composto por trabalho morto (TM) e trabalho vivo (TV), Franco (2003) menciona que o encontro entre os dois reflete uma correlação chamada de Composição Técnica do Trabalho (CTT). Dessa forma, quando a CTT é favorável ao trabalho morto, reflete-se em um processo de trabalho com menor grau de liberdade, com medidas rígidas, protocolos e arsenais de regulação (FRANCO; MERHY, 2012).

Ou seja, há processos de trabalho em que a centralidade do trabalho morto pode ser maior, como nas indústrias metalúrgicas e em outros casos em que há uma maior centralidade do trabalho vivo, como no caso da saúde. Logo, observamos que a polaridade trabalho morto x trabalho vivo sempre irá existir, independente do setor produtivo (MERHY, 2002b).

Mas, Franco e Merhy (2006) destacam ainda que as duas dimensões, macro e micropolíticas que envolvem as práticas dos serviços de saúde, raramente, são vivenciadas a partir de um modelo de assistência com foco no usuário. Dessa forma, o aspecto normatizador que envolve o processo de trabalho em saúde, muitas vezes, "aprisiona a energia transformadora" produzida nas relações do cotidiano entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários.

Como se vê, não é raro, observarmos situações em que o trabalho morto captura o trabalho vivo no contexto da saúde (FRANCO, 2003), e é claro que isto influencia na prática da assistência e, produz efeitos aos trabalhadores envolvidos.

No entanto, Merhy (2002b, p. 49) aponta que o trabalho em saúde

> não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.

Neste contexto, Faria e Dalbello-Araujo (2010) afirmam que mesmo que no trabalho em saúde existam procedimentos normatizados, o trabalhador tem conseguido exercer o autogoverno no decorrer do encontro com o usuário, de forma que a captura total desse autogoverno é impossível, frente às suas características.

Dito isso, é preciso ressaltar que Merhy e Franco (2003) são enfáticos ao afirmarem que “o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está sendo produzido”. Assim, Franco (2006) explicita que o processo de trabalho quando exercido a partir da hegemonia do trabalho vivo se revela um mundo dinâmico, criativo, não-estruturado e de alta possibilidade inventiva. Nesse sentido, Merhy (2002a, p. 71) explicita que o trabalho vivo "não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos no seu cotidiano".

Portanto, constatamos que na área da saúde prevalece o trabalho vivo em ato, que demanda a participação do trabalhador na tomada de decisões (MERHY, 2002b). Neste contexto, então, ao trabalhador são solicitadas outras virtudes, pois para enfrentar os problemas do cotidiano de sua prática é preciso qualidades como o saber técnico, a criatividade, a empatia, entre outros – o que o diferencia da força de trabalho requisitada na área industrial, por exemplo.

Franco e Merhy (2012) apontam ainda que o estabelecimento de vínculos, o acolhimento, a condução de projetos terapêuticos são diretrizes que dependem de tecnologias leves para produção do cuidado e que são mediadas pelo trabalho vivo em ato. Destacam ainda que caso estas não ocorram, corre-se o risco de se verificar em seu lugar repetições de "velhas formas de agir, sob os mesmos nomes", como triagem (no lugar de acolhimento), projetos terapêuticos realizados de forma protocolar, entre outras.

Do mesmo modo, Faria e Dalbello-Araujo (2010) compreendem que o processo de trabalho em saúde é totalmente dependente das relações entre os sujeitos. Para tanto, é imprescindível, que no encontro haja produção de vínculo, envolvimento e co-participação de ambos. As autoras destacam, no entanto, que neste encontro estão presentes questões como a dor do paciente, o sofrimento do trabalhador e saberes de ambos, permeado por valores, crenças e as instituições que influenciam a vida na sociedade como a família, a escola, a televisão, a pesquisa, o mercado, ou seja, o cotidiano de trabalho é composto por encontros subjetivos, mas também por embates de interesses.Assim, enfatizam os aspectos micropolíticos do trabalho vivo, na produção de singularidades e como força propulsora para tornar os sujeitos ativos neste processo. Segundo Merhy (2002a, p.126) "o desafio é criar um outro modo de operar o trabalho em saúde e criar solidariedade entre eles [os profissionais] e a comunidade".

Logo, a presença do trabalhador na comunidade, na casa das pessoas, nos barracões da comunidade, nos espaços em comum, pode trazer mudanças consistentes - tanto na maneira da comunidade enxergar o trabalho do profissional, quanto na forma do trabalhador compreender os aspectos relacionados ao processo saúde-doença. Para tanto, são os sujeitos ativos, com conhecimento e criatividade - trabalhadores e membros da comunidade - os produtores de saúde. "Não por mágica, mas por afirmação de potência da vida" (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010, p. 211).

Neste contexto, Franco e Merhy (2006) são enfáticos ao afirmarem que no modelo hegemônico assistencial as relações entre usuários e trabalhadores são, muitas vezes, burocratizadas, de forma que o usuário é visto como objeto à mercê do poder absoluto exercido pelo trabalhador.

Assim, é preciso que o trabalhador esteja disposto para o encontro com o usuário e suas demandas de sofrimento, uma vez que as palavras ditas podem desencadear mais dor do que as próprias paredes e cercas. Neste sentido as condições de trabalho e a saúde do trabalhador são imprescindíveis nesse processo.

Entendemos que tais encontros requerem mudanças complexas - no sentido macro e micropolítico - frente aos agentes produtores e os consumidores - trabalhadores e usuários - que são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados. E ainda que, por mais que alguns trabalhadores evitem o encontro, segundo Dalbello-Araujo (2005) este é sempre necessário no trabalho em saúde e produz efeitos diversos nos envolvidos. Com isso, a seguir, iremos discutir algumas questões sobre os efeitos advindos do processo de trabalho para os trabalhadores.

3 EFEITOS ADVINDOS DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: COMO OS TRABALHADORES VIVENCIAM O COTIDIANO?

Como discutido no Capítulo 2, entendemos que o trabalho em saúde apresenta várias especificidades e entre elas está o fato de depender sempre do encontro em ato entre trabalhadores e usuários e a necessidade de autonomia do trabalhador frente a um cotidiano de imprevistos. Essas especificidades muitas vezes favorecem o contato com o sofrimento do outro e assim, a angústia e o desgaste. Ou seja, o trabalho em saúde produz efeitos também para o trabalhador.

Assim, frente a essas questões, nos propomos a refletir a respeito de como os trabalhadores vivenciam o cotidiano no trabalho. Para tanto, elencamos algumas pesquisas que abordam os efeitos advindos do processo de trabalho em saúde, em diferentes contextos de práticas, com vistas a ampliar nossa visão sobre o assunto.

Há pesquisas que abordam os efeitos do processo de trabalho, ressaltando os fatores aparentes (físicos), ou seja, aqueles visíveis de forma cristalina, mesmo em um olhar mais superficial. A pesquisa de Elias e Navarro (2006), por exemplo, investigou as relações entre trabalho, saúde e as condições de vida dos profissionais de Enfermagem de um hospital, constatando a ocorrência de efeitos como problemas de saúde orgânicos e psíquicos, em decorrência do estresse e do desgaste frente às condições laborais, o que reflete nas condições de vida.

Já na pesquisa de Beck et al. (2006), que também foi realizada com os profissionais de Enfermagem, buscou-se estabelecer relações entre o trabalho da Enfermagem em unidades críticas (como o setor de emergências) e sua repercussão (efeitos) sobre a saúde dos trabalhadores, evidenciando várias doenças crônicas e a verbalização a respeito da dificuldade do cuidado de si e da responsabilidade sobre sua própria saúde.

A pesquisa de Trindade et al. (2007), realizada com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS),concluiu que as cargas (efeitos) de trabalho a que esses trabalhadores estão submetidos podem ser divididas em físicas, químicas, orgânicas, mecânicas e psíquicas, e que é necessário o desenvolvimento do autocuidado.

Já a pesquisa de Wai e Carvalho (2009) identificou, a partir das percepções dos ACS, os eventos que provocam sobrecarga, categorizados em condições de trabalho, questões salariais, de gênero, interface família-trabalho e carga emocional.

Há ainda a pesquisa de Nascimento Sobrinho et al. (2006), que investigou a associação entre as condições de trabalho e distúrbios psíquicos menores em 350 médicos de Salvador - Bahia, constatando elevada sobrecarga, trabalho em regime de plantão, baixa remuneração por hora de trabalho, além da contratação precária por ter remuneração associada aos procedimentos realizados.

Por fim, a pesquisa de Gemelli Hilleshein e Lautert (2008) buscou descrever o efeito do trabalho em turnos para a saúde do trabalhador, destacando as alterações cardiovasculares, a qualidade do sono, o estado de alerta, as alterações metabólicas entre outros.

Entendemos que as pesquisas mencionadas são relevantes para a área da saúde, pois apontam os efeitos do processo de trabalho (embora alguns autores utilizem outras terminologias, como carga, problemas, repercussão, etc.), relacionando-os às condições de trabalho; à ocorrência de problemas vivenciados pelos trabalhadores; às repercussões e consequências desse processo. Ou seja, nessas pesquisas, observam-se muito mais os efeitos de saúde como doenças, sejam elas físicas ou psíquicas. Estas podem ser observadas de forma clara, por parte dos trabalhadores. Por exemplo, se um trabalhador apresenta sintomas de insônia, cefaleia ou dor muscular, ele facilmente consegue associá-los às condições de trabalho. Mesmo a ansiedade, que é um efeito psíquico, se enquadra nessa análise.

No entanto, nem todos os efeitos advindos do processo de trabalho podem ser tão claros ao nosso olhar cotidiano. Muitas vezes o trabalhador pode estar vivenciando efeitos que são mais difíceis de identificar, por tratarem de questões que exigem um olhar mais apurado tanto por parte do pesquisador como também por parte do trabalhador que, por meio da dimensão subjetiva, poderá chegar a conclusões sobre como o processo de trabalho é vivenciado no cotidiano e quais efeitos dele advém.

Nesse sentido, nos propomos a refletir a temática de forma diferente das pesquisas apresentadas, pois nos interessa, de forma peculiar, abordar como os trabalhadores

vivenciam os efeitos do processo de trabalho por meio da dimensão subjetiva, e para tanto, enfocamos nesta unidade de análise a discussão sobre a subjetividade.

Advogamos ser importante compreender a subjetividade para além dos aspectos centrados no sujeito, como se dá no âmbito da Psicopatologia do Trabalho, pois nessa linha de raciocínio, a subjetividade está separada do meio, é algo à parte, centrada no indivíduo e que pode ser abalada por fatores externos, como o ambiente de trabalho.

Rolnik (1997, p. 5) acredita que "é impossível pensarmos a subjetividade a partir da ideia simplista de interioridade, que formada com sua exterioridade constituiria uma relação de causalidade (o segundo evento é consequência do primeiro) ou de dialética (contradição de ideias)". Para a autora, nesta concepção é difícil pensar a mudança, é como se tudo estivesse dado desde sempre e para sempre. Podemos exemplificar o caso de um indivíduo que tem suas questões internas - modos de pensar, de ser, de agir, entre outros - supostamente explicados por aspectos externos - seja o social, o familiar ou tantos outros. Ao pensarmos desta forma, estamos afirmando que os aspectos externos pré-determinam a individualidade - o que constitui uma ideia simplista da temática.

Essas ideias também são mencionadas nos trabalhos de Tittoni (1994), o que leva Dalbello-Araujo (2001, p. 84) afirmar que essa separação entre o mundo do trabalho e o mundo particular do sujeito "põe em risco o próprio projeto de ver emergir as experiências subjetivas da vivência do trabalho". Tittoni, apesar de considerar a vivência do trabalho na construção de subjetividades, insinua que há algo mais profundo a ser revelado. Nessa visão, a subjetividade é tomada como algo individual e profundo, centrada no sujeito, embora admita-se que o mundo do trabalho a influencia.O olhar que tentamos construir para ler a subjetividade se aproxima um pouco mais ao de Losicer (1995), quando afirma que ela (a subjetividade) não é apenas a oposição da objetividade, nem ao menos aquela que define o sujeito como o indivíduo psíquico (mundo interno), mas sim o produto da relação com o outro (relação intersubjetiva). Para este autor, o sujeito é aquele implicado (e produzido) na vida e inclusive pela organização do trabalho. Assim, o autor entende a subjetividade não como sofrendo impactos do trabalho, mas como sendo atravessada e produzida por esta organização (DALBELLO-ARAUJO, 2001, p. 86).

Ou seja, é uma forma de abordar a subjetividade vinculada à organização do trabalho, porém não considera outros fatores importantes, como a sociedade, a família e as demais relações interpessoais.

Guattari e Rolnik (1986) acreditam que devemos pensar a subjetividade de forma diferente à ideia de que existe uma subjetividade como receptáculo de certas questões exteriores que foram são 'interiorizadas' - como se a subjetividade fosse “cofre de pensamentos reprimidos”. Até porque nesta perspectiva, desconsideraríamos os múltiplos componentes da subjetividade, sejam os inconscientes, os relacionados aos grupos primários e os do domínio da produção do poder (em relação à lei, à política, etc.), entre outros.

Diante da discussão exposta, percebemos que a subjetividade não se limita puramente a fatores internos do indivíduo, tampouco somente a fatores externos. A ideia da influência exclusiva do meio sobre a subjetividade é incompleta, assim como a perigosa ideia de que projetamos nossa subjetividade no meio. Assim, consideramos que a subjetividade é algo mais complexo. Concordamos, então, com Franco et al. (2009, p.29) quando afirmam que a subjetividade "é social e historicamente construída e, agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas, que um sujeito tem na sua experimentação e interação social".

Neste contexto, Guattari e Rolnik (1986, p. 33) mencionam que a subjetividade "é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares". Ou seja, a subjetividade não está no sujeito, mas ele a apropria e a vivencia. Campos (2006b, p. 9) afirma que a subjetividade é algo específico a cada pessoa ou a cada agrupamento coletivo, e "é toda e qualquer manifestação dos sujeitos viventes". Logo, para tratar a subjetividade é preciso relacioná-la às ideias sobre o sujeito, de forma que há aspectos materiais e biológicos que o constituem, mas há também fatores externos que interferem no modo de vida e no funcionamento das pessoas.

Assim como Dalbello-Araujo (2001), propomos um distanciamento da ideia de que a subjetividade é algo estático, interno e oculto, ao acreditar que ela é, de fato, produzida na cena e pela cena. Em outras palavras, entendemos que a subjetividade é produzida por vários aspectos, e entre eles está o individual. Porém,

não é produzida no indivíduo ou no coletivo - ela os atravessa, se dá nos encontros. Entendemos a subjetividade como resultado de relações que ocorrem em diferentes instâncias, seja a familiar, a profissional, a política, entre outras.

Compreendemos então que a subjetividade não implica em uma posse do indivíduo, mas uma produção contínua que ocorre nos encontros e nas relações que vivenciamos. Assim, não descartamos a dimensão individual do processo de subjetivação, mas consideramos que a subjetividade é produzida tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais.

Cabe enfatizar que a produção de subjetividade mantém-se em aberto, de forma que cada sujeito, ao mesmo tempo em que absorve os elementos de subjetivação em circulação, também os emite - tornando a produção uma construção coletiva (GUATTARI; ROLNIK, 1986). Ou seja, a subjetividade é constantemente produzida e reinventada.

Nesse sentido, Campos (2012) considera que na dimensão subjetiva está a interação com o outro, e para Guattari e Rolnik (1986, p. 31) este outro pode ser compreendido tanto como o "outro social, quanto os acontecimentos, a natureza e tudo o que produzir efeitos nos corpos e nas maneiras de viver". Assim, para estes últimos autores, a subjetividade é "essencialmente fabricada e modelada no registro do social".

Além disso, consideramos, conforme Deleuze (2001, p. 118), que a composição de si demanda um processo provisório, inacabado, de modo que o sujeito está a todo instante exposto à ação de novas forças e acontecimentos. A noção que abordamos considera que o sujeito não está dado, não é algo prévio, uma vez que ele se constitui nos acontecimentos, nas vivências, nos encontros, de forma a vivenciar os efeitos produzidos.

Assim, para Deleuze e Guattari (1972) é como se cada um condensasse vários sujeitos, pois sempre que nos encontramos em situações específicas - como o cotidiano do trabalho, nas relações familiares - optamos por um certo plano simbólico que nos permite significar essas situações de forma singular. Percebemos, então, que a produção de si ocorre socialmente e ao mesmo tempo em que a produção do mundo (FRANCO et al, 2009, p. 29).

Guattari e Rolnik (1986) ainda afirmam que o modo como os indivíduos vivenciam a subjetividade oscila entre os extremos da alienação e opressão a processos de singularização. O primeiro se refere a processos no qual o sujeito se submete a determinadas subjetividades, e o segundo diz respeito a uma relação de criação em que o sujeito se reapropria dos elementos da subjetividade. Nesse sentido, Guattari e Rolnik (1986) afirmam que o processo de singularização difere da ideia de identidade, pois se relaciona com a possibilidade de viver, de estar em determinado lugar e ser nós mesmos, com a forma como nós nos sentimos, temos ou não vontade de agir e de falar, de estar aqui ou ali, entre outros.

Assim, a partir de Franco e Merhy (2009) entendemos que os sujeitos trabalhadores da saúde atuam com base em sua singularidade, que tem a ver com a forma de estar no mundo e que, por exemplo, o direciona a produzir o cuidado de uma forma e não de outra. Singularidade entendida como o fato de "não reconhecer um sujeito e um objeto *uno*, mas multiplicidades", ao considerar que dependendo das representações simbólicas que o sujeito acessa, ele irá assumir diferentes atitudes tornando-se singular; de forma que não há um sujeito, mas singularidades (FRANCO, 2006).

Franco e Merhy (2009) exemplificam que o que faz com que um trabalhador tenha uma atitude mais acolhedora diz respeito à forma como sua subjetividade significa o mundo e as pessoas com quem se relaciona - ao seu modo de agir no cotidiano.Dessa forma, segundo Deleuze e Guattari (1972) o sujeito pode atuar de modo ativo ao produzir seus próprios projetos e produzir mudanças, ou como sujeitado (alienação e opressão) ao reproduzir o projeto alheio. Ressaltamos ainda que, conforme Sá (2001), ninguém é totalmente autônomo, uma vez que todos nós estamos inseridos em uma cultura que determina, em grande parte, os nossos modos de agir e de ser.

Compreendemos, assim, que ao mesmo tempo em que o sujeito, a partir do trabalho, produz o cuidado em saúde, o mundo sob o qual ele está intervindo o produz como sujeito, por meio dos afetos circulantes nas relações. Nesse sentido, entendemos que o trabalho influencia a história de vida do indivíduo, e possibilita não só a constituição de produtos, mas a própria constituição dos trabalhadores.

Dalbello-Araujo (2001) afirma a subjetividade como invenção de modos de estar na vida. Para a autora, a temática deve ser associada à produção contínua de diferentes modos de viver, elaborados no cotidiano - inclusive no cotidiano de trabalho. Segundo a autora, "homens e mulheres que vivem do trabalho, produzem bens, serviços e produzem a própria vida em cada momento histórico dado" (DALBELLO-ARAUJO, 2001, p. 87).

Corroborando essa ideia, Campos (2007) explicita que o trabalhador se constitui enquanto sujeito imerso em relações sociais, dentre elas o trabalho. Estas alteram seus desejos e necessidades e, dessa forma, o trabalhador é capaz de interagir com seu meio. “Precisamos trabalhar para conseguir um salário, mas também para dar sentido e significado para nossa vida e para a sociedade em que vivemos” (CAMPOS, 2007b, p. 13).

Nesse sentido, ressaltamos a inseparabilidade entre processos de produção de saúde e de produção de subjetividade (CARVALHO, 2009) e, que o SUS só se sustenta quando, na relação entre estes dois processos, a produção de subjetividade ocorra de forma protagonista e autônoma, de modo que os trabalhadores se engajem em novas formas de cuidar e de gerir os processos de trabalho na saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Assim, nos questionamos a respeito de que forma podemos vislumbrar essa subjetividade no cotidiano de trabalho. Segundo Franco (2009) esta é uma pergunta comum quando se trata do processo de trabalho em saúde, uma vez que a subjetividade é tida como algo 'não material', e dessa forma, difícil de ser percebida e analisada no decorrer da produção do cuidado. O autor acredita que a subjetividade se manifesta ao notarmos determinados modos de agir no encontro entre trabalhador e usuário, constatando, assim, que ela interfere sobremaneira na produção do cuidado. Desta forma, compreendemos que nessa relação não há apenas o encontro de dois seres biológicos, mas o encontro de subjetividades, de modo que um significa o outro conforme o "campo simbólico que lhe dá a informação do que o outro representa nesse lugar específico da saúde", definindo uma forma singular nas relações de trabalho, na produção do cuidado e da assistência que pode ou não ser focada no usuário, pode ou não ser acolhedora, entre outros (FRANCO, 2009, p. 156).

Compreendemos, então, que "a produção de saúde não se dá apenas a partir de normas e protocolos, mas a partir da subjetividade de cada trabalhador" (FRANCO et al, 2009, p. 29). Muitas vezes, neste contexto, a rede de saúde é excessivamente normativa, seja ao determinar horários específicos para atender certo tipo de clientela, ao considerar o uso de fichas e senhas para o atendimento, dentre outros (FRANCO, 2006). Ou seja, as diretrizes normativas impõe ao trabalhador 'amarras' na produção do cuidado - é a captura do trabalho vivo que, muitas vezes, dificulta a relação de vínculo e de acolhimento junto aos usuários.

No entanto, Franco (2009) afirma que, no cotidiano, se percebe que os trabalhadores se diferenciam, mesmo que estejam sob a mesma orientação por meio de normas e protocolos, pois prevalece no dia a dia a vontade do trabalhador. Assim, é ele quem decide sobre as relações, os encontros, os vínculos, o acolhimento, de forma que o ato de cuidar ocorre sempre de modo singular, construindo constantemente sua própria subjetividade. Compreendemos, assim, que no trabalho em saúde sempre haverá o autogoverno dos trabalhadores, a partir de sua singularidade, que nem sempre coincide com as normas e protocolos postos e que possibilita a prática da autonomia e da liberdade.

Outra questão que se coloca, é que considerando as dimensões micropolíticas e a partir do trabalho vivo em ato, é possível compreendermos o autogoverno dos trabalhadores na área da saúde e, assim, a liberdade no processo de trabalho que evidencia a construção de práticas de saúde muito singulares, apoiadas por uma subjetividade que tem o desejo como força motora (FRANCO, 2009).

Neste contexto, um elemento fundamental dessa noção de sujeito é a afetividade, ao considerarmos que o "sujeito é alguém que vivencia afetivamente uma situação" (SÁ, 2001). Assim, Dejours (1999) menciona que a afetividade está na base da noção de subjetividade - afeto este que se expressa em gesto, no olhar, nas relações. Questões estas que dependem dos desejos dos sujeitos envolvidos (SÁ, 2001).Isto é, pensar a subjetividade a partir do que nos propomos é refletir sobre as relações, a produção de afetos, os encontros. Questões estas que implicam desejo e interesse.

Assim, Campos (2007d, p. 63) trata a temática da subjetividade frente ao processo de trabalho com base na contradição entre desejo e interesse. O primeiro visto como "fluxos que interferem no pensamento e na tomada de decisões das pessoas baseados no jogo estruturado em torno da busca de prazer ou de gozo", e o segundo frente às ideias da economia clássica e marxista, ou seja, como uma "força voltada para defender a sobrevivência individual ou social das pessoas e grupos". Dessa forma, segundo Campos (2000), os sujeitos de interesses e desejos coabitam espaços de relações de poderes e subjetividades. Sujeito este entendido como um ser dotado de uma subjetividade complexa, com grau de autonomia variável, frente a relações sociais que influenciam seus desejos, interesses e necessidades.

Compreendemos que desejo está relacionado à busca por satisfação e prazer frente a gama de possibilidades, e que interesse está relacionado à defesa de aspectos de importância para manutenção de indivíduos e coletivos. Desta forma, entendemos que ambos coexistem nas relações de poder e nos processos de subjetividade.

Para Deleuze e Guattari (1972) o desejo se forma no inconsciente e é a força que move a sociedade, constituindo o núcleo da subjetividade, de forma a tornar os sujeitos protagonistas de processos de mudanças.

Neste contexto, Campos (1992, p. 93) trata de um dos planos de construção de subjetividade que relaciona o interesse individual com uma certa dose de segurança de forma que o outro das relações individuais ou sociais é "sempre um sujeito também desejante, também portador de uma certa legitimidade ou de uma possibilidade de legitimidade desde que alteradas determinadas relações de poder pessoal, institucional, político ou econômico".

Assim, neste plano, os sujeitos partem da realidade de que há conflitos de interesses, procurando resolvê-los frente à articulação de novas relações que tornem o trabalho criativo e superem os aspectos autoritários e subordinantes.

Dessa forma, o trabalho não negaria as questões relacionadas ao prazer e à solidariedade, bem como seria um espaço para assegurar a sobrevivência, o consumo. Em relação ao afeto, podemos pensar no encontro de dois sujeitos autônomos que realizam seus desejos por meio de um processo cotidiano e voluntário (CAMPOS, 1992).

Estas questões nos levam a refletir sobre a importância do trabalho na análise do sujeito e de fato, nas formas de expressão de subjetividade. Logo, compreendemos a subjetividade a partir de fluxos e complexos de forças, o que nos permite considerar que os modos de vivência do processo de trabalho podem ser constantemente reinventados, dirigidos para a construção da autonomia e da liberdade.

Franco e Merhy (2009) afirmam ainda que devemos compreender o trabalho como categoria associada ao contexto produtivo e relacional, considerando como processo dinâmico e atravessado por diferentes interesses, conforme são os sujeitos inseridos nesse processo de produção do cuidado.

Para Ceccim (2005, p. 161), o trabalhador deve ser mais que sujeito no sentido de assujeitamento frente ao modelo hegemônico, deve ser produção de subjetividade, pois se somos "atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso 'ser sujeito', colocando-nos em permanente produção".

Corroborando essas ideias, Franco e Merhy (2009, p. 309) afirmam que os sujeitos que organizam e se apropriam do seu processo de trabalho são também histórica e socialmente produzidos, de forma que produzem a si mesmo e o mundo que estão inseridos, quando trabalham. Questão que se dá em "processos de subjetivação, que os afetam, tornando-os também resultados das vivências do cotidiano somado às experiências pregressas vivenciadas no seu microcosmo de seu trabalho na saúde".

Diante dessas considerações sobre a subjetividade e após a nossa compreensão de que o processo de trabalho produz subjetivação que tanto pode resultar em subjetividades produtoras de autonomia quanto em processos de alienação, é importante considerar que nos encontros os corpos se afetam, a fim de refletirmos sobre como os trabalhadores vivenciam os efeitos do processo de trabalho.

Neste contexto, é importante mencionarmos que o trabalhador afeta, mas também é afetado pelo processo de trabalho em saúde (FRANCO, 2006), de forma que é preciso compreender o "afetamento nas relações de trabalho, como expressão

subjetiva de produção de cuidado", uma vez que o trabalho em saúde é sempre em redes, requerendo, para tanto, produção de afetos nas relações (FERREIRA; FRANCO, 2009).

Entendemos por afecções os estados dos corpos provenientes da ação de outros corpos, e já os afetos são as variações contínuas desses estados, a partir do aumento ou da redução da potência de ser e agir (DELEUZE, 2002).

As afecções e os afetos são essenciais ao refletirmos sobre os efeitos do processo de trabalho em saúde, uma vez que consideramos que a produção do cuidado em saúde ocorre a partir do encontro e que este produz efeitos no trabalhador, de forma que se faz necessário discutir as afecções produzidas neste encontro e, assim, a variação da sua potência para agir no cotidiano. Lembrando, é claro, que no decorrer do trabalho em saúde há produção de diferentes afetos nas relações estabelecidas, o que repercute na produção do cuidado.Diante destas questões, elencamos a seguir algumas pesquisas que abordaram os efeitos do processo de trabalho de forma semelhante ao que abordamos neste trabalho, em diferentes contextos de práticas.

A pesquisa de Silva (1998) teve como objeto a teia de encontros e seus efeitos produzidos na instituição hospitalar. Entre os efeitos elencados a partir da dimensão subjetiva, ao longo da pesquisa, a autora menciona o individualismo; o corporativismo; a impotência frente a uma estrutura hierárquica centralizadora e o consequente desgaste; a alienação, vista como a impossibilidade de agir de forma criativa no cotidiano de trabalho; a ausência de inventividade e de autonomia dos trabalhadores; a ausência do controle do ritmo de trabalho pelos trabalhadores e mesmo o controle de seus corpos; o impedimento à solidariedade e a desigualdade frente a divisão do trabalho; a pressa, de forma que o 'fazer mais rápido' equivale ao se envolver menos.

Ainda no contexto hospitalar, a pesquisa de Pitta (1991) trata dos efeitos das relações de trabalho e evidencia que diante da hierarquia rígida, dos especialismos, do grande número de protocolos e rotinas, da disciplina e do controle disseminados, entre os efeitos está a homogeinização que não é apenas de ritmos e de gestos, mas também de modos de pensar, agir e sentir. Assim, o hospital tem a função de

ser 'regulador' das relações, de forma que os trabalhadores vivenciam a captura e a dominação, constituindo-se como sujeito nessa relação que tanto é de submissão, como de dependência.

De forma semelhante às pesquisas mencionadas, nesta tese abordaremos como os trabalhadores vivenciam os efeitos do processo de trabalho na sua dimensão subjetiva, considerando a teia de relações produzida, apoiando-nos na ideia de que nos encontros os corpos se afetam e que o processo de trabalho produz subjetivações que tanto podem resultar em subjetividades produtoras de autonomia quanto podem resultar em processos de alienação, considerando que a subjetividade é produzida tanto por instâncias individuais, quanto coletivas e institucionais, e, portanto, atravessada pela dimensão macropolítica em associação com o âmbito micropolítico.

Neste sentido, os dados desta tese serão lidos conforme o referencial teórico que foi utilizado em cada capítulo anteriormente. Ressaltamos que nos baseamos em Marx, Merhy, Campos, Dalbello-Araujo e Morin para tratar de processo de trabalho em saúde e suas especificidades. Em seguida, ao afirmar que o processo de trabalho produz subjetividade, ou melhor, efeitos subjetivos, utilizamos os referenciais de Franco, Dalbello-Araujo, Deleuze, Guattari e Rolnik.

Assim, considerando que a produção do cuidado em saúde ocorre a partir do encontro e que este produz efeitos para o trabalhador, voltamos nossos olhares analíticos para aqueles espaços de trabalho e profissionais que atuam com a temática da dependência química. Pois, somado a tudo que mencionamos sobre a produção do cuidado, acrescenta-se que esta problemática está envolta em aspectos jurídicos, morais, políticos e biopsicossociais extremamente complexos.

Destacamos que o uso de substâncias psicoativas envolve não só questões biológicas como fator de risco, proteção e/ou consequência. Seu manejo e tratamento requerem considerar o espaço-tempo interno do indivíduo, o sofrimento humano e as limitações do usuário. Campos (2006) sugere que se deve acolher o outro em seu momento de dificuldade, compreendendo que este não diz respeito apenas ao biológico; muito pelo contrário, está envolto por vários fatores para os quais muitas vezes os profissionais não estão preparados.

Essas questões são particularmente evidentes no desenvolvimento do processo de trabalho dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPSad). Uma vez que estes serviços são tomados como dispositivos centrais da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, desde o Movimento da Reforma Psiquiátrica e com a promulgação da lei n. 10216 (BRASIL, 2001). Estes serviços figuram nas normas como aqueles que têm responsabilidade de organizar a rede local de serviços de seu território, devendo atuar de forma articulada a outros dispositivos de saúde mental (BRASIL, 2002). Além disso, entre os objetivos dos CAPSad descritos na portaria n. 336/2002, está que este serviço deve promover a reinserção social e a reabilitação psicossocial dos usuários (BRASIL, 2002) - objetivos estes, em alguns casos, difíceis de serem alcançados, tanto pela falta de clareza, quanto pela exiguidade da equipe descrita nesta mesma portaria.

Frente a estas questões, Cambraia (2010) menciona que várias são as funções atribuídas à equipe dos CAPSad: ele deve ser o articulador da rede, o regulador da assistência no território de forma a garantir o acesso e a integralidade. Deve também capacitar as equipes da atenção básica, os serviços e programas no entorno. Esse excesso de funções, segundo a autora, gera inúmeros questionamentos, pois como apostar tanto em um único serviço? E os trabalhadores neste contexto?

Assim, apesar da magnitude do problema do uso e abuso do álcool e de outras drogas por parte da população na atualidade, pouco se discute sobre o trabalhador que atua nos CAPSad - e menos ainda sobre os efeitos subjetivos vivenciados nesta atividade.

Destacamos, ainda, alguns motivos para a escolha do CAPSad como local de pesquisa:

1. o processo de trabalho é dificultado frente às diferentes correntes ideológicas presentes no cenário brasileiro em relação as políticas existentes que abordam a temática, pois a Política Nacional - do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - está ligada, direta ou indiretamente, à segurança pública, e já a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas ressalta a necessidade da diversidade e pluralidade de ações neste campo (ALBUQUERQUE,

2010). Assim, essas divergências e a falta de interação entre as políticas de fato, geram problemas em suas execuções (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

2. o processo de trabalho deste serviço requer atualização constante dos trabalhadores frente às novas drogas que surgem diariamente, bem como aos novos ingredientes que são adicionados às drogas já existentes;

3. o processo de trabalho requer habilidades dos trabalhadores a fim de saberem lidar com temas difíceis como a recaída - etapa que faz parte do tratamento (MARLATT, 1999) e acontece em taxas comparáveis as várias doenças crônicas com componentes biológicos e comportamentais, como a hipertensão e diabetes (DIEMEN, 2012);

4. o processo de trabalho demanda aptidão para enfrentar a realidade do uso de crack, pois o que mais preocupa diante desta realidade é a repercussão devastadora das consequências do uso, uma vez que o uso indevido da substância está associado a inúmeros problemas em curto prazo de ordem biológica, social e psicológica do individuo, familiares e comunidade, além de perda de vínculos importantes, e mais do que isso: lidar com essa realidade sem ter a certeza de que estratégia de tratamento deve ser seguida, pois segundo Kessler e Pechansky (2008) o tratamento de usuários desta droga é difícil, além de se constatar que o uso de psicofármacos pode auxiliar, mas ainda não há uma medicação eficaz no tratamento. Além disso, sobre esta droga, é interessante destacar que, reforçado pela mídia, a posição que ocupa, hoje, na sociedade, é diferente das demais drogas, pois é, muitas vezes, compreendida como a maior responsável "por todos os problemas" (ALBUQUERQUE, 2010) - o que também traz implicações para atuação dos trabalhadores do CAPSad;

5. o plano de tratamento do usuário produzido no decorrer do processo de trabalho deve ser individualizado e reavaliado continuamente frente às mudanças nas necessidades dos indivíduos (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE - NIDA, 2009);

6. o processo de trabalho requer que os trabalhadores sejam aptos a reconhecerem, prevenirem e tratarem comorbidades psiquiátricas associadas ao uso de substâncias

psicoativas (NIDA, 2009), o que torna a atividade mais difícil, pois em muitos casos ambas se confundem entre si, ou ainda com sintomas da abstinência;

7. diante da tamanha fissura pela droga sentida pelos usuários, uma das grandes dificuldades no tratamento, segundo Cetlin (2010) é o estabelecimento de vínculo terapêutico com a instituição, e de fato a adesão ao tratamento.

Desta forma, a escolha de um CAPSad se justifica, pois a trajetória da autora - já explicitada na Apresentação desta tese - sempre foi na direção da temática álcool e drogas, o que com certeza motivou a realizar esta pesquisa.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar como os trabalhadores vivenciam os efeitos subjetivos produzidos pelo processo de trabalho em um CAPSad.

4.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de trabalho de um CAPSad;

- Analisar as dimensões macro e micropolíticas atinentes a esse processo;

- Identificar os efeitos subjetivos produzidos pelo processo de trabalho;

- Analisar como esses efeitos repercutem na produção do cuidado.

5 OPÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

A história da existência humana é marcada pela tentativa de explicar os acontecimentos que a rodeiam, de forma que o conhecimento científico se tornou a forma legítima de racionalidade da sociedade moderna. No século XIX, então, há o predomínio das ideias positivistas que desconsideravam qualquer aspecto subjetivo e acreditavam que conhecer significa quantificar. Assim, "as qualidades intrínsecas do objeto são, por assim dizer, desqualificadas e em seu lugar passam a imperar as quantidades" (SANTOS, 1988).

No entanto, estes pressupostos começaram a ser questionados, principalmente por pesquisadores das ciências sociais, uma vez que os critérios que até então garantiam credibilidade aos resultados científicos não se aplicam aos fenômenos sociais e não respondiam aos graves problemas sociais presentes. Dentre outros motivos, buscavam-se a criação de leis universais a fim de se resolver todas as demandas, independente do tempo e do espaço em que se configurava o problema em questão (MINAYO, 2008).

Santos (1988) e Alves-Mazzotti (1998) mencionam que dentre a estes pressupostos está a constatação de que as Ciências Sociais não podem produzir previsões fiáveis já que os indivíduos modificam o seu comportamento conforme o conhecimento que se adquire sobre eles; que os valores do pesquisador podem interferir na pesquisa; que o conhecimento nunca é inteiramente objetivo; e que estas ciências não são objetivas, pois os sujeitos estão implicados no ato da observação. Neste sentido, seguir os princípios do paradigma dominante significava se despir de qualquer dimensão subjetiva, de forma que a neutralidade do pesquisador frente ao seu objeto de pesquisa se faça sempre presente.

Dessa forma, outros pressupostos foram se afirmando, partindo da ideia de que existem outras formas de se conhecer a realidade além das expressadas então pelo paradigma dominante. Essa outra forma, denominada conhecimento pós-moderno ou paradigma emergente conforme conceitua Santos (1988), evidencia que o conhecimento tende a ser não dualista e neste sentido, há superação da distinção entre sujeito e objeto.

Em outras palavras, este novo paradigma, no qual nos embasamos, considera que a compreensão de sujeito e objeto não são excludentes, e sim complementares. Com base nestas ideias, buscamos em Morin (2002) a noção de objetividade. Para o autor, todo conhecimento envolve um sistema complexo constituído de objetivação e de subjetivação, de forma que o conhecimento científico é produzido a partir desta interação. Segundo Morin, assim como acontece na microfísica, o observador 'perturba' o objeto, do mesmo modo que o objeto 'perturba' a percepção do observador.

Diante destas questões, destacamos que Santos (1988) considera que para compreender os fenômenos sociais é necessário utilizar uma abordagem qualitativa, com vistas à obtenção de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo. Além disso, a abordagem qualitativa, segundo Deslandes e Assis (2002), tem a “[...] pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas, quanto as interpretações das práticas [...]”.

Assim, com base em Boaventura de Souza Santos (1988), consideramos que a ação humana é radicalmente subjetiva, e sendo o comportamento humano diferente dos fenômenos naturais, não pode ser explicado a partir de questões objetiváveis, uma vez que o mesmo ato pode ter sentidos de ação muito diferentes, ou seja, diferentes significados.

Corroborando com essas ideias, Minayo (2008) menciona que o núcleo básico da pesquisa baseada na abordagem qualitativa objetiva compreender o significado dado pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, e tem como objeto as relações humanas, as representações e a intencionalidade – questões que dificilmente podem ser traduzidas em indicadores quantitativos.

Ou seja, concordamos que sujeito e objeto coexistem na pesquisa e que ao tentarmos isolar o objeto podemos destruir a sua realidade, como aponta Morin (2002). E, com base neste autor, compreendemos a realidade da pesquisa como realidade complexa, pois complexo "é algo que ao mesmo tempo em que está sempre relacionado, é algo que está sempre inacabado, incompleto e em constante vir-a-ser". Além disso, sabemos que como sujeito-pesquisador também fazemos

parte desta realidade complexa e para tanto estaremos sempre em busca de sua compreensão.

Dessa forma, com base na ideia de complexidade, como sistema constituído de objetivação e de subjetivação seria inviável compreendermos a pesquisa a partir da neutralidade. Consideramos que a pesquisa é influenciada pela subjetividade do pesquisador, suas ideias, trajetória, seus valores e crenças. Neste ponto então, fica clara a afirmação de Santos (1988) ao dizer que o objeto é a continuação do sujeito por outros meios e por isso, "todo conhecimento é autoconhecimento", e a afirmação de Dalbello-Araujo (2008) ao mencionar que "o pesquisador se afeta e é afetado pelas relações de pesquisa que estabelece".

É importante ressaltar que esta postura não significa ausência de rigor científico, mas sim um forma de compreender a temática que será pesquisada para além das dicotomias subjetividade/objetividade e sujeito/objeto. Neste sentido, Dalbello-Araujo (2008) adverte que desde a formulação do problema de pesquisa e, mais ainda, na fase do trabalho em campo, é essencial que as convicções do pesquisador não se sobreponham ao inusitado.

Ressaltamos que a objetividade destacada anteriormente será alcançada ao compreendermos a complexidade do objeto de pesquisa, o que nos leva a rever constantemente e criticamente a temática estudada; a estabelecer categorias; e a utilizar técnicas adequadas para análise específicas, de forma a reduzir a expressão de juízo de valores na pesquisa e para evitar discursos e análises ingênuas (MINAYO, 2008). Além disso, Alves-Mazzoti (1998) aponta que ao submeter a pesquisa a constantes análises críticas dos pares, a objetividade tende a ser alcançada - o que será também nosso propósito na busca do rigor científico.

Assim, diante de todas as questões apontadas, optamos pela abordagem qualitativa como estratégia metodológica para o desenvolvimento da pesquisa, pois ela nos possibilita compreender o dinâmico processo de trabalho e seus efeitos, que por se tratar de fenômeno social e complexo é intermediado tanto pela subjetividade quanto pela objetividade.

5.1 CONHECENDO O CENÁRIO DE PESQUISA: O CAPS AD EM VILA VELHA

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) do município de Vila Velha, serviço que integra a rede de atenção em saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) da Prefeitura Municipal de Vila Velha (PMVV), estado do Espírito Santo.

Neste sentido, cabe esclarecer os motivos que nos levaram a escolha pelo CAPSad no município de Vila Velha. Como o foco da nossa pesquisa está nos efeitos vivenciados pelos trabalhadores de um CAPSad, a busca foi por um local em que estes efeitos pudessem estar mais evidentes e, de fato, ao pensarmos nesta questão, acreditamos que a desarticulação de uma rede de atenção em álcool e drogas contribui para estes achados.

Assim, observamos, conforme as fichas de informações municipais de 2013 (SESA, 2013), que o município de Vila Velha atualmente possui apenas um CAPSad do tipo II em sua rede e ainda não foi implantado um CAPS-II ou III voltado para portadores de transtorno mental, ao passo que frente ao número atual de 420 mil habitantes, segundo a Portaria GM 336/2002, o município deveria ter dois CAPSad do tipo III - 24 horas (BRASIL, 2002). E ainda, constatamos que o município de Vitória possui três CAPS, sendo um CAPS-III, um CAPSad-III[3] e um CAPSi, e o município da Serra possui dois CAPS, sendo um CAPS-II e um CAPSad (SESA, 2013).

A princípio, a fim de conhecer nosso cenário de pesquisa, é importante nos aventurarmos pelo município de Vila Velha, até porque não se pode deixar de ressaltar que o 'Espírito Santo começou por Vila Velha'. Fundada em 23 de maio de 1535 pelo donatário Vasco Fernandes de Coutinho, a cidade foi denominada Vila do Espírito Santo, mas por discordâncias a capital foi transferida para a cidade vizinha (VILA VELHA, 2013a).

Atualmente, o território municipal está dividido em cinco regiões administrativas, conforme a lei nº. 4.707 de setembro de 2008 (VILA VELHA, 2008). Logo, são as

[3] Na modalidade CAPSad III em funcionamento desde dezembro de 2011, porém ainda não cadastrado oficialmente nesta modalidade.

seguintes regiões: Região 1 – Centro (18 bairros); Região 2 – Grande Ibes (21 bairros); Região 3 – Grande Aribiri (17 bairros); Região 4 – Grande Cobilândia (14 bairros); Região 5 – Grande Jucu (21 bairros).

Quanto à assistência à saúde, há no município dezoito Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), sendo que destas oito funcionam com a política de Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde equipes multidisciplinares mapeiam territórios para visitas domiciliares. Já as outras dez funcionam como unidades de saúde com consultas agendadas e atendimento de demanda espontânea (VILA VELHA, 2013b). É importante destacar que destas unidades, seis possuem equipes treinadas em dependência química e podem realizar o direcionamento para o CAPS, são elas: Paul, Ibes, Vila Nova, Vale Encantado, Coqueiral de Itaparica e Ulisses Guimaraes (VILA VELHA, 2013c).

Além disso, o município possui em sua rede assistencial de saúde: um Centro Municipal de Atenção Secundária (Cemas Mais Saúde); um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad); uma Central Odontológica; dois serviços de Pronto Atendimento (PA) – Glória e Cobilândia; um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviço de Atendimento Especializado para portadores de HIV/AIDS; um Hospital Municipal em Cobilândia; Serviço de Vigilância Epidemiológica e Serviço de Vigilância Sanitária (VILA VELHA, 2013b).

A partir destas informações, vamos então nos aprofundar no nosso cenário de pesquisa. O CAPSad de Vila Velha foi o segundo serviço municipal implantado no estado para o atendimento de usuários de álcool e outras e drogas, iniciando suas atividades em 2005. Anteriormente só havia no estado o CAPSad de Vitória, anteriormente denominado Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) – implantado em 1993, e só em 2006 é que ocorreu a inauguração do terceiro CAPSad, no município da Serra (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; SIQUEIRA, 2008). Como mostra o documento oficial, Brasil (2010b), que aponta o estado com apenas 03 CAPSad na região metropolitana.

Hoje, o CAPSad Vila Velha fica localizado na Rua Frei Firmino Matuschek, nº 39, no centro da cidade. É um serviço aberto, que visa ofertar um tratamento em comunidade, mantendo o vínculo com a família e com o trabalho. Funciona de 2ª a

6ª feira, das 7 horas às 18 horas para atendimento ambulatorial e para atenção diária - hospital dia (VILA VELHA, 2013c). No serviço não há internação, os atendimentos são realizados somente para maiores de 12 anos e englobam as consultas realizadas pelos psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, pelos grupos terapêuticos e pela atenção diária (VILA VELHA, 2013c).

O CAPSad possui uma equipe multidisciplinar composta por três psicólogos; três assistentes sociais; três enfermeiros (sendo que um reveza suas atividades entre o Consultório de Rua e o CAPSad); dois técnicos de Enfermagem; um terapeuta ocupacional; dois educadores físicos; uma farmacêutica; um psiquiatra; dois médicos clínicos gerais; uma gerente (psicóloga); duas auxiliares de serviços gerais (serviço terceirizado); uma assistente administrativa; três recepcionistas (uma no turno matutino e duas no vespertino); dois vigilantes (serviço terceirizado, com plantão de 12 por 36 horas).

Ressaltamos ainda que o município de Vila Velha foi o primeiro do Estado a constituir uma Subsecretaria de Políticas de Combate às Drogas, em parceria com as demais secretarias municipais e instituições envolvidas (4º Batalhão da Polícia Militar; 1º Batalhão Bombeiros Militar; Departamento de Polícia Judiciária; Delegacia de Homicídio e Proteção a Pessoas; Vara da Infância e Juventude de Vila Velha; Ministério Público; Defensoria Pública; Ordem dos Advogados do Brasil; e Instituições Religiosas) (VILA VELHA, 2013d).

Assim, segundo informações, em Vila Velha (2013d), esta subsecretaria tem como objetivo desenvolver ações de prevenção ao uso de drogas, a partir de parcerias com os demais órgãos da administração municipal especialmente em escolas, entidades comunitárias e áreas públicas. Este mesmo documento, afirma que essas parcerias servirão para dar assistência ao dependente químico em todos os níveis de complexidade.

O mesmo documento, afirma ainda que no município de Vila Velha as ações de combate às drogas estão estruturadas em três eixos de intervenção e trabalho: prevenção e tratamento, espaços urbanos seguros e repressão. Dessa forma, no primeiro eixo, são desenvolvidas ações que visem à redução de danos, o acolhimento e tratamento e ações formativas por meio das Secretarias de Defesa

Social, Ação Social, Saúde e Educação; no segundo eixo as ações enfatizam a melhoria de praças, iluminação pública e instalação de pontos de policiamento eletrônico, por meio das Secretarias de Obras, Serviços Urbanos e Defesa Social; já no eixo repressão, as ações visam desestruturar pontos e comércios usados de forma irregular para comercialização de substâncias químicas, por meio de operações da Policia Militar, Polícia Civil, Bombeiros Militar e Vara da infância e Juventude (VILA VELHA, 2013d).

5.2 PARTICIPANTES

Trabalham atualmente no CAPSad de Vila Velha 28 trabalhadores, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes administrativos, motoristas, recepcionistas, vigilantes, auxiliares de serviços gerais, farmacêuticos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, gerentes, técnicos em Enfermagem e assistentes sociais.

Nesta pesquisa incluímos todos os trabalhadores que de alguma forma participam do cotidiano de trabalho deste local. Assim, optamos por incluir os trabalhadores que atuam como motorista, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e vigilante. Buscamos assim, adotar uma perspectiva ampliada, pois entendemos como sendo o trabalhador de saúde não somente aquele capaz de intervir a partir de conhecimentos técnicos em questões de saúde e sim, todos aqueles que de alguma forma intervém na cadeia produtiva do cuidado. Dessa forma, estes trabalhadores citados, estão inseridos no contexto produtivo do CAPSad de Vila Velha e ao realizar tarefas administrativas ou de apoio (como limpeza, segurança, condução do carro, marcação das consultas, entre outras) estabelecem um encontro com o usuário e assim, interferem na produção do cuidado.

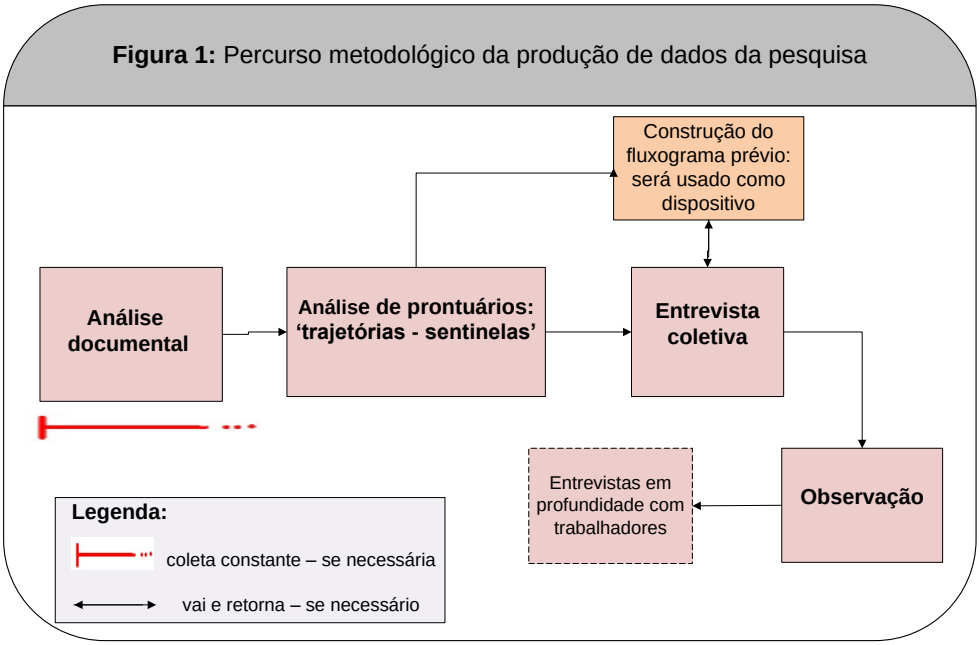
Nesse sentido, consideramos que todos os trabalhadores inseridos no serviço atuam na produção do cuidado, a partir do contato com o usuário (MERHY, 2002a). Para tanto, todos os trabalhadores independente de sua formação ou função foram convidados a participar da pesquisa, de forma que não haverá qualquer identificação, pois acreditamos que todos estão atravessados pelas forças, emoções, ansiedades e desejos. Optamos por não identificá-los por função, pois não

levaremos em consideração a formação ou o nível de escolaridade de cada participante uma vez que estamos considerando o serviço como um todo e que todos estão implicados na mesma realidade.

5.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Ao refletir sobre a produção dos dados, Alves-Mazzotti (1998) afirma que entre as características da abordagem qualitativa está a pluralidade metodológica, ou seja, um conjunto de métodos e técnicas de que se dispõe para buscar a aproximação com o real. Assim, optamos por várias técnicas, a fim de possibilitar uma melhor compreensão de sua realidade. Abaixo segue a Figura 1, que descreve o percurso metodológico da produção de dados que foi seguido, e em seguida, cada etapa será detalhada.

Figura 1: Percurso metodológico da produção de dados da pesquisa



5.3.1 Análise documental

A análise documental foi realizada com o objetivo de auxiliar na compreensão das dimensões macropolíticas do processo de trabalho, uma vez que o entendimento das estratégias de atuação propostas aos trabalhadores dos CAPSad, dos objetivos do CAPSad, os aspectos relacionados à rede de atenção, o número de profissionais direcionados à equipe e aspectos relacionados ao planejamento terapêutico dos CAPSad, estão presentes em portarias, leis e políticas. Deixamos claro que esta

etapa ocorreu desde o início da coleta de dados e teve continuidade durante todo o processo da pesquisa, uma vez que compreendemos a importância que alterações políticas produzem no contexto dos serviços.

Segundo Lüdke e Andre (2009), por se tratar de uma técnica exploratória, a análise documental indica aspectos que devem ser mais bem explorados por meio de outros métodos, além de ser útil para complementar as informações obtidas por outras técnicas de coleta. Neste sentido, para Oliveira (2007) se trata da busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias.

Considerando estas ideias, Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) mencionam que ao utilizar documentos na coleta de dados é preciso estarmos aptos a avaliar a credibilidade dos documentos a partir de um olhar crítico. Além disso, os autores mencionam ser primordial que em todas as etapas da análise documental sejam avaliados o contexto histórico em que foram produzidos tais documentos, o contexto social e político do autor, bem como conhecer as questões socioeconômico-culturais e políticas que levaram à produção dos documentos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) enfatizam, ainda, que esta etapa da análise documental é tão importante que não poderia se pensar em interpretar um documento sem a compreensão aprofundada do autor - sua identidade, interesses, motivos, entre outros.

Assim, foi realizada a análise documental da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) e a análise dos documentos da Secretaria de Saúde de Vila Velha. A primeira foi realizada a partir de documentos oficiais (municipais, estaduais e nacionais) referentes à Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, como leis, decretos, portarias, as políticas que antecederam a PAIUAD e a própria PAIUAD. Já a segunda, foi realizada a partir de documentos oficiais do município de Vila Velha referentes ao sistema de saúde, incluindo o CAPSad, como projetos de lei, portarias, leis, relatórios entre outros. Além disso, foi realizada a análise documental a partir de prontuários, como descrito no item a seguir.

5.3.2 Análise de prontuários: 'trajetórias-sentinelas'

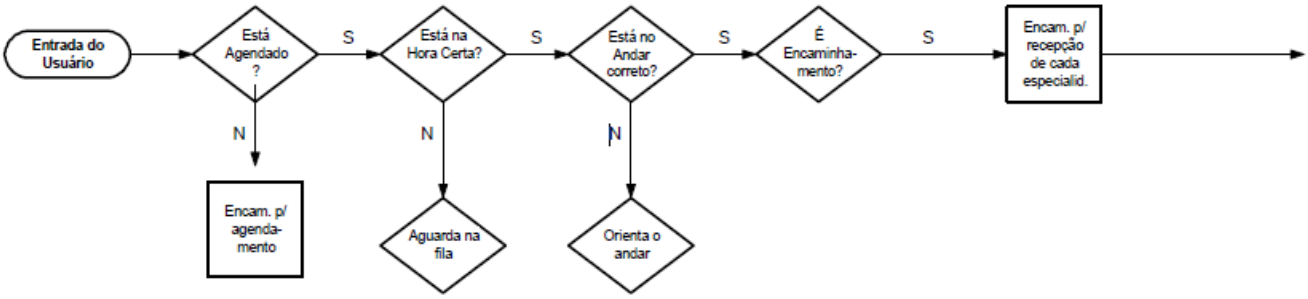
A análise a partir de prontuários foi realizada visando a construção de um fluxograma prévio que foi utilizado como dispositivo para a etapa de entrevista coletiva. Para tanto, foram selecionados dois prontuários de usuários que foram atendidos nos últimos meses (novembro e dezembro de 2013) no CAPSad, escolhidos conforme o critério de participação na maioria das atividades oferecidas pelo serviço e terem sido atendidos por grande parte dos profissionais da equipe multiprofissional.

Dessa forma, semelhante ao que foi realizado na tese de Jorge (2002), e como o próprio autor menciona, os prontuários selecionados foram chamados de ‘trajetória-sentinela’, por desempenhar uma função sinalizadora. A autora explica que essa nomenclatura foi usada por ela por "poder sinalizar, por meio dos ‘ruídos’ detectados ao longo da sua extensão, os momentos e a forma de operacionalização do trabalho vivo”.

É interessante explicitar o que entendemos por fluxograma, e para tanto apontamos a descrição de Merhy (2002a): “é um diagrama [...] com a perspectiva de 'desenhar' um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção”.

Merhy (2002a) aponta que o fluxograma é utilizado frequentemente para desenhar processos desenvolvidos numa cadeia produtiva e para tanto, alguns símbolos usados na construção desses diagramas são padronizados universalmente, como: 1. A elipse representa tanto o começo como o final da cadeia produtiva; 2. O retângulo apresenta as etapas de trabalho mais importantes da cadeia nas quais são consumidos recursos e procedimentos e/ou produzidos determinados insumos e 3. O losango significa momentos em que a cadeia produtiva se depara com processos de decisão. Conforme a Figura 2:

Figura 2 - Exemplo de um fluxograma descritor.



Fonte: Franco e Merhy (2006).

5.3.3 Entrevista coletiva

A entrevista coletiva foi realizada com dez trabalhadores, visando auxiliar na compreensão dos aspectos micropolíticos do processo de trabalho e seus efeitos. A entrevista se desenvolveu a partir do fluxograma prévio - descrito anteriormente - que funcionou como dispositivo interrogador, conforme Apêndice C.

Vale ressaltar que o fluxograma foi discutido pelos trabalhadores seguindo 'os passos' que o usuário realiza no serviço, de forma que não se limitou aos traçados, mas foi usado como um dispositivo para as discussões entre os membros da equipe sobre o processo de trabalho do CAPSad.

Segundo Dalbello-Araujo (2008) a técnica de entrevista coletiva é usada quando se pretende facilitar o acesso aos diferentes pontos de vista entre os participantes. Assim, em uma entrevista coletiva, a multiplicidade de discursos revela diversas formas de ver e entender a mesma temática, de forma que o discurso de um entrevistado pode despertar no outro algum entendimento, seja aceitação, rejeição, indiferença, entre outros. A entrevista coletiva, então, se constitui em um momento de construção de conhecimento (SODELLI, 1999).

Em entrevistas coletivas é possível direcionar o foco dos entrevistados no problema de estudo da pesquisa. Neste caso, a participação do pesquisador pode acontecer, por exemplo, ao elaborar sínteses diante das falas dos entrevistados, ao formular questões de esclarecimento quando o discurso parece confuso, ao abordar questões focalizadoras e questões de aprofundamento da temática (SYMANSKI, 2002).

Para tanto, com base nestas questões, a entrevista coletiva foi transcrita em sua totalidade, a fim de assegurar a unidade do contexto de enunciação. Ou seja, ao ouvir as falas, aprofundar nos discursos e ideias de cada transcrição, foi possível captar, compreender e explicitar os diferentes significados.

5.3.4 Observação

A observação foi utilizada nesta pesquisa com o objetivo de auxiliar na compreensão de 'incidentes críticos' - eventos distintos ou contextos específicos, como descrito por Pope e Mays (2005), existentes na relação entre os profissionais, na relação com a rede, em dificuldades encontradas para realizar o trabalhar no CAPSad, entre outras - ou seja, questões abordadas no decorrer da entrevista coletiva e outras que surgiram em relação aos efeitos vivenciados pelos trabalhadores oriundos do processo de trabalho. Assim, a partir da observação foi possível identificar comportamentos não intencionais ou ainda, comportamentos que são inconscientes, e dessa forma, explorar questões que as pessoas não se sentem à vontade para discutir, de forma a registrar o comportamento no contexto em que ele ocorre - tanto em relação ao tempo quanto em relação ao local, como destaca Alvez-Mazzotti (1998).

Compreendemos, portanto, que a observação nesta pesquisa foi não-estruturada, ou seja, "os comportamentos a serem observados não foram predeterminados, eles foram observados e relatados da forma como ocorreram, visando descrever e compreender o que está ocorrendo numa dada situação" (ALVES-MAZZOTTI, 1998).

Segundo Dalbello-Araujo et al. (2002) por meio da observação do ambiente de trabalho e das relações que os trabalhadores ali estabelecem entre si e com o serviço, perpassam acontecimentos/fatores sem que os mesmos tenham uma noção objetiva sobre eles e, portanto, não conseguem transmitir nos discursos; ou seja, muitas vezes, são aspectos que escapam ao olhar dos trabalhadores envolvidos no processo.

Neste sentido, Gaskell (2002) afirma que por diversas razões, o entrevistado pode omitir detalhes importantes, ou ainda pode ser que para ele algumas questões sejam difíceis de serem ditas com palavras. Nestes casos, a observação pode ser uma

técnica complementar eficaz. Assim, usamos a técnica de observação a fim de complementar as demais técnicas descritas na Figura 1, em especial a entrevista coletiva.

Angrosino (2009) aponta que o processo de observação deve começar pela absorção e registro da maior quantidade possível de detalhes e pouco ou nada de interpretação, para que só com a experiência adquirida no campo de pesquisa possa ir distinguindo com clareza as questões que são importantes e se concentre nelas.

Assim, a observação foi realizada durante as reuniões de equipe do CAPSad, que acontecem de forma semanal com parte dos trabalhadores e mensalmente com todos os trabalhadores, quando o serviço é fechado para tal finalidade. Foram realizadas durante quatro meses, totalizando 80 horas, por entendermos ser este um período no qual pudemos perceber uma série de questões, a fim de que não fossem realizadas interpretações precipitadas. Neste sentido, Angrosino (2009) afirma que é possível que com o tempo de observação realizada no campo o pesquisador reconheça os padrões, ou seja, as situações que se repetem que são típicas, ou as que são ocasionais.

É válido mencionar ainda que anotamos no diário de campo questões como conversas informais, a troca de olhares, o silêncio, os tons de voz e suas nuances, as linguagens corporais, entre outras, que fizeram parte da análise. Assim, citamos o texto ‘O silêncio e a Voz’ de Pereira (2003) quando afirma que “a persistência do silêncio revela mais do que esconde, ou melhor, revela ao esconder”, e que o silêncio é um dispositivo discursivo, e cabe a nós entendermos as várias maneiras de não dizer, além de verificar quem fala por quem.

5.3.5 Entrevista em profundidade com trabalhadores do CAPSad

A entrevista em profundidade foi realizada com 13 trabalhadores a fim de apreender a lógica do serviço, pois são eles quem detém a história de seu processo de trabalho e deste modo, também são eles que vivenciam os efeitos produzidos.

Minayo (2008) menciona que a entrevista em profundidade é do tipo aberto, ou seja, o pesquisador formula a questão norteadora para o início da aproximação do universo do entrevistado, o que possibilita o compartilhamento das experiências

vivenciadas. Dessa forma, o trabalhador é “[...] convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar profundidade às reflexões [...]” (MINAYO, 2008).

Gaskell (2002) evidencia que na entrevista em profundidade é fundamental que o entrevistador busque explorar em detalhe a forma como a pessoa vê ou interpreta a realidade, pois esta é a construção pessoal do passado do entrevistado. Segundo o autor, no decurso de tal entrevista algumas questões são muito bem lembradas, de forma que ao falar sobre o que pensamos muitos detalhes e interpretações podem surperrender.

Neste contexto, a entrevista teve a seguinte questão norteadora: *O que você acha de trabalhar aqui?.*Além disso, as indagações subsequentes foram realizadas de modo a aprofundar o entendimento de como os trabalhadores vivenciam os efeitos produzidos pelo processo de trabalho no CAPSad. Lembrando ainda que todas as análises realizadas a partir das demais fontes de dados da pesquisa foram usadas para o aprofundamento destas questões.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Na intenção de realizarmos um trabalho de análise, acreditamos que a intensa participação do pesquisador no contexto investigativo qualitativo torna sua postura subjetiva diante das informações da pesquisa. Diante desta consideração, a nossa proposta de análise consiste em acessar as várias formas de informações e de comunicações concebidas ao longo do processo de pesquisa. Assim, a análise da pesquisa foi desenvolvida a partir da Análise Temática derivada da Análise de Conteúdo, desenvolvida por Bardin (2009).

A princípio é preciso explicitar que a Análise de Conteúdo é um "conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens" (BARDIN, 2009, p. 42).

Já sobre a Análise Temática é importante esclarecer que está ligada à noção de tema que pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. "O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (BARDIN, 2009).

Neste sentido, Minayo menciona ainda que "fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado" (MINAYO, 2008, p. 209).

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Vila Velha (ANEXO 1) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências em Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) sob o número 16771113.0.0000.5060 (ANEXO 2).

Ressaltamos ainda que a pesquisa está estruturada conforme os dispositivos legais da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e que todos os participantes foram primeiramente esclarecidos sobre questões como os objetivos da pesquisa, a garantia de sigilo de identidade e das informações prestadas, a possibilidade de desistência de participação da pesquisa em quaisquer etapas da pesquisa, entre outros. Para assegurar que todos estavam cientes destas questões, os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B), em cada etapa da pesquisa, e somente após a concordância e a assinatura do mesmo é que foram iniciadas as coletas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ARTIGO 1 -TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: QUE CAMINHO SEGUIR?

THE WORK IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS OF DRUG AND ALCOHOL AND BRAZILIAN PUBLIC POLICIES: WHICH WAY TO GO?

RESUMO

Este artigo apresenta os diferentes posicionamentos das políticas públicas brasileiras vigentes, relacionadas ao uso de álcool e drogas e discute possíveis repercussões que tais divergências podem trazer para a atuação do trabalhador da área de saúde Trata-se do resultado de pesquisa documental na qual se analisou as políticas destinadas ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, tais como portarias, leis e decretos a partir de 1938 até aquelas vigentes atualmente. Optamos por elencá-las de forma cronológica, considerando os dois principais posicionamentos políticos: 1. foco na segurança pública e justiça; 2. foco na saúde pública. Constatamos que neste período houve uma clara tentativa de mudança de paradigma, de forma a abranger a prevenção ao uso e tratamento. No entanto, ainda se verifica nas políticas e no senso comum, a presença de fortes traços de ideais de um mundo livre das drogas, a partir de conceitos moralistas, intolerantes e autoritários como da guerra às drogas, repressão e redução da oferta. É neste contexto que os profissionais da área da Saúde Pública em especial aqueles que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas enfrentam o grande desafio e vivenciam efeitos subjetivos no cotidiano de atuação frente a tantas divergências e contradições.

Descritores: Política. Centros de Atenção Psicossocial. Trabalhadores.

ABSTRACT

This work presents the different positions about current Brazilian public policies related to alcohol and other drugs use and discusses the possible repercussions that such perceived differences can bring to the healthcare workers actions. This is the result of documentary research in which we have examined the policies aimed at coping with alcohol and other drugs, such as ordinances, laws, decrees and regulations since 1938 to those that prevail today. We have organized the documents analysis chronologically, considering two main political positioning : 1. focus on public safety and justice . 2 . Focus on public health. We

noticed that in this period there was a clear attempt to change the paradigm, to embrace the prevention and treatment. However, it can still see in policy and common sense the strong presence of ideas related to a world free of drugs use, from moralistic, intolerant and authoritarian like the drug war, repression and reduced supply. It is in this context that professionals of Public Health, in particular those working in Psychosocial Care Centers of Drug and Alcohol, face a great challenge and experience subjective effects in their daily activities, dealing with many disagreements and contradictions.
Keywords: Politics. Mental Health Services.Workes.

INTRODUÇÃO

A temática de dependência química possui relevância na atualidade frente ao aumento do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que cerca de 10% da população de centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independente da idade, sexo ou nível de instrução (Brasil, 2003). Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado em 108 cidades brasileiras revelam que 12,3% da população brasileira é dependente de álcool e 10,1% dependente de tabaco (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2006). E ainda, destacamos que a temática está diretamente vinculada a questões sociais como a criminalidade, a prostituição, a situação de rua, o tráfico de drogas, a AIDS, entre outras (Kessler; Pechansky, 2008).

Assim, ao refletir sobre o uso, abuso e ou dependência de substâncias psicoativas é preciso atentar-se para a complexidade da questão, considerando o indivíduo como ser único com necessidades e implicações biológicas, psicológicas, sociais, culturais e de desenvolvimento (Ribeiro; Sanchez; Nappo, 2010; Kessler; Pechansky, 2008).

Neste contexto, ressaltamos que há divergências entre as políticas atuais relacionadas ao uso de drogas, no país, de forma que há aquelas mais relacionadas aos ideias de repressão e outras aos ideias da saúde pública e da redução de danos. Esta constatação torna a problemática ainda mais desafiadora para usuários, famílias e sociedade em geral, bem como para a consecução das políticas e assim, para a atuação dos trabalhadores envolvidos, pois indaga-se: que caminho seguir? Até porque consideramos, com base em Merhy e Feuerwerker (2009) que os desejos, valores, crenças e interesses dos trabalhadores, e não só dos gestores, estão implicados na sua atuação no cotidiano. Assim, este artigo apresenta os diferentes posicionamentos das políticas públicas brasileiras vigentes, relacionadas ao uso de álcool e

outras drogas e discute possíveis repercussões que tais divergências percebidas possam trazer para a atuação do trabalhador da área de saúde neste contexto.

MÉTODO

Realizamos uma pesquisa documental das políticas destinadas ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, a fim de vislumbrar os avanços e desafios frente à temática, no país. Para Oliveira (2007) a análise documental constitui a busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Considerando estas ideias, Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) mencionam que ao utilizar documentos na coleta de dados é preciso que estejamos aptos a avaliar a credibilidade dos documentos a partir de um olhar crítico. Além disso, os autores mencionam ser primordial que em todas as etapas da análise documental sejam avaliados o contexto histórico em que foram produzidos tais documentos, o contexto social e político do autor, bem como conhecer as questões socioeconômico-culturais e políticas que levaram à produção dos documentos.

Para tanto, nesta pesquisa, utilizamos documentos oficiais, como portarias, leis, decretos e políticas publicados no Diário Oficial da União. O recorte para a coleta foi o ano de 1938, ano em que o país passou a ter regulamentação sobre as drogas, até os dias atuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, optamos por elencar os documentos de forma cronológica, analisando-os de modo crítico-reflexivo ao considerar os dois principais posicionamentos políticos relacionados à temática: 1. Políticas relacionadas ao uso indevido de drogas com foco na segurança pública e da justiça (relativo ao narcotráfico e à repressão da oferta); 2. Políticas relacionadas ao uso indevido de drogas com foco na saúde pública (relativo à repressão da demanda por um lado e à redução de danos por outro).

Assim, verificamos que o país possui regulamentação sobre as drogas desde o ano de 1938, pelo decreto-lei de fiscalização de entorpecente n. 891/38 (Brasil, 1938), incorporado ao artigo 281 do código penal em 1940 (Brasil, 1940) que expressa claramente o caráter proibicionista frente às drogas. Fato é que o Código Penal Brasileiro resulta de diversos aspectos focados na gestão de Getúlio Vargas (1930-1945) frente às preocupações com o comportamento desviante do trabalhador (Matos, 2000). Como exemplo, a autora destaca as campanhas contra o consumo de álcool que apresentavam o discurso normatizado de como o trabalhador deveria agir. Além disso, o Código evidenciava uma postura criminalizadora ao

uso de drogas, independente da quantidade de droga apreendida e da distinção se era para o uso próprio ou para o tráfico.

Nos anos seguintes, no contexto internacional, constatamos que a ONU realizou três convenções nos anos de 1961, 1971 e 1988 (ONU, 1961, 1971, 1988), conhecidas como as Convenções-Irmãs, expressas pela ideia *'war of drugs'*, o que também influenciou o Brasil nas determinações seguintes. Destacamos, assim, a lei n. 5726 de 1971 que "dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências" (Brasil, 1971). Nesta lei, são propostas várias medidas de prevenção e de repressão ao tráfico, de forma que o tratamento só é destinado aos infratores viciados que eram internados compulsoriamente, como mencionado no art. 10, do capítulo II (Brasil, 1971). :

> Art. 10. Quando o Juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui este a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação.

Como se vê, o enfoque da lei não está relacionado com a garantia do direito à saúde, e sim com a 'reabilitação do viciado'. Neste ponto é importante fazermos uma pausa para discutir a respeito da palavra *vício* mencionada no artigo da lei acima. Ressaltamos que, hoje, sabe-se que a palavra tem origem no latim *Vitium* e significa defeito, ofensa, imperfeição ou falta. Ou seja, a palavra expressa conotação pejorativa e está vinculada ao artigo da lei que se propõe a explicitar sobre o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas.

Assim, concordamos com Merhy e Feuerwerker (2009) quando afirmam que o trabalho em saúde está sujeito às ideias, valores e concepções do trabalhador, de forma que este utiliza de seus espaços de autonomia, mesmo que pequenos, para agir conforme seus valores e interesses. Ou seja, a forma como se entende o uso de substâncias psicoativas determina também a abordagem que será realizada. Há interesses, desejos, valores e crenças de gestores, bem como do coletivo de trabalhadores que atuam no cotidiano.

Continuando a análise, é importante destacar que até o ano de 1976, no país, não havia uma legislação com foco sobre as questões relacionadas ao tratamento de usuários de substâncias psicoativas. As abordagens principais eram a repressão do tráfico e o controle do consumo de drogas, ou seja, as medidas eram restritas ao campo de segurança pública.

Zaluar (2007) menciona que o governo sempre adotou medidas de repressão frente à temática das drogas, de forma a proporcionar à polícia o poder de determinar quem será processado e preso enquanto traficante – crime este considerado hediondo4.

Em 1976, então, no governo militar de Ernesto Geisel, é promulgada a lei n. 6368 (Brasil, 1976). Nesta lei, em relação à prevenção, o foco passa a ser não apenas a prevenção ao tráfico, mas sim a prevenção do uso indevido de substâncias, como disposto no seu art. 4º - ou seja, se observam avanços em relação à lei de 1971. Já a respeito do tratamento, ressaltamos que a lei menciona a necessidade de que haja nos estados, territórios e distrito federal estabelecimentos próprios para o tratamento de dependentes de substâncias, 'sempre que necessário e possível' (Brasil, 1976). Ou seja, a criação de serviços de tratamento não era uma determinação legal, mas apenas uma recomendação, demonstrando a importância secundária frente os ideais de repressão.

Além disso, a lei, em seu art. 10º, afirma que é obrigatório o tratamento sob regime de internação hospitalar quando a situação clínica do dependente se mostrarem necessárias e, ainda, enfatiza no § 1º que "quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço" (Brasil, 1976).

Assim, constatamos que o texto da lei traz influências da concepção médica e psiquiátrica ao considerar o usuário um doente e ao instituir o hospital enquanto dispositivo privilegiado da atenção.

No entanto, apesar de encontrarmos o art. 10 que trata sobre a questão médica, obervamos que as legislações que tratavam sobre a temática das drogas, nessa época, eram focadas em ações baseadas na redução da oferta, com o objetivo de diminuir o consumo indevido de drogas pela dificuldade de acesso, de forma que restringia-se ao campo jurídico. Além disso, o foco das intervenções era a repressão, ao buscar-se o controle do tráfico e do consumo de drogas a partir da penalidade da prisão tanto ao traficante quanto ao usuário(Brasil, 1976). Como se observa, a lei previa ao usuário e ao traficante a detenção, de forma que não era feita nenhuma distinção.

---

[4]Crime hediondo é aquele considerado pelo Poder Legislativo como o que merece maior reprovação pelo Estado e está previsto na lei n. 8072 de 1990 (Brasil, 1990c), promulgada no Governo Collor em resposta à violência.

Neste contexto é que, a partir do decreto n. 85.110 de 1980, é instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes que compreendia alguns órgãos, como o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) (Brasil, 1980). Lembrando que o CONFEN (e os demais Conselhos de Entorpecentes, sejam estaduais ou municipais) foi criado para atuar a partir dos ideais de abstinência e de repressão (Mesquita, 2004).

Já no ano de 1987,no Rio de Janeiro, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental que seguiu os pressupostos da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, no documento final da Conferência, reitera-se a implementação da reforma sanitária e propõe-se a reformulação do modelo assistencial de saúde mental, além da reorganização dos serviços a fim de que o foco seja em serviços extra-hospitalares a partir da atuação das equipes multiprofissionais (Brasil, 1987).

Neste contexto, em 1988, é promulgada a nova Constituição, que em seu art. 227 e § 3º, afirma ser dever do Estado instituir "programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins" e no art. 243 e § único estabelece que "todo e qualquer bem de valor econômico apreendido em decorrência do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins será confiscado e reverterá em benefício de instituições e pessoal especializados no tratamento e recuperação de viciados" (Brasil, 1988). Além disso, a Constituição foca na repressão ao tráfico ao considerá-lo como crime inafiançável (art. 5 XLIII), na prevenção e repressão do tráfico de produtos entorpecentes (art. 144) e na proibição do cultivo de plantas ilegais (art. 243) (Brasil, 1988).

Como se vê, apesar do cenário de discussões e mudanças em que é promulgada, a Constituição ainda não trouxe elementos sobre a assistência de usuários de drogas como um todo, uma vez que se refere apenas às crianças e adolescentes, e ao ressarcimento da verba das apreensões às instituições de tratamento. Nesse sentido, sabemos que historicamente os recursos relacionados à temática das drogas são mais direcionados à repressão em detrimento de atividades de prevenção e assistência, principalmente em relação às crianças e adolescentes.

Já em 1989, passa a tramitar no Senado Federal, o projeto de lei n. 3657, conhecido como a 'lei antimanicomial' do Deputado Paulo Delgado (Congresso Nacional, 1989). Fato é que o projeto foi aprovado no Congresso em 1989, mas foram várias discussões e articulações políticas, durante dez anos, para que fosse aprovado no Senado, de forma que em 1995 é aprovado nesta instância o Substitutivo de Lucídio Portella e rejeita-se a lei antimanicomial. Já no início de 1999, o Substitutivo é alterado a partir de acordos frente ao projeto de Paulo

Delgado e este é, então, aprovado no Senado, mas é regulamentado como lei somente em 2001 (Brasil, 2001).

Antes da aprovação, destacamos que a Organização Pan-Americana (Opas) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgaram um documento, em 1990, intitulado: "A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental", conhecido como a Declaração de Caracas, que teve grande repercussão no país (OPAS, 1990). Com esta Declaração, a atenção psiquiátrica se vincula à atenção primária em saúde e os serviços comunitários passam a ser a principal forma de se obter a prevenção, a partir de um atendimento participativo e contínuo.

Neste contexto internacional é que no Brasil as mudanças se iniciaram quando, em 1998, a partir da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, algumas discussões ocorreram no país. A partir de então, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada uma secretaria, no governo de Fernando Henrique Cardoso, que seria responsável pela criação da política pública relacionada ao uso de substâncias psicoativas, conhecida como Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) - subordinada à área militar, mantendo-se ligada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, conforme a medida provisória n. 1689 e o decreto n. 2632 de 1998 (BRASIL, 1998a; 1998b). Lembrando que no ano de 2008 é instituída a lei n. 11754, alterando o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e do Conselho Nacional Antidrogas que passa a se chamar Conselho Nacional sobre Drogas - CONAD (Brasil, 2008).

Ressaltamos que ainda em 1998, a ONU convocou uma Assembleia Geral, conhecida como UNGASS (Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas), a fim de discutir sobre a política mundial sobre drogas. Neste evento, foram ratificadas as Convenções-Irmãs e estabeleceu-se a meta intitulada ‘Um mundo livre drogas: nós podemos fazê-lo’ que deveria ser alcançada até o ano de 2008 (ONU, 1998).

Assim, constatamos que a criação da SENAD foi uma iniciativa do governo, a partir de estratégia política, a fim de evidenciar para o meio internacional, principalmente frente às pressões norte-americanas, a preocupação do país em relação ao combate às drogas. Mas, precisamos pontuar que desde a sua criação, o 'lugar' que a SENAD ocupa é polêmico. Logo no início, a polícia federal questiona a função da secretaria e assim, são separadas as atribuições: a polícia, ligada ao Ministério da Justiça fica responsável pela repressão ao tráfico e a SENAD, se responsabiliza pelas ações preventivas (Brasil, 2001b).

Fato é que desde então, ao longo destes anos, as mudanças na SENAD têm sido estimadas e nunca concretizadas. Exemplo disso é que já no governo de Fernando Henrique, passando pelo governo Lula, propõe-se a vinculação da secretaria ao Ministério da Justiça (Dantas; Constantino, 2003). Questão esta que só foi solucionada no governo Dilma, em 2011, quando a SENAD até então chefiada pelo general Paulo Roberto Uchôa passou a ser chefiada por um civil, no Ministério da Justiça, a partir do decreto n. 7426 (Brasil, 2011).

No entanto, o que se observa hoje é uma série de discussões em relação a essa mudança. Seria adequada? Houve, de fato, alguma mudança? Concordamos que a transferência da secretaria para a coordenação do Ministério da Justiça trouxe avanços a partir do fortalecimento de suas ações, mas concordamos com Laranjeiras, Carlini e Marques (2003, p. 1) quando mencionam que essa transferência não é interessante, visto que não se deve articular uma secretaria com função de prevenção a um órgão forte e corporativo como a polícia federal. Esta, segundo os autores, é a forma mais "simples de destruir o caráter social e comunitário da nossa política antidrogas. Teremos aí sim uma política militarizada e repressora como os críticos da política americana temem".

Além disso, ressaltamos que o papel do Ministério da Justiça é relacionado com o combate às drogas, à repressão do tráfico, à entrada das drogas no país, entre outras questões relacionadas à temática de segurança pública. Assim, constatamos que, no país, a questão do uso de substâncias psicoativa é, muitas vezes, tida como um 'caso de polícia' e não de saúde, e nos questionamos sobre a abordagem biopsicossocial relacionada ao uso de substâncias psicoativas, uma vez que a questão social relacionada às drogas, por exemplo, é ainda um grave problema. Acreditamos ainda que o foco no quesito repressão não é suficiente, devendo haver uma abordagem mais ampla, relacionada à prevenção, ao tratamento, à reinserção social e à redução de danos. Logo, o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social devem participar ativamente deste processo; claro que de forma integrada, senão corremos o risco de fragmentação.

Retomando à nossa análise histórica, frente às discussões iniciadas em 1998 e a partir do projeto de lei de Paulo Delgado, no ano de 2001, foi promulgada a lei n. 10.216 que ratificou de forma histórica as diretrizes básicas que constituem o SUS, tornando-se um marco legal da Reforma Psiquiátrica no país. Para tanto, a lei garante aos usuários de serviços de saúde mental, bem como aos usuários de substâncias psicoativas, a universalidade de acesso, o direito à assistência, a integralidade, a descentralização dos serviços, além de configurar a rede de forma atenta às desigualdades existentes (Brasil, 2001), de forma que se torna o

instrumento normativo máximo para a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) - que será discutida a diante.

Um anos após, em 2002, a SENAD coordena a articulação entre governo e sociedade e, por meio do decreto n. 4345, institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Nesse sentido, a PNAD foi elaborada pela SENAD, pelo Departamento da Polícia Federal e por outros agentes do Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad) com objetivos e diretrizes relacionados à redução da oferta e da demanda de drogas vinculados à prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, redução de danos, repressão, estudos, pesquisas e avaliações (Brasil, 2002c).

Assim, é interessante considerar que a existência da Política Nacional Antidrogas ampliou os debates em relação à temática das drogas, de forma que foi necessário realinhar os fundamentos da PNAD frente às transformações que ocorriam no país e no mundo. Fato é que a Política Nacional Antidrogas foi criada ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, com foco no uso de drogas e não no indivíduo, e só foi modificada em 2004, no governo Lula, para Política Nacional sobre Drogas (PNAD) pela SENAD após a realização de vários debates e fóruns com a participação da comunidade civil e científica, aprovada por meio da resolução n. 3/ GSIPR/CONAD no ano de 2005 (Brasil, 2005).

No entanto, mesmo após as alterações na política, destacamos alguns pressupostos, cuja discussão se faz importante. No primeiro pressuposto afirma-se que se deve "buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas", retratando o uso de drogas como uma ameaça à vida da sociedade (Brasil, 2002c).

Ao discutir este pressuposto, há duas questões a serem analisadas. A primeira se refere à busca por uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas, o que discordamos por ser uma ideia utópica; e a segunda, diz respeito à busca por uma sociedade livre do uso indevido de drogas lícitas, o que também discordamos frente à grande perpetuação de propagandas e mídias que enfatizam o uso dessas substâncias em atividades cotidianas e festivas, e frente ao vasto domínio das indústrias de bebidas, tabaco, entre outras que lucram diante do consumo demasiado de tais substâncias.

Assim, constatamos um descompasso entre a realidade e à PNAD, perante o desafio atual da regulamentação do uso indevido de drogas e da cultura aceitável do consumo de drogas lícitas, até porque sabemos que o álcool e o tabaco são responsáveis por grande parte dos problemas advindos do uso de substâncias psicoativas.

Outro pressuposto relevante é a diferenciação que a política aponta entre o traficante de drogas, o usuário, a pessoa em uso indevido e o dependente, de forma que reconhece que deve haver diferenciações e, aponta que estes também devem ter tratamento igualitário, sem discriminação, sendo que no pressuposto seguinte menciona que a sociedade deve ser conscientizada de que "o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas" (Brasil, 2002c). Neste ponto, é clara a necessidade de tais diferenciações uma vez que as abordagens devem divergir a partir das especificidades de cada caso. No entanto, é complexa a associação entre os pressupostos uma vez que a política em questão se pauta na repressão e na criminalização do uso de drogas ilícitas, ou seja, expõe uma ideia moralista frente à opção pelo uso de drogas ilícitas uma vez que vincula o uso destas à criminalidade. Assim, é difícil vislumbrar o tratamento igualitário e sem discriminação a esses sujeitos.

Além disso, é preciso analisar com mais detalhes este último pressuposto: "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" (Brasil, 2002c). Neste ponto devemos nos atentar que em certa medida o pressuposto considera o usuário responsável pelas atividades de tráfico, de forma que é importante nos questionarmos se, e em que proporção, outros atores apresentam menor importância.

Ressaltamos, ainda, mais um pressuposto: "não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção" (Brasil, 2002c). Assim, enfatizamos mais uma vez que uma política que se propõe a defender a ideia de redução de danos não está de acordo com a ideia de repressão e criminalização do uso de drogas ilícitas, como visto nos parágrafos anteriores. Fato é que não fica clara a concepção que a política se propõe a defender frente ao pressuposto relacionado à redução de danos. Deste modo, constatamos que há na política dois modelos distintos para abordagem à temática, o que pode ser explicado por conflitos de interesse e divergências entre os representantes de ambas abordagens, seja a repressão ou a redução de danos.

Além dos pressupostos, a PNAD baseia-se em cinco eixos: 1. Prevenção; 2. Tratamento, recuperação e reinserção social; 3. Redução dos danos sociais e à saúde; 4. Redução da oferta; 5. Estudos, pesquisas e avaliações (Brasil, 2002c). Frente a estas questões, devemos ressaltar que a PNAD traz alguns avanços a partir da SENAD, ao considerar estes cinco eixos, que avançam na redução do enfoque repressivo expresso em órgãos governamentais anteriores como o CONFEN e o CONAD. Ou seja, consideramos que há avanços, mas há grandes desafios, até porque devemos lembrar que a SENAD era

subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Assim, nos cabe um questionamento: estes ideais, ainda proibicionistas, observados na PNAD impedirão o avanço da discussão no âmbito da saúde pública? Fato é que a repressão como estratégia principal frente à problemática, além de estar associada à violência, valoriza o enfrentamento do uso indevido de drogas ilícitas em detrimento do uso de drogas lícitas - que apresenta efeitos tão ou mais devastadores. Dessa forma, consideramos que seja uma ideia simplista abordar a questão com foco na repressão, de modo que é imprescindível a abordagem no âmbito biopsicossocial. A esta discussão, acrescentamos que a própria Constituição Federal evidencia os direitos e garantias fundamentais a todos os cidadãos, o que não é observado nos ideais proibicionistas.

Logo depois, no ano de 2003, concomitante à Política Nacional Sobre Drogas - elaborada pela SENAD que era, na época, vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional -, o Ministério da Saúde institui a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas - PAIUAD (Brasil, 2004) por meio da portaria n. 2197/GM (Brasil, 2004b), com princípios e diretrizes que apontam em direção contrária à PNAD - como discutiremos a seguir.

A princípio, devemos considerar que a PAIUAD foi construída, no governo Lula, com base na movimentação de usuários, familiares e trabalhadores frente à reivindicação por um tratamento mais digno, o que lhe confere um caráter contra-hegemônico, observando a III Conferência de Saúde Mental (Brasil, 2002g) e a lei n. 10216/2001 (Brasil, 2001) que, por sua vez, está em consonância com os pressupostos da Organização Mundial de Saúde. Assim, apesar da temática de enfrentamento do uso de álcool e outras drogas ter sido considerada um assunto de saúde pública tardiamente, hoje, encontra-se na PAIUAD as principais diretrizes. Até porque essa política tem como eixo norteador os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, com a política afirma-se a responsabilidade do SUS na atenção à temática do álcool e outras drogas, questão que até então era contemplada, de forma predominante, por instituições não governamentais e, como as comunidades terapêuticas, e grupos de mútua-ajuda.

Frente a isso, destacamos que as legislações do Ministério da Saúde que embasam as orientações da política são: Portaria GM 336/2002 que estabelece os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II (Brasil, 2002d); Portaria SAS 189/2002 que regulamenta a portaria 336 e estabelece a criação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no SUS (Brasil, 2002e); Portaria GM 816/2002 que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2002f).

Constatamos, assim, que a criação da PAIUAD foi fortemente baseada nas discussões sobre as mudanças do modelo de atenção em saúde, buscando ir contra aos ideais repressivos e proibicionistas relacionados ao enfrentamento do uso indevido de álcool e outras drogas. Neste sentido, há algumas divergências entre a PAIUAD e a PNAD. A princípio, é possível notar que, na PAIUAD, a linguagem utilizada não condiz com concepções moralistas ou repressivas como encontramos na PNAD. Neste contexto, destacamos um trecho da PAIUAD (Brasil, 2004, p. 26):

> [...] de forma a impactar positivamente na redução do consumo de drogas, no resgate do usuário do ponto de vista da saúde e não tão somente moralista ou legalista, e em estratégias de comunicação que reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade.

Além disso, constatamos que a PAIUAD possui a redução dos danos como foco em suas diretrizes, em detrimento da redução da oferta – divergindo da PNAD. Deste modo, enfatizamos que as estratégias de redução de danos elencadas na PAIUAD não se restringem a ações como a troca de seringas ou de cachimbos, mas se referem a ações relacionadas à diminuição dos danos em vários aspectos. Ou seja, as ações não são focadas no controle da epidemia da AIDS, mas nas possibilidades de prevenção e de assistência.

Para tanto, a lógica da redução de danos, posta na política, possibilita aos usuários escolhas, considerando-o enquanto sujeito-cidadão e não excluindo a abstinência, e ainda enfatiza que "há necessidade de mudança no paradigma de 'doentes' para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania" (Brasil, 2004, p. 30).

Além disso, ao enfatizar que a temática é complexa e que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, a política propõe que os direitos dos cidadãos sejam atendidos de forma igualitária e que se busque a autonomia das pessoas, de forma que é contrária à ideia de abstinência total enquanto um único objetivo a ser alcançado. Logo, enfatiza a proposta de redução de danos, a fim de que os usuários sejam acolhidos em suas diferenças, considerando sua singularidade e sempre estimulando sua participação e engajamento. Lembrando, é claro, que a política oferece a redução de danos como método e, assim, não exclui outros, e que a redução de danos está em discussão no país desde a década de 1980 (Brasil, 2004).

Outra diferença que constatamos é que a questão das drogas passa a ser entendida a partir do aspecto humano, de forma que a ideia de repressão baseada na segurança pública não é mais considerada eficaz. Ou seja, passou-se a enfrentar a questão a partir da visão da saúde

pública, ao focar aspectos como a prevenção, o tratamento, a redução de danos e a reinserção social. Assim, entre os objetivos da política, destacamos (Brasil, 2004, p. 24): "desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição".

Desta forma, acreditamos que a ideia de redução de danos, posta na PAIUAD, traz aspectos da integralidade frente ao cuidado das pessoas que usam drogas. Até porque, a partir da redução de danos o usuário é considerado alguém, com interesses, dificuldades, desejos, além do uso de drogas. Ou seja, o uso da droga é apenas um aspecto, de modo que o papel dos profissionais não deve ter como foco o uso da droga e sim, o sujeito, sua singularidade.

Além disso, a política ressalta que a problemática possui implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas e a necessidade de fortalecimento de uma rede de atenção centrada na atenção comunitária, a fim de possibilitar a atenção integral e implantar os serviços de atenção comunitária a estes usuários, conhecidos como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad, proporcionando o acesso facilitado do usuário e o tratamento multiprofissional, ao articular ações de redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção social (Brasil, 2004). Para tanto, a política reconhece que a problemática das drogas é um desafio da saúde pública e procura envolver a sociedade no debate, na formulação e no acompanhamento de respostas às demandas nesta área. Lembrando que a implantação destes serviços está de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica que propõe a substituição do modelo hospitalocêntrico por dispositivos extra-hospitalares. Neste contexto, são vários os objetivos de um CAPS ad, como a prestação de atendimento diário a partir da lógica da redução de danos; a promoção da reinserção social; o cuidado aos familiares; a busca pela diminuição do estigma e preconceito ao uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2004, p. 34):

Outra questão é que, na política, o consumo de álcool é destacado como um grave problema de saúde pública e enfatiza-se a necessidade de uma política pública relativa ao uso dessa substância - concretizada somente em 2007, em consequência dos avanços nas discussões das políticas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, no país. Neste sentido, em 2007, a SENAD elabora a nova Política Nacional sobre o Álcool, a partir do decreto n. 6117 de 2007 (Brasil, 2007), e consagra a importância da abordagem ao alcoolismo enquanto um problema de saúde pública nacional.

Antes disso, em 2006, é promulgada a lei n. 11.343, a partir da necessidade de revogação da lei n. 6368/76 e da lei n. 10409/2002, e é regulamentada pelo decreto n. 5912 (Brasil, 2006a). Verificamos alguns avanços com a promulgação desta lei. Apesar de ainda

acentuar a ideia de repressão frente à produção não autorizada de drogas e ao tráfico ilícito, com aumento das penalidades, a lei distingue a condição de usuários do traficante. Desta forma, o usuário de droga não é mais julgado como traficante na vara criminal comum, e passa a ser julgado na justiça restaurativa com a possibilidade de reflexão e de reinserção social. Ou seja, embora o uso não tenha sido descriminalizado, a lei enfatiza atividades de prevenção ao uso indevido, a atenção à saúde e a reinserção social do usuário. Entendendo, assim, que o indivíduo que é identificado com porte de drogas para uso pessoal deve ter acesso a oportunidades de reflexão, em detrimento do encarceramento, a partir de medidas sócio-educativas aplicadas pelos juizados especiais criminais.

No entanto, apesar destas constatações, cabem algumas reflexões. Em que medida o Estado deve penalizar o uso de drogas? Em que medida deve se posicionar contra ou a favor do uso ou porte de uma substância psicoativa? Não caberia ao próprio individuo esta escolha?

Concordamos que, hoje, as políticas e o senso comum possuem uma visão muito mais repressora e estigmatizadora em relação ao uso de drogas, do que a busca pela proteção dos indivíduos em sua singularidade. Há sim, como menciona Wollman (2009), uma invasão da liberdade individual, com foco na repressão e na criminalização, de forma que a prevenção esteja associada com a persecução criminal e com interesses que vão contra a democracia.

Ainda, nesta discussão, é importante destacarmos um avanço com a promulgação da lei. Observamos que a lei prevê o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas, a partir do art. 28, § 7º, ao afirmar que deverá ser colocado à disposição do sujeito, gratuitamente, o tratamento especializado em serviço de saúde, de preferência ambulatorial (Brasil, 2006a). Avanço este, tardio, uma vez que o sujeito já não era obrigado ao tratamento das demais doenças. Então, em que medida o Estado deveria obrigar o tratamento ao indivíduo que faz uso ou porte de drogas?

Como podemos constatar, há uma clara associação nas políticas e no senso comum do uso de drogas enquanto doença. Visão esta que se busca desconstruir desde a promulgação da PAIUAD, ao afirmar que não é adequada a ideia de que "todo usuário é um doente que requer internação, prisão ou absolvição". Mas, há ainda, uma confusão entre o que seria a dependência química, o uso de drogas recreativo e o uso indevido e abusivo. Questões, estas, que implicam na 'demonização' do uso de drogas (e do usuário).

Continuando o percurso histórico, com o aumento do número de usuários de crack, em 2009, o governo federal, por meio do Ministério da Saúde, em consonância com a PAIUAD, elabora o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em

Álcool e outras Drogas - PEAD. Entre as finalidades do PEAD está "ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS" (Brasil, 2009).

Sobre a questão do estigma, o Plano reitera que deve haver o enfrentamento do estigma social uma vez que há ainda grandes barreiras devido a compressão de que aos usuários só devem ser ofertadas políticas repressivas. Já sobre a adoção da estratégia de redução de danos, o Plano destaca que este deve ser um norte de qualquer serviço do SUS, e não somente dos serviços relacionados à saúde (Brasil, 2009).

No mesmo ano, é lançado o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico do crack e outras drogas ilícitas. Para as ações do Plano devem ser observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade e o controle social. Além disso, afirma-se que o Plano está em consonância com a Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2009).

Um ano após, em 2010, o governo cria o Plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas (Brasil, 2010, 2011b) e a 'Campanha Nacional de Alerta e Prevenção ao Uso de Crack' (Brasil, 2010b) sob a afirmação de que 'O crack causa dependência e mata!', do Ministério da Saúde. E, no ano seguinte, em continuidade a estas ações, o governo lança o Programa ‘Crack: é possível vencer!’, em ação conjunta nas áreas de saúde, segurança, assistência social, educação e direitos humanos, a partir de três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade (Brasil, 2011c). Ressaltamos, ainda, a campanha do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), lançada em 2011, que veicula um discurso de terrorificação do uso do crack expressa no slogan 'crack, nem pensar' (CNJ, 2013), e o que antes era a atenção ao álcool e outras drogas passa ser crack, álcool e outras drogas - conferindo status a esta substância.

Frente a isto, a mídia aumenta a repercussão de combate ao crack, veiculando informações de aumento acelerado do uso da substância no país e de associação com o aumento da violência. No entanto, ressaltamos que embora seja destacada a epidemia do uso de crack, o último levantamento do CEBRID, realizado em 2005, aponta a droga como na décima primeira colocação em relação ao uso na vida, entre as drogas ilícitas. Ou seja, sem considerar o uso de substâncias como o álcool e o tabaco, o uso do crack foi identificado em 0,7% da população brasileira (CEBRID, 2006). E ainda, destacamos que a pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizada em 2013, constatou que cerca de 0,8% da população brasileira consome crack e/ou similares de forma regular (FIOCRUZ, 2013). Ou

seja, em sete anos praticamente não houve aumento no consumo da droga que justifique o alarme a uma suposta epidemia.

É claro que não nos cabe nesta análise a discussão sobre os aspectos destrutivos do crack, uma vez que seria optar pelo mesmo caminho expresso na política e nas campanhas. O que buscamos ressaltar é o pânico que se promove frente a uma substância ao exigir medidas duras de repressão. Assim, a guerra às drogas aponta essa substância enquanto uma ameaça para a vida social, de forma que as premissas que justificam essas ações estão baseadas na necessidade de uma maior produtividade no trabalho ou de vínculos familiares. Ou seja, aponta para afirmações de como a vida deve ser vivida, e não na liberdade de escolha, no que deveria ser o direito de ir e vir de todos os cidadãos.

Concomitante a estas questões, neste mesmo ano, em 2011, o Ministério da Saúde, com base na lei 10216/2001 e nas diretrizes da PAIUAD, 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 SUS" (Brasil, 2011d). A portaria tem como uma de suas finalidades a articulação de uma rede de atenção psicossocial frente a esta temática. Além disso, considera o respeito aos direitos humanos e a autonomia das pessoas, possui foco na redução de danose busca combater os estigmas e preconceitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise, pudemos constatar que atualmente há dois posicionamentos políticos quanto ao enfrentamento do uso indevido de drogas, por um lado, as políticas proibicionistas por meio da redução da oferta com foco na repressão do tráfico e do uso de drogas, e por outro, as políticas focadas na redução de danos que visam diminuir os riscos do uso de drogas, sem enfatizar a proibição do uso.

Diante disso, no contexto atual, vemos a tentativa de mudanças de paradigmas, de forma que ao invés da guerra às drogas, repressão e redução da oferta, haja prevalência da prevenção, tratamento e dos direitos humanos. No entanto, ainda prevalece,na política ou no senso comum, os ideais de um mundo livre das drogas, a partir de ideais moralistas, intolerantes e autoritários.

Assim, vários foram os avanços nas políticas públicas brasileiras frente ao uso de drogas, como a compreensão de que a problemática deve se entendida enquanto uma questão de saúde pública e não somente a partir do âmbito da segurança pública e da justiça. No entanto, ainda há muito que ser feito e há aspectos teóricos que precisam ser assimilados na prática cotidiana dos serviços. Desta forma, compreendemos que há um tempo entre a

publicação de diretrizes e a assimilação de tais pelos dirigentes, mas é imprescindível que isso aconteça de modo intersetorial, uma vez que os ideais da PAIUAD precisam ter aplicabilidade prática. Até porque de nada adianta a promulgação de políticas, leis, decretos se não ocorrerem mudanças no cotidiano dos serviços. É neste contexto que os trabalhadores dos CAPSad possuem grande desafio e de fato, vivenciam efeitos subjetivos no cotidiano de atuação frente a tantas divergências e contradições.

Além disso, consideramos que ao debater sobre as políticas é preciso lembrar que há pessoas envolvidas, há desejos e singularidades. Assim, por mais que as políticas ao normatizar devam generalizar, é preciso que considerem as experiências subjetivas. Caso contrário, os aspectos humanos serão reduzidos às normas. É preciso que as políticas se atentem à diversidade. E ressaltamos que frente a esta constatação é imperioso que sejam analisados a forma e os efeitos que tais contradições e discrepâncias trazem para o cotidiano de trabalho dos profissionais que estão socialmente encarregados de atuar nestas ações e corporificar estas políticas, verificando inclusive como os trabalhadores de um CAPSad vivenciam os efeitos subjetivos do processo de trabalho como o que vem sendo desenvolvido pelas autoras (WANDEKOKEN, 2013).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto-lei n. 891, de 15 de novembro de 1938. *Diário Oficial da União*. Brasília: 1938.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto-lei n. 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*. Brasília: 1940.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n. 5726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. *Diário Oficial da União*. Brasília: 1971.

BRASIL. Lei n. 6368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobremedidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. *Diário Oficial da União*. Brasília: 1976.

BRASIL. Decreto n. 85110, de 02 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* Brasília: 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental.* Rio de Janeiro, 1987.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos.Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*. Brasília: 1988.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Medida provisória n. 1689, de 19 de junho de 1998. Altera a lei n. 9649, de 27 de maio de 1998 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. *Diário Oficial da União.* Brasília: 1998a.

BRASIL. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 2632, de 19 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas. *Diário Oficial da União.* Brasília: 1998b.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2001.

BRASIL. Decreto n. 3845 de 13 de junho de 2001. Aprova a Estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, na parte referente à organização da Secretaria Nacional Antidrogas, o seu Quadro Resumo de Custos dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2001b.

BRASIL. Decreto n. 4.345 de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas. *Diário Oficial da União.*Brasília: 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial da União.*Brasília: 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 816/GM, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2002f.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental:* cuidar sim, excluir não. Brasília: 2002g. 213p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria n. 2197/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. *Diário Oficial da União*. Brasília: 2004b.

BRASIL. Resolução n. 3/ GSIPR/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União.*Brasília: 2005.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n. 11343, de 23 de agosto de 2006. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2006a.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 6117, de 22 de maio de 2007. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2007.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n. 11.754, de 23 de julho de 2008. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2009.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2010.

BRASIL. *Campanha Nacional de Alerta e Prevenção ao uso do Crack.* 2010b. Disponível em: <http://youtube.com/watch?v=8m2_57-KUeM>. Acesso em: 28 de jan. 2014.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 7426, de 7 de janeiro de 2011. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2011.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 7637, de 8 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2011b.

BRASIL. Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS- RAPS. *Diário Oficial da União.* Brasília: 2011d.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOATIVAS (CEBRID). *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005.* CARLINI, E. A. et al. São Paulo: CEBRID/ UNIFESP, 2006.

CONGRESSO NACIONAL. Projeto de lei n. 3657/89, de 27 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios. *Diário Oficial da União.* Brasília, 1989.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Crack, nem pensar.* Disponível em: < http://www.cnj.jus.br/campanhas-page/14856-crack-nem-pensar>. Acesso em: 30 de jan. de 2014.

DANTAS, I.; CONSTANTINO, L. *Lula decide manter Senad com militares.* Folha de São Paulo: 2003. Disponível em: < http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2907200316.htm>. Acesso em: 29 de nov. de 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. *Estimativa do número de usuários de crack e/ ou similares nas capitais do país.* 2013. Disponível em: < http://www.casacivil.gov.br/noticias/estimativa-capitais.pdf>. Acesso em: 30 de jan. de 2014.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul*, v. 30, n. 2, p. 1-3, 2008.

LARANJEIRA, R.; CARLINI, E.; MARQUES, A. C. *Em defesa da Política Nacional Antidrogas*. Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas, 2003. Disponível em: <uniad.org.br>. Acesso em: 16 de jan. de 2014.

MATOS, M. I. S. *Meu lar é o botequim*. São Paulo, SP: Nacional, 2000.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org). *Leituras de novas tecnologias e saúde.*Bahia: Editora UFS, 2009, p. 29-56.

MESQUITA, F. *Políticas públicas de drogas*: a construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. 2004. Disponível em: <http://www.reduc.org.br//pages.php?recid=4>. Acesso em: 10 de maio de 2014.

OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Single Convention on Narcotic Drugs.*New York: 1961. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convention on Psychtropic Substances*. Viena: 1971. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convención de Las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Substancias Sicotrópicas.* Viena: 1988. Disponível em: < http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *General Assembly:* declaration. 1998. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr02.htm>. Acesso em: 29 de jan. de 2014.

ORGANIZAÇAO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Caracas*. Caracas, 1990.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo de droga. *J Bras Psiquiatr*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev. Bras. de História e Ciências Sociais*, ano 1, n. 1, 2009.

ZALUAR, A. *Drogas*: um panorama no Brasil e no mundo. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.drogas.org.br/portaldrogas/Artigo.asp?IdArtigo=209>. Acesso em: 26 nov. 203.

WANDEKOKEN, K. D. *Efeitos subjetivos do processo de trabalho vivenciados por trabalhadores que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas*. 2013. 92 f. Projeto de Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2013.

WOLLMANN, A. M. Drogas, violência, criminalização ao uso de psicoativos e os direitos humanos: contribuições para um debate necessário. *Rev. Eletrônica de Ciências Sociais*, v. 8, p. 46-75, 2009.

6.2 ARTIGO 2 -DIVERGÊNCIAS POLÍTICAS E O TRABALHO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

Este artigo analisa as divergências entre a Política Nacional do Ministério da Saúde (MS) e o conjunto de normas de um município do estado do Espírito Santo, voltadas para a temática de álcool e drogas e as repercussões que estas trazem para a atuação nesta área. Trata-se do resultado de pesquisa realizada em duas etapas: 1. pesquisa documental, na qual se analisou a Política Nacional do MS, pareando com o conjunto de normas destinadas ao enfrentamento do uso de álcool e drogas, tais como portarias, leis e decretos, no município em questão, no período de 1990 a 2014; 2. pesquisa qualitativa com a participação de 13 trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), a partir de observações e entrevistas em profundidade. Constatamos que a política municipal enfoca a repressão ao uso de drogas, a religiosidade como recurso terapêutico e o amedrontamento desta população como estratégia de prevenção, além de realizar ações com apoio da justiça e da polícia a fim de recolher os moradores de rua e usuários de drogas. Estas estratégias divergem da atual política do MS, que enfoca a redução de danos, a valorização do sujeito e os aspectos biopsicossociais. Neste contexto, carregado de ambigüidades, os trabalhadores do CAPSad enfrentam grandes desafios para atuação profissional no cotidiano de suas práticas.

Descritores: Política. Centros de Atenção Psicossocial. Trabalhadores.

INTRODUÇÃO

Em 2002 foi promulgada, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), a Política Nacional sobre Drogas[1]. Já em 2003, ao considerar que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, o Ministério da Saúde promulgou, de âmbito também federal, a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – PAIUAD[2], reconhecendo o atraso do Sistema Único de Saúde (SUS) em assumir esta responsabilidade na prevenção, no tratamento e na reabilitação de modo integral dos usuários, conforme recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001[3]. Fato é que a primeira veicula ideias relacionadas à repressão, enquanto que a segunda trata de ideias relacionadas à saúde pública e à redução de danos. Os ideais de repressão têm como enfoque a abstinência total do usuário de drogas, enquanto que a redução de danos trata da singularidade de cada sujeito de modo que a abstinência pode ser uma alternativa, mas não a única meta. Ou seja, o enfoque é na saúde pública e na redução dos riscos diante do uso de drogas. Enfatizamos que uma pesquisa[4] discutiu a divergência entre as leis proibicionistas e a redução de danos, considerando o fracasso do proibicionismo e as limitações das propostas da redução de danos.

Frente a esta constatação, Wandekoken e Dalbello-Araujo[5] afirmam que essas divergências tornam a atividade ainda mais desafiadora para os trabalhadores de saúde, em especial aqueles vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), o que repercute na atuação profissional. Os CAPSad são serviços de atenção diária que devem oferecer atendimento a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, de forma realizar um planejamento terapêutico em uma perspectiva individualizada. Esses serviços constituem a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica no intuito de consolidar uma rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas[2].

Neste ponto, ressaltamos que no Brasil, a Constituição Federal estabelece que os municípios tem autonomia para se organizarem. Deste modo, apresentam suas próprias leis, elaboradas pela câmara de vereadores, considerando os limites impostos pela Constituição Federal e pela Constituição Estadual. Assim, em relação à competência para se autolegislar, a Constituição afirma que é possível, desde que sejam questões de caráter local. Para outros casos, conforme o art. 29, há hierarquia entre as Constituições Federais, Estaduais e a lei municipal[6]. Acreditamos, assim, que as leis municipais, por terem caráter local também repercutem, ou repercutem ainda mais, na atuação dos trabalhadores que exercem atividades que tangenciam

esta temática. Assim, considerando a PAIUAD como política voltada para o campo de atuação dos trabalhadores da saúde, questionamos: as leis municipais estão em consonância com a PAIUAD? Essas políticas influenciam o processo de trabalho em saúde no CAPSad? Essas perguntas fundamentaram o objetivo da pesquisa: analisar as divergências entre a Política Nacional do Ministério da Saúde (MS) e o conjunto de normas de um município do estado do Espírito Santo, voltadas para a temática de álcool e drogas, além de apontar possíveis repercussões para a atuação do trabalhador nesta área.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em duas etapas: 1. pesquisa documental na qual se analisou a Política Nacional do MS, pareando com o conjunto de normas destinadas ao enfrentamento do uso de álcool e drogas, tais como portarias, leis e decretos, de um município do estado do Espírito Santo, no período de 1990 a 2014; 2. pesquisa qualitativa com a participação de 13 trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do município em questão, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes administrativos, motoristas, recepcionistas, vigilantes, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, gerentes, técnicos de Enfermagem, assistentes sociais. Buscamos assim, adotar uma perspectiva ampliada, pois entendemos como trabalhador de saúde não apenas os que intervêm a partir de conhecimentos técnicos em questões de saúde, mas todos aqueles que de alguma forma interferem na cadeia produtiva do cuidado em um serviço de saúde[7].

A coleta de dados da etapa 2 foi realizada entre os meses de janeiro a abril do ano de 2014, por meio de 80 horas de observações e 13 entrevistas em profundidade. Sobre a técnica de observação, enfatizamos que é através da observação do ambiente de trabalho e das relações que os trabalhadores ali estabelecem entre si e com o serviço, perpassam acontecimentos/fatores sem que os mesmos tenham uma noção objetiva sobre tais e, portanto, não conseguem transmitir nos discursos; ou seja, muitas vezes, são aspectos que escapam ao olhar dos trabalhadores envolvidos no processo[8]. Já sobre a entrevista em profundidade, é fundamental que o entrevistador busque explorar em detalhe a forma como a pessoa vê ou interpreta a realidade, pois esta é a construção pessoal do passado do entrevistado. Segundo o autor, no decurso de tal entrevista "alguns dos elementos são muito bem lembrados, mas detalhes e interpretações falados podem até mesmo surpreender o próprio entrevistado, pois talvez seja apenas falando que nós podemos saber o que pensamos"[9].

Ressaltamos que os participantes assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que tiveram a garantia do sigilo de identidade e das informações prestadas. Assim, para identificação dos trechos selecionados do diário de campo e das entrevistas em profundidades usamos a palavra “Diário de campo’ e 'Trabalhador', respectivamente. Ressaltamos que os depoimentos dos trabalhadores serão apresentados indistintamente da categoria profissional, exceto quando o conteúdo do depoimento tiver alguma especificidade que implique em destaque do trabalhador informante.

Foram atendidas as prerrogativas da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob o registro de n. 16771113000005060 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que o artigo foi produzido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em seu texto, a PAIUAD afirma que os usuários devem ser acolhidos em suas diferenças, devem ser valorizados na sua singularidade, uma vez que a dependência das drogas afeta as pessoas de maneiras diferentes e em diferentes contextos. Enfatiza ainda que há implicações biopsicossociais, de modo que a abstinência não pode ser o único objetivo. É preciso, segundo a Política, acolher sem julgamentos e assim, a redução de danos merece destaque. Essa estratégia oferece-se como método, ou seja, não exclui a abstinência, mas busca a defesa da vida do usuário, a redução dos riscos no decorrer do consumo e o aumento da sua co-responsabilidade frente ao tratamento[2].

Com base nesses posicionamentos da política nacional, evidenciamos o conjunto de normas políticas a nível municipal conforme a cronologia das leis e portarias. Constatamos que a preocupação com o uso de drogas acontece no município em questão desde o ano de 1990. É a partir da Lei n. 2543/90 que a prefeitura do município passa a considerar de utilidade pública a Associação de Prevenção e Assistência aos Dependentes de Drogas – APADD[10], instituição baseada no modelo de abstinência total.

Em 1995, o foco passa a ser a prevenção nas escolas, considerando a conscientização sobre os malefícios das drogas. Neste sentido, é sancionada a lei n. 3111/95 que autoriza o Poder Executivo municipal a desenvolver um 'Programa Educativo de Conscientização' nas escolas da rede municipal de ensino, através da Secretaria Municipal de Educação, por meio de palestras, painéis, cartazes, entre outros[11]. Em dezembro do mesmo ano, a lei municipal n. 3142/95 institui a 'Semana de Defesa e Prevenção contra o Uso de Drogas' nas escolas da rede

municipal[12]. Já em 1996, a lei n. 3175/96, obriga o ensino sobre 'Drogas, prevenção, uso e abuso'[13], conforme o art. 1º - "É obrigatório o ensino da matéria 'Drogas, prevenção, uso e abuso' dentro da disciplina "Ciências" do currículo das escolas da rede municipal de ensino, como forma de conscientizar os alunos sobre os malefícios das drogas do ponto de vista moral, físico, psíquico e social".

Ainda com foco na prevenção, no ano de 2001, a lei n. 3812/01, torna obrigatória a realização de campanhas educativas antidrogas na abertura de qualquer espetáculo ou evento que ocorra no município em questão, a partir da entrega de folhetos e folders e de palestra com duração de cinco minutos[14]. Conforme a lei, as informações veiculadas deverão abranger ao menos os seguintes temas: "art. 4º. I - drogas ilícitas e drogas lícitas; II - uso indevido de medicamentos; III - drogas e sua relação próxima com a violência, prostituição e acidentes; IV - os dependentes de drogas e as chances de sua recuperação; V - a participação da família e da comunidade"[14].

Assim, diante destas iniciativas relacionadas à prevenção do uso de drogas, nos questionamos a respeito sobre até que ponto apenas a adoção de medidas que busquem conscientizar sobre os malefícios das drogas são benéficas. Autores[15] afirmam que medidas com esse foco são baseadas no modelo de amedrontamento, o qual tem pouca eficácia, uma vez que o medo, em muitos casos, não se sobrepõe ao prazer que o jovem atribui às drogas.

Do mesmo modo, a PAIUAD afirma que "repassar informações sobre os efeitos e consequências do uso de álcool e drogas é útil, porém de validade questionável, quando feito de forma isolada e desconectada de um programa de prevenção desenhado de forma a respeitar as características de sua população-alvo"[2]. Além disso, a política nacional ressalta que enfatizar percepções como essas promove a disseminação de uma cultura de combate às drogas, que por vezes reforçam a própria situação do uso indevido e da dependência[2]. Ou seja, estas medidas podem mais favorecer do que prevenir o uso de drogas.

Já em 2002, quatro anos após a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) - atual Secretaria Nacional sobre Drogas -, a lei municipal nº 3.897/02 autoriza o Poder Executivo da cidade a criar a Secretaria Municipal Antidrogas, que deveria atuar junto à Secretaria Municipal de Educação e à Secretaria Municipal de Ação Social na prevenção e no combate às drogas[16]. No mesmo ano, foi criado o Conselho Municipal Antidrogas - COMAD, a partir da lei nº 3.948/02, articulado a todos os órgãos de níveis federal, estadual e municipal que

compõe o Sistema Nacional Antidrogas, revogando a lei que estabelece o Conselho Municipal de Entorpecentes, de 1993[17]. Já em 2011, a lei nº 5.142/11 revoga esta última, e cria o Conselho Municipal sobre Drogas – COMSOD[20]. Seguindo, assim, os mesmos passos do âmbito federal.

O COMSOD é vinculado à Secretaria Municipal de Defesa Social - SEMDES, e entre suas ações destacam-se[18]:

> I - formular e propor um plano municipal para prevenção, tratamento e fiscalização do uso e abuso de substâncias tóxicas [...];
> VI - estimular e corroborar serviços que visam ao encaminhamento, tratamento e reintegração social e familiar de usuários de substâncias psicoativas que determinem dependência física e/ou psíquica [...];
> **VIII - articular-se com os órgãos federais, estaduais e municipais propondo ações de fiscalização e repressão executadas no Município quanto ao uso de álcool e outras drogas [...];**
> IX - estimular as Comunidades Terapêuticas, Igrejas e outros a se integrarem às instituições que cuidam de programas na área de prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas;
> X - incentivar e auxiliar as Igrejas a criarem grupos de estudos e orientação sobre prevenção às drogas.

Constatamos que o Conselho menciona a necessidade de tratamento, prevenção e reintegração social do usuário de drogas, mas enfoca na repressão do uso de drogas, sem nem ao menos mencionar a estratégia de redução de danos adotada na PAIUAD, como observamos no item VIII destacado acima.

Entre as ações do COMSOD observamos ainda o estímulo à criação de serviços não governamentais na atenção ao usuário de drogas, como as comunidades terapêuticas - item IX. Aqui cabe considerar que essas são, muitas vezes, mecanismos que a sociedade encontra a fim de abordar a temática do uso e abuso de drogas frente à ausência de serviços. As comunidades terapêuticas diferem quanto à metodologia que pode ser de quatro formas diferentes: conforme o modelo religioso-espiritual; seguindo uma base laboral, e em outras prevalece o modelo médico assistencialista ou com abordagem predominantemente psicológica[19]. Assim, é preciso que haja o diálogo, mas com atenção para a visão do dispositivo em relação ao uso de drogas - divergente da política do Ministério da Saúde que aborda a estratégia de redução de danos.

Segundo a PAIUAD[2], a ausência de serviços governamentais para a reabilitação nesta temática possibilitou o surgimento das comunidades terapêuticas, que se multiplicaram sem qualquer regulamentação, de forma que em muitas delas há precariedade no funcionamento. Diante disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção por meio da Resolução n. 10/2001 que regulamenta o funcionamento destes serviços[2].

Além disso, entre as ações do COMSOD há o estímulo para que as Igrejas se engajem na prevenção às drogas - item X, criando grupos de orientação e se integrando a instituições que cuidam de programas de prevenção. No entanto, essas ideias são contrárias às orientações da PAIUAD, que preza pela diversidade e pela singularidade, sem ater-se a elementos religiosos. A política do Ministério menciona Paim[20] para afirmar que se faz necessário resgatar o sentido da saúde coletiva que "implica em levar em conta a diversidade e especificidade dos grupos populacionais e das individualidades com seus modos próprios de adoecer e/ou representarem tal processo".

Além disso, a PAIUAD considera que a prevenção deve ter a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis - e não com foco em uma instituição religiosa -, de forma a buscar a redução da experimentação, do aumento do uso e das consequências deste. Desta forma, "a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento das propostas e ações preventivas", e ainda deve ser considerado o caráter multifatorial da temática[2].

Ainda em 2011, a lei nº 5.073/11 autorizou o Poder Executivo a criar a Subsecretaria Municipal de Políticas de Combate às Drogas para atuar juntamente com a Secretaria de Defesa Social, para o desenvolvimento de políticas públicas referentes à prevenção, ao tratamento e à repressão do uso indevido de drogas e demais substâncias psicotrópicas. As ações da subsecretaria seriam realizadas, principalmente, em escolas, entidades comunitárias e áreas públicas[21]. Assim, novamente observamos, no município em questão, o enfoque nas estratégias de repressão em detrimento da abordagem de redução de danos.

Nesta mesma perspectiva de repressão, ainda no ano de 2011, foi sancionada no município a lei n. 5237/11 que prevê a proibição de festas de músicas eletrônicas conhecidas como '*raves*': "art. 1º: Fica proibida a realização de eventos com músicas eletrônicas ou ao vivo, de curta ou longa duração, fora do perímetro urbano, tais como sítios, fazendas, pesqueiros,

praias e até ilhas, ou dentro do perímetro urbano, conhecidos como festas *'raves'*[22]. Segundo o autor da lei, "são festas direcionadas para a orgia sexual e para o consumo de drogas [..] isso traz muita desgraça a nossa juventude"[23].

Já em 2013, o município elaborou o Plano Municipal de Saúde, o qual deveria prevalecer durante o quadriênio 2014 a 2017. Neste, entre as diretrizes está a estruturação da rede municipal de atenção psicossocial, com ênfase no enfrentamento de crack e outras drogas. Além disso, o plano será apresentado ao Conselho Municipal de Saúde a cada quadrimestre para o monitoramento[24]. Entre as suas diretrizes está a 'estruturação da Rede Municipal de Atenção Psicossocial, com ênfase no enfrentamento de crack e outras drogas', com o objetivo geral de ampliar a rede municipal de saúde mental[26]. Neste ponto, vislumbramos certa aproximação entre a política nacional e a política municipal, uma vez que para a primeira o enfoque também deve ser a estruturação de uma rede de atenção com base nos CAPSad.

No entanto, apesar desta possível convergência de ideias, ressaltamos alguns depoimentos dos trabalhadores do único CAPSad do município, que expõem a real necessidade e os desafios da integração da rede de atenção à saúde mental, contradizendo o Plano Municipal de Saúde:

> "É difícil trabalhar aqui [no CAPSad] porque o município não tem uma rede de saúde mental, a rede é fragmentada, ou melhor, nem tem rede" (Trabalhador).
>
> "No município não tem um CAPS transtorno, só tem um CAPSad, as equipes de saúde mental das Unidades de Saúde estão fragmentadas. Não tem como fazer matriciamento: não há profissional nas US! Aí o que acontece: as demandas de saúde mental que não deveriam ser do CAPSad vem para o CAPSad devido a falta de uma rede, e isso sobrecarrega os profissionais" (Trabalhador).
>
> "O trabalho no CAPSad não é fácil e às vezes é chato, porque não tem uma rede externa de apoio, e sem essa rede não tem como o usuário ter uma melhora" (Trabalhador).

E ainda, destacamos outros depoimentos que apontam grande indignação sobre a situação do CAPSad neste município:

> "o CAPSad é figurativo, só serve para arrecadar dinheiro" (Trabalhador).
>
> "Pensa em uma torneira, aquela torneira ali ó. Vamos pensar que ela está aberta constantemente. O serviço no CAPSad é como enxugar a água dessa torneira que não para de cair água. Ou seja, é impossível!

> Trabalhar aqui é muito desestimulante porque não tem recursos e isso desanima muito. Não tem carro, não tem instrumentos, nem equipamentos para trabalhar. Como você vai trabalhar com reabilitação psicossocial dessa forma? não tem como!" (Trabalhador).

Assim, como se constata por meio dos depoimentos, neste município os recursos para CAPSad são insuficientes e a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas é inexistente, de forma que estas situações sobrecarregam o trabalhador no CAPSad e dificulta a atuação destes trabalhadores.

Ainda nesta perspectiva, ressaltamos que em 2014, aconteceram alguns episódios que contradizem o que estabelece o Plano Municipal de Saúde[24] estabelecido em 2013. Segundo os entrevistados, no ano em questão, ocorreu uma ação da prefeitura para retirada dos moradores de rua devido à repercussão de uma reportagem de um jornal local, afirmando que estes estavam prejudicando a beleza da pracinha do centro do município. Podemos constatar alguns detalhes da ação no diário de campo e no depoimento do trabalhador:

> Quando chegamos lá, havia duas caçambas grandes e um carro pipa. O trabalhador explicou que as caçambas seriam para jogar fora os pertences dos moradores de rua e que o carro pipa é para jogar água no local, evitando assim que eles retornem. Disse que a ação durará até sexta-feira e que acontecerá na parte da manhã e da tarde. Haviam policiais, pessoas que atuam na abordagem de rua, vários guardas municipais, e apenas três pessoas em situação de rua (Diário de campo).

> "É melhor ficarmos de longe para que os moradores não nos vejam e associem o CAPSad a essas abordagens.. Acreditamos que essas abordagens são contrárias ao que fazemos e mesmo que a prefeitura tenha pedido a parceria do CAPSad, nós não aceitamos. Só fomos antes para incentivar os moradores de rua a irem ao CAPSad antes da abordagem". "Estive ontem na reunião no gabinete do prefeito e lá disseram que esta ação é para dar uma resposta à reportagem que foi veiculada na mídia alguns dias atrás, sobre os moradores de rua na pracinha". "Eles usaram palavras como higienização das ruas, disseram que era para retirar os moradores, ameaçá-los e expulsá-los" (Trabalhador).

Como se vê, segundo os trabalhadores, a abordagem às pessoas que estão em situação de rua, é vista como 'higienização'. Outro trabalhador mencionou uma situação parecida:

> "O município faz o que eu chamo de 'tocagem', eles tocam os usuários de lá... eles vão com polícia, delegado, o pessoal da abordagem de rua e tiram todos os usuários [...] teve uma vez que eles pediram apoio do

> CAPSad e fomos lá, mas ficamos de longe.. vimos que eles pegaram um caminhão e foram empurrando e retirando as casas e coisas dos usuários.. Assim é complicado.. ninguém aqui concorda porque CAPSad tem outra lógica, e é difícil porque o usuário um dia vê que somos 'amigos', somos da saúde e no outro vê a gente junto com a polícia, retirando eles dali. Então, nós não participamos dessa atividade [..] nas reuniões do gabinete, eles dizem mesmo que irão retirar tudo o que for dos usuários, que vão limpar as ruas, e que irão lavar o lugar onde eles ficam ou que vão plantar plantas com espinhos onde eles ficam" (Trabalhador).

Os programas sociais, muitas vezes, expressam a ideologia do descarte social de uma população que é vista como excedente - são os descartáveis urbanos. Programas estes marcados pela retirada dessas pessoas da rua, mas que oferecem, poucas possibilidades de reestruturação[25]. Segundo os autores[25] "o recolhimento do lixo urbano e a 'remoção' de pessoas para espaços 'coletivos' de serviços assistenciais, que comportam centenas de pessoas, são ações muito próximas, ainda que executadas por profissionais de diferentes secretarias".

Assim, por mais difícil que seja para o município vislumbrar programas que aumentem a qualidade de vida dessas pessoas, enfatizamos que as abordagens de redução de danos veiculadas pela PAIUAD apontam para esta possibilidade ao considerar os aspectos biopsicossociais, que vai contra as estratégias realizadas pela prefeitura do município em questão.

Além disso, considerando que a PAIUAD está de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da equidade em que se propõe "tratar desigualmente os desiguais", de forma que os "serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida"[26]. Estas questões implicam a análise e a definição de estratégias para que essa população tenha acesso aos diferentes recursos disponíveis.

CONCLUSÃO

Enfatizamos que ainda há muito que ser feito para que as diretrizes da PAIUAD sejam, de fato, realizadas. No entanto, para que a política local seja exitosa, deve haver descentralização e autonomia de gestão pelos diferentes níveis, seja o estadual e o municipal. Ou seja, os estados e prefeituras devem estar em consonância com as diretrizes propostas e, ao mesmo

tempo, realizar de forma autônoma as atividades que lhe cabem, de maneira a sistematizar como serão feitos os gastos com vigilância, tratamento, prevenção, redução de danos e repressão.

Assim, por mais que algumas políticas locais apontem que o município em questão busca a estruturação da rede municipal de atenção psicossocial, com ênfase no enfrentamento de crack e outras drogas, contatamos que os recursos são escassos para o CAPSad e que a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas é inexistente, de forma que estas situações sobrecarregam e dificultam a atuação do trabalhador neste serviço. Assim, como um dos trabalhadores entrevistados questionamos: o CAPSad é apenas figurativo?

Ao analisar o conjunto de normas locais, fica difícil vislumbrar a aplicação dos ideais da PAIUAD, quando observamos que as propostas do município enfocam na repressão ao uso de drogas, na religiosidade como recurso terapêutico e no amedrontamento da população como estratégia de prevenção, além de realizar ações com apoio da justiça e da polícia a fim de recolher os moradores de rua e usuários de drogas. Essas ações não se relacionam com a política do Ministério da Saúde, que enfoca a redução de danos, a valorização do sujeito e os aspectos biopsicossociais. Frente a essas questões, os trabalhadores da saúde, em especial os trabalhadores do CAPSad, encontram um grande desafio para atuação profissional no cotidiano de suas práticas, ainda mais quando há divergências entre o ordenamento em âmbito municipal e nacional.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. Diário Oficial da União. Brasília: 19 fev. 2002.

2 Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

3 Brasil. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001.

4 Menéndez, E. L. Substancias consideradas adictivas: prohibición reducción de daños y reducción de riesgos. Salud Colectiva, 8 (1), 2012.

5 Wandekoken, K. D.; Dalbello-Araujo, M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? Rev. Trabalho, Educação e Saúde, 2015 (no prelo).

6 Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 1988.

7 Merhy, E. E.; Feurwerker, L. C. M.; Cerqueira, P. Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T. B.; Ramos, V. C. (Org.) Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

8 Dalbello-Araujo, M. et al. Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 5, 2002.

9 Gaskell, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, M.W.; Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

10 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 2543, de 04 de janeiro de 1990. Considera de utilidade pública a Associação de Prevenção e Assistência aos Dependentes de Drogas - APADD. Vila Velha, 1990.

11 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 3111, de 25 setembro de 1995. Autoriza o Poder Executivo a desenvolver Programa Educativo de Conscientização nas escolas da rede municipal de ensino. Vila Velha, 1995.

12 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 3142, de 26 de dezembro de 1995. Autoriza o poder executivo a instituir a ‘Semana de defesa e prevenção contra o uso de drogas’. Vila Velha, 1995b.

13 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 3175, de 19 de abril de 1996. Torna obrigatório o ensino da matéria ‘Drogas, prevenção, uso e abuso’ nas escolas de rede municipal de ensino. Vila Velha, 1996.

14 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 3812, de 02 de julho de 2001. Dispõe sobre a realização de campanhas educativas anti-drogas nas aberturas de shows e eventos públicos no município de Vila Velha e dá outras providências. Vila Velha, 2001.

15 Meyer, M. Guia prático para programas de prevenção de drogas. Hospital Albert Einsten: 2003.

16 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 3897, de 15 de março de 2002. Autoriza o poder executivo a criar a Secretaria Municipal Antidrogas. Vila Velha, 2002.

17 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 3948, de 24 de junho de 2002. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal Antidrogas – COMAD. Vila Velha, 2002b.

18 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 5142, de 19 de julho. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal sobre Drogas – COMSOD, de Vila Velha. Vila Velha, 2011.

19 Damas, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. Rev. Saúde Públ., Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013

20 Paim, J.S. As ambiguidades da noção de necessidade em saúde. Planejamento. Salvador, 8(1/2): 39-46, 2008.

21 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 5073, de 20 de janeiro de 2011. Autoriza o poder Executivo municipal a criar a Subsecretaria Municipal de Políticas de Combate às Drogas e dá outras providências. Vila Velha, 2011b.

22 Vila Velha. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. Lei n. 5237, de 21 de dezembro de 2011. Proíbe a realização de festas ‘raves’ no município de Vila Velha e dá outras providências. Vila Velha, 2011c.

23 Jorna Agazeta. 'Sexo e drogas' motivam Lei que proíbe ‘rave’ em Vila Velha, ES. 2012. Disponível em: <http://www.gazetaonline.jor.br/noticia/detalhe/910/sexo-e-drogas-motivam-lei-que-proibe-rave-em-vila-velha-es>. Acesso em: 12 ago. 2014.

24 Vila Velha. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. Plano Municipal de Saúde – PMS: 2014-2017. Vila Velha, 2013. 120p.

25 Varanda, W.; Adorno, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde e Sociedade, 13(1): 59-69, 2004.

26 Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://consaude.com.br/sus/indice.htm>. Acesso em: dez. 2014.

6.3 ARTIGO 3 - PROCESSO DE TRABALHO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

RESUMO

Este artigo descreve o processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), com vistas a identificar os efeitos subjetivos sentidos pelos trabalhadores. A pesquisa qualitativa contou com a participação de 13 trabalhadores do CAPSad. Foi realizada entrevista coletiva com base no fluxograma de processo de trabalho previamente construído. Constatamos que vários aspectos do processo de trabalho geram efeitos para os trabalhadores, como: sobrecarga de trabalho; rede de atenção fragmentada; ausência do médico em situações de emergência e riscos a que estão expostos. Entre os efeitos subjetivos, destacamos: desgaste; adoecimento; incapacidade de agir e medo, que contribuem para produzir o distanciamento entre trabalhador e usuário, o que resulta em comprometimento da qualidade do cuidado oferecido. Assim, enfatizamos que em um trabalho no qual a efetividade é baseada no encontro entre trabalhador e usuário é fundamental que tais efeitos subjetivos sejam elucidados, discutidos e elaborados, a fim de que haja realização profissional e que o usuário seja, de fato, favorecido.

Palavras-chave: Trabalho. Centros de Atenção Psicossocial. Trabalhadores.

ABSTRACT

This article describes thework processin aPsychosocial Care CenterAlcohol and Drugs(CAPSad, in Portuguese), in order to identifythe subjective effectsexperienced byworkers.The qualitative research has had participation of 13 CAPSad's workers. It was realized a group interview, based in a preliminary flowchart about the work process. Our findings shows that several aspects of work process generate effects on the workers, such as: work overload; fragmented care's network; lack of physiciansinemergencysituationsand exposure to risks. Among the subjective effects, we highlight: the wear; illness; fear and inability to act, which contribute to produce the distance between worker and user, resulting in risks to the quality of provided care. Thus, we emphasize that in a jobwhere effectivenessis based on theencounter betweenworkeranduser, it isessential thatthesubjective effectscan beclarified,discussed anddeveloped and thenthere may bejob satisfactionandadvantages to the user.

Keywords: Work. Mental Health Services.Workes.

INTRODUÇÃO

O trabalho, no âmbito da teoria marxista é considerado o motor de todos os processos sociais e assim, o fator central para compreensão das relações sociais de produção e para compreensão do homem. Dentro deste raciocínio, o trabalho é uma condição da existência humana e é por meio dele que o homem se constitui social e culturalmente, diferenciando-se dos outros animais: de um lado há o indivíduo com o seu trabalho - elemento ativo, e do outro há o elemento natural - elemento passivo (Marx, 1996). Além disso, o autor define o processo de trabalho como a atividade que implica a transformação da matéria-prima em produto, a partir do uso de energia e de instrumentos. Entendemos, assim, que a história da vida humana passa pelo trabalho e pelas transformações que ele realiza, de forma que compreender o processo de trabalho se torna importante para a compreensão da sociedade e das relações sociais, inclusive no contexto da saúde.

Ressaltamos que teóricos como Donnângelo (1975) e Mendes-Gonçalves (1992) foram pioneiros ao relacionar a teoria marxista ao campo da saúde. Mendes-Gonçalves (1992) formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, por meio da análise do processo de trabalho médico. Para o autor, o processo de trabalho em saúde se refere ao modo de organização dos serviços a fim de atender as necessidades de saúde dos usuários, ou, ainda, se refere à configuração e ao reconhecimento de novas necessidades.

Entre as especificidades do trabalho em saúde, destacamos que ele é relacional, ocorre em ato, nos encontros. O que pressupõe a interação entre sujeitos no ato de sua realização (Faria; Dalbello-Araujo, 2010). Merhy (2002) aponta que, na saúde, o trabalhador isolado não é capaz de realizar as ações necessárias, pois a produção ocorre em um espaço de relação com o usuário. Campos (2007) afirma ainda que "o trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo". Para tanto, é imprescindível, que no encontro haja produção de vínculo, envolvimento e coparticipação entre os sujeitos. Neste contexto, segundo Dalbello-Araujo (2005) o encontro é sempre necessário no trabalho em saúde e produz efeitos diversos nos envolvidos - inclusive nos trabalhadores, o que repercute na produção do cuidado.

A nós interessa, de forma peculiar, abordar como os trabalhadores vivenciam os efeitos do processo de trabalho por meio da dimensão subjetiva. Neste ponto, cabe enfatizar o que entendemos por subjetividade. Para Franco et al. (2009), a subjetividade não é herdada dos genes, mas "é social e historicamente construída e, agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas, que um sujeito tem na sua experimentação e interação social" (Franco e colaboradores, 2009, p. 29). Assim, a noção de subjetividade que abordamos considera que o sujeito não está dado, não é algo prévio, uma vez que ele se

constitui nos acontecimentos, nas vivências, nos encontros, de forma a vivenciar os efeitos produzidos.

Como exemplo, Franco e Merhy (2009) explicam que a razão de um trabalhador desenvolver uma atitude mais acolhedora diz respeito à forma como sua subjetividade significa o mundo e as pessoas com as quais se relaciona. Nesse sentido, Franco (2009) acredita que a subjetividade se manifesta ao notarmos determinados modos de agir no encontro entre trabalhador e usuário, constatando, assim, que ela interfere sobremaneira na produção do cuidado. Assim, compreendemos que a produção de saúde não se dá apenas a partir de normas e protocolos, conhecimento sistematizado e equipamentos. Ela também é dependente das subjetividades envolvidas neste processo (Franco e colaboradores, 2009).

Neste contexto, é importante mencionarmos que o trabalhador afeta e também é afetado pelo processo de trabalho em saúde (Franco, 2006), de forma que é preciso compreender o "afetamento nas relações de trabalho, como expressão subjetiva de produção de cuidado", uma vez que o trabalho em saúde é sempre feito em redes, requerendo, para tanto, produção de afetos nas relações (Ferreira; Franco, 2009).

Considerando que a produção do cuidado em saúde ocorre a partir do encontro e que este produz efeitos para o trabalhador, voltamos nossos olhares analíticos para aqueles espaços de trabalho e profissionais que atuam com a temática da dependência química. Pois, somado a tudo que mencionamos sobre a produção do cuidado, acrescenta-se que esta problemática está envolta em aspectos jurídicos, morais, políticos e biopsicossociais extremamente complexos.

Destacamos que o uso de substâncias psicoativas envolve não só questões biológicas como fator de risco, proteção e/ou consequência. Seu manejo e tratamento requer considerar o espaço-tempo interno do indivíduo, o sofrimento humano e as limitações do usuário. Campos sugere (2006) que se deve acolher o outro em seu momento de dificuldade, compreendendo que este não diz respeito apenas ao biológico; muito pelo contrário, está envolto por vários fatores para os quais muitas vezes os profissionais não estão preparados.

Essas questões são particularmente evidentes no desenvolvimento do processo de trabalho dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPSad). Uma vez que estes serviços são tomados como dispositivos centrais da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, desde o Movimento da Reforma Psiquiátrica e com a promulgação da lei n. 10216 (Brasil, 2001). Estes serviços figuram nas normas como aqueles que têm responsabilidade de organizar a rede local de serviços de seu território, devendo atuar de forma articulada a outros dispositivos de saúde mental (Brasil, 2002). Além disso, entre os

objetivos dos CAPSad descritos na portaria n. 336/2002, está que este serviço deve promover a reinserção social e a reabilitação psicossocial dos usuários (Brasil, 2002) - objetivos estes, em alguns casos, difíceis de serem alcançados, tanto pela falta de clareza, quanto pela exiguidade da equipe descrita nesta mesma portaria.

Frente a estas questões, Cambraia (2010) menciona que várias são as funções atribuídas à equipe dos CAPSad: ele deve ser o articulador da rede, o regulador da assistência no território de forma a garantir o acesso e a integralidade. Deve também capacitar as equipes da atenção básica, os serviços e programas no entorno. Esse excesso de funções, segundo a autora, gera inúmeros questionamentos, pois como apostar tanto em um único serviço? E os trabalhadores neste contexto?

Assim, apesar da magnitude do problema do uso e abuso do álcool e de outras drogas por parte da população na atualidade, pouco se discute sobre o trabalhador que atua nos CAPSad - e menos ainda sobre os efeitos vivenciados nesta atividade. Com base nestas questões, este artigo descreve o processo de trabalho em um CAPSad e aponta alguns dos efeitos subjetivos identificados.

MÉTODO

Esta pesquisa qualitativa foi realizada com todos os 13 trabalhadores do serviço, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes administrativos, motoristas, recepcionistas, vigilantes, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, gerentes, técnicos de Enfermagem, assistentes sociais. Buscamos assim, adotar uma perspectiva ampliada, pois entendemos como trabalhador de saúde não apenas os que intervém a partir de conhecimentos técnicos em questões de saúde, mas todos aqueles que de alguma forma interferem na cadeia produtiva do cuidado em um serviço de saúde (Merhy; Feuerwerker; Cerqueira, 2010).

Para a escolha do local da pesquisa, analisamos as informações municipais recentes das sete cidades da região metropolitana do estado em que foi realizada a pesquisa, a respeito da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Optamos, assim, por pesquisar no município que possui apenas um dispositivo na rede de atenção em saúde mental - um CAPSad -, uma vez que o foco da nossa pesquisa está na descrição do processo de trabalho com vistas a identificar os efeitos subjetivos vivenciados pelos trabalhadores de um CAPSad. Pressupomos que este seria um local em que estes efeitos pudessem estar mais evidentes e, de fato, ao pensarmos nesta questão, acreditamos que a inexistência de um uma rede de atenção articulada evidencia o lugar central e único do dispositivo CAPSad. O serviço em questão funciona em uma casa alugada próximo ao centro do município, em local de fácil acesso.

Trata-se de um CAPSad do tipo II, com horário de funcionamento de 07 às 19 horas, de segunda à sexta-feira.

A produção dos dados ocorreu entre os meses de janeiro a abril do ano de 2014, por meio de várias etapas. No entanto, para a construção deste artigo, optamos por elencar quatro delas, que serão utilizadas na discussão dos resultados. Iniciamos pela análise de prontuários - dois prontuários de usuários atendidos nos últimos meses antes da coleta no CAPSad e que haviam participado da maioria das atividades oferecidas pelo serviço, foram analisados para a partir desses dados construir um fluxograma analisador genérico e fictício que chamamos de 'fluxograma prévio'. De posse desta ferramenta, passamos a analisá-lo coletivamente junto ao grupo de trabalhadores a fim de descrever o processo de trabalho real deste serviço e elaboramos o 'fluxograma consolidado' que em sua rememoração facilitou a identificação dos efeitos vivenciados pelos trabalhadores no cotidiano de seu trabalho. Para esta produção de dados adotamos o modelo de fluxograma como descrito por Merhy (2002) e nos inspiramos nos trabalhos de Faria e Dalbello-Araujo (2010) e Merhy (1998; 2002).

O fluxograma nada mais é do que "um diagrama [...] com a perspectiva de 'desenhar' um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção" (Merhy, 2002) e colocá-lo sob a análise coletiva tem se mostrado como uma estratégia muito interessante, tanto para a discussão sobre os pontos de estrangulamento do processo, como pelos produtos produzidos e efeitos vivenciados

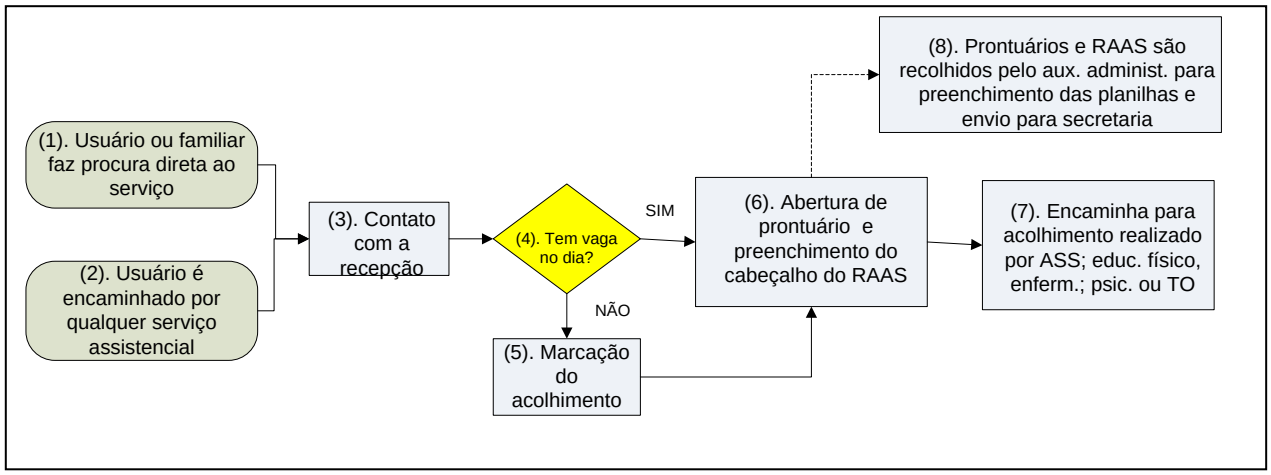
Vale ressaltar que o fluxograma foi discutido pelos trabalhadores seguindo 'os passos' que o usuário fictício realizaria no serviço, de forma que não se limitou aos traçados, mas foi usado como um dispositivo para as discussões entre os membros da equipe sobre o processo de trabalho do CAPSad, durante a entrevista coletiva. Destacamos, assim, que todas as etapas da construção do 'fluxograma consolidado' foram realizadas de forma conjunta, buscando-se as informações no registro da memória da equipe (Dalbello-Araujo, 2008).

Ressaltamos que os participantes assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que tiveram a garantia do sigilo de identidade e das informações prestadas. Foram atendidas as prerrogativas da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob o registro de n. 16771113000005060 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que o artigo foi produzido.

DISCUSSÃO

A partir do 'fluxograma prévio' foi construído o 'fluxograma consolidado' junto a equipe de trabalhadores, o qual apresenta maiores detalhes. Assim, para melhor apresentação e discussão dos resultados, optamos por dividir o 'fluxograma consolidado' em quatro diferentes etapas do processo de trabalho do CAPSad: 1. da entrada do usuário e/ou familiar no serviço; 2. do acolhimento e atendimento; 3. da emergência na atenção diária; 4. da internação. Para tanto, cada etapa será apresentada por uma figura que será descrita em seguida, conforme as numerações apresentadas em cada uma. Segue a Figura 1 que representa a primeira etapa - da entrada do usuário e/ou familiar:

Figura 1: Fluxograma - etapa 1 - da entrada do usuário e/ou familiar



A figura 1 aponta que há duas formas para que o usuário e/ou familiar seja atendido no serviço: por procura direta (1) ou por meio de encaminhamento de qualquer serviço assistencial (2), seja outro CAPSad, uma Unidade de Saúde (US), a Justiça, o Conselho Tutelar, a Assistência Social, entre outros. Em seguida, observamos que o primeiro contato do usuário e/ou familiar é com a recepção (3) que busca informações a fim de saber se há vaga no acolhimento para o mesmo dia (4). Caso não haja vaga, o recepcionista realiza a marcação do acolhimento (5); caso haja vaga, o recepcionista realiza a abertura do prontuário e o preenchimento do cabeçalho do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS(6). Em seguida, o usuário e/ou familiar é encaminhado para o acolhimento (7) que poderá ser realizado por um dos seguintes profissionais: assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo ou terapeuta ocupacional. Além disso, na figura 1 observamos que os prontuários e os RAAS são recolhidos (8) a cada mês (como podemos observar a linha pontilhada) pelo auxiliar administrativo para o preenchimento das planilhas e seu envio para a Secretaria de Saúde.

A respeito dos itens (1) e (2) do fluxograma, discutimos a respeito do perfil dos usuários que são atendidos pelo serviço:

> "Atendemos até mesmo os menores de 12 anos, mas o CAPSad não deveria atender porque o serviço é para o atendimento de pessoas com mais de 12 anos". "[...] como a rede não tem um serviço que supra a demanda, eles acabam vindo ao CAPSad" (Trabalhadores em roda).
>
> "Mesmo que o problema da pessoa não seja álcool e drogas, por ele ter feito uso alguma vez na vida, eles [a equipe da US] mandam para o CAPSad porque não sabem para onde mandar". "O município não tem CAPS para atender transtornos e isso sobrecarrega a equipe" (Trabalhadores em roda).
>
> "[...] no CAPSad os profissionais têm que atender quem chegar... a responsabilidade do CAPSad é 'salvar vidas'" (Trabalhadores em roda).

Como se observa, o perfil dos atendimentos realizados pelo CAPSad são variados, uma vez que a rede de saúde mental do município é fragmentada e não há outra opção para os usuários - como no caso de menores de 12 anos e de usuários de substâncias psicoativas, que não sejam dependentes químicos. Este fato vai de encontro à portaria n. 336/2002 (Brasil, 2002), que menciona ser de responsabilidade dos CAPSad atender apenas pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, maiores de 12 anos.

Quando os trabalhadores foram questionados sobre o atendimento ao familiar, responderam prontamente que:

> "Nós atendemos a família, mesmo se a família vier ao CAPSad sem o usuário... não precisa do usuário estar frequentando o CAPSad para a família ser atendida" (Trabalhadores em roda).

Esta fala aponta que o CAPSad em questão está de acordo com a portaria n. 336/2002 que determina que o serviço deve atender não só aos usuários, mas também aos familiares (Brasil, 2002). Entre os objetivos dos CAPSad está o fortalecimento dos laços familiares (Brasil, 2004). Assim, enfatizamos que a família é parte fundamental do processo terapêutico em um CAPSad e deve ser estimulada a participar deste em conjunto com o usuário e a equipe.

Ainda nesta figura 1, constatamos que o primeiro contato do usuário e/ou familiar com o serviço é por meio da recepção, item (3), que deve ter uma escuta atenta às demandas e realizar a marcação do acolhimento - itens (3), (4), (5) e (6). Constatamos que no CAPSad em questão o recepcionista possui importante função no acolhimento, uma vez que procura estabelecer uma relação acolhedora mesmo nos casos de demanda espontânea, em que não há

encaminhamento. Sobre isso, Merhy (2002) afirma que o recepcionista pode realizar um trabalho mais normatizado ou pode estabelecer uma relação acolhedora com o usuário que chega ao serviço. Para o autor, a função da recepção do serviço não é a de limitar os atendimentos, mas sim buscar responder aos problemas que ali surgem de forma criativa.

Observamos também que neste serviço há o que eles chamaram de 'plantão do acolhimento', item (7):

> "[...] aqui no CAPSad tem tipo um 'plantão' de acolhimento, porque quase todo dia tem profissional fazendo acolhimento" (Trabalhador).

Este 'plantão' é realizado a partir do revezamento entre profissionais descritos na figura 1 (assistentes sociais, educador físico, enfermeiro, psicólogo ou terapeuta ocupacional, e contribui para que o atendimento no serviço seja facilitado, uma vez que o acolhimento é realizado o quanto antes. Neste ponto, percebemos que a primeira etapa do processo de trabalho no CAPSad tem como foco a escuta centrada no usuário, como sugere Merhy (2002). O autor afirma que os usuários desejam um atendimento que seja centrado neles, que seja pautado em relações de confiança que apontem que tudo o que puder será feito para defender e qualificar a sua vida, como sujeito autônomo (Merhy, 1998).

Percebemos ainda, na figura 1, que caso não haja vaga no 'plantão de acolhimento' - itens (6) e (7), a recepcionista agenda outra data (5) para que o usuário e/ou o familiar participe do acolhimento, e que caso haja vaga ele é orientado a permanecer no serviço e participar da atividade no mesmo dia. Em ambos os casos, entre a marcação do acolhimento e a sua execução devem ser realizadas duas atividades pela recepcionista: a abertura do prontuário e o preenchimento do cabeçalho do RAAS - item (6).

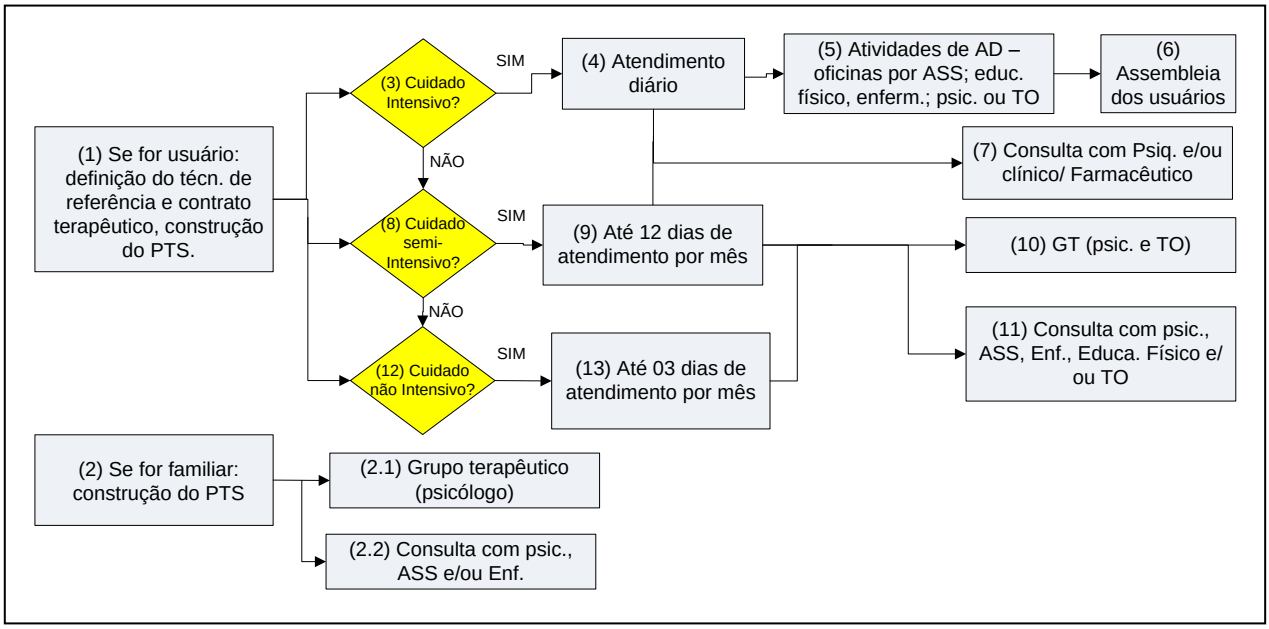
A partir da entrevista coletiva constatamos que as atividades administrativas - item (8) - apresenta algumas dificuldades:

> "Dá muito trabalho, é muito difícil, estou sempre com dores nas costas [...] Sem apenas uma informação não tem como preencher o formulário, não aguento mais descer com os prontuários e buscar o profissional para terminar de preencher [...] se eu receber alguma coisa, eu vou continuar, porque por enquanto, eu tô recebendo um monte de dor!" (Trabalhador)
> "É difícil porque muitos profissionais não preenchem a data de admissão, o CID, o endereço e um monte de coisas, o que prejudica o serviço de X [auxiliar administrativo]" (Trabalhadores em roda).

Como se observa, o *adoecimento* e o *desgaste* são efeitos vivenciados pelo trabalhador ao repetir constantemente a mesma tarefa, uma vez que alguns membros da equipe não realizam as tarefas burocráticas como requisitadas.

A seguir, apresentamos a figura 2 com a descrição do processo de trabalho a partir do acolhimento, seja do usuário - no primeiro caso, ou do familiar - no segundo caso:

Figura 2: Fluxograma - etapa 2 - do acolhimento e atendimento no CAPSad



Na figura 2, observamos que no acolhimento do usuário (1) é definido o técnico de referência que será responsável pelo tratamento do usuário e é estabelecido o contrato terapêutico e construído o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Já no acolhimento do familiar (2) é apenas construído o PTS, de forma que há duas opções de atendimento, conforme o caso: o familiar pode ser destinado a participar do grupo terapêutico (2.1) que é coordenado por um psicólogo e/ou pode ser encaminhado para consultas individuais (2.2) realizadas por psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Durante a construção do PTS é definido se o cuidado é intensivo (3), semi-intensivo (8) ou não intensivo (12), de maneira que para cada forma de cuidado os atendimentos também serão diferenciados.

No CAPSad em questão, a definição do técnico de referência é feita entre todos os profissionais de nível superior ou técnicos de Enfermagem - sob supervisão do primeiro. De acordo com os depoimentos:

> "Este profissional é definido conforme as atividades que o usuário irá frequentar e em quais dias ele estará no serviço". "Na prática, automaticamente a gente entende que o técn. de referência é aquele que mais tem contato com o paciente". "Não adianta eu ser profissional de referência de uma paciente da manhã se eu venho à tarde.. Não faz sentido!" (Trabalhadores em roda).

Observamos que a forma de divisão que os trabalhadores realizam, relacionada a definição do técnico de referência ocorre na tentativa de que haja distribuição equânime dos encargos e para que o usuário seja, de fato, o maior beneficiado, conforme sugere Merhy (2002). O técnico de referência é fundamental no processo de trabalho do CAPSad uma vez que auxilia na produção do vínculo do usuário com o serviço e o estimula a participar de forma ativa do tratamento (Brasil, 2004). Neste contexto, Merhy (1998) defende que deve haver um profissional de referência para o usuário, de forma que haja um vínculo mais estreito a fim de que as demandas do usuário sejam melhor interpretadas. Sobre as funções desse profissional os trabalhadores afirmaram que:

> "O técnico de referência é quem vai acompanhar o usuário em todas as atividades do serviço, vai fazer busca ativa, vai rever o PTS, vai estar mais próximo do usuário". "O técnico de referência faz gerenciamento do caso" (Trabalhadores em roda).

Durante o acolhimento também há a definição do contrato terapêutico - item (1). Neste CAPSad, o contrato terapêutico se refere a um conjunto de normas estabelecidas anteriormente pela equipe e discutidas com os usuários a fim de que estes entendam e sigam as diretrizes de funcionamento do serviço. Este documento deve ser assinado pelo usuário assim que é acolhido no serviço e suas diretrizes são fiscalizadas pelos profissionais, que devem punir os usuários no caso de desrespeito à norma - pode ser uma advertência verbal até a suspensão do tratamento. Entre as normas encontram-se: horário de chegada e de saída; horário das refeições e das atividades; necessidade de abstinência para a realização das atividades; horário e local em que é permitido o uso do cigarro, entre outras.

No entanto, a execução do contrato apresenta algumas dificuldades, como mencionadas pelos trabalhadores, em tom de revolta:

> "Os próprios profissionais não seguem [o contrato], e os que seguem são taxados de rígidos pela gestão" "Pra quê tem contrato? Uns seguem e outros não! Isso repercute nos profissionais porque os pacientes reclamam porque um permite algo e o outro não" (Trabalhadores em roda).

> "Olha, outro dia eu dei suspensão pro paciente que saiu da AD sem falar nada! Ele foi até a gestão e eu fui chamada a atenção, perguntada por que eu não sou mais flexível!" "nos sentimos 'desprotegidos'. Tanto em relação aos profissionais, pacientes e à própria gestão!" (Trabalhador).

> "Ás vezes a gestão chega pra gente, com o paciente e diz que estamos agindo assim porque somos novinhas ainda, sem maturidade e diz: 'veja! ela tem idade para ser nossa filha!' [...] pô! pelo amor de Deus!

> eu não aguento isso não! eu não tô aqui pra ser filha de ninguém não!" (Trabalhadores em roda).

Como se vê, há discordâncias quanto aos procedimentos envolvidos no processo de trabalho que não são discutidas e elaboradas no cotidiano. Percebemos que tal fato gera certa *incapacidade de agir* no cotidiano do trabalhador, o que repercute em um cuidado menos acolhedor. Para Queiróz, Campos e Merhy (1992) não é raro haver discordâncias em relação aos valores e às normas, na condução de um serviço e em como conduzir os aspectos terapêuticos, o que gera conflitos. Assim, apontamos a *incapacidade de agir* como um efeito subjetivo vivenciado nesta etapa do processo de trabalho.

Destacamos, ainda, que segundo Mattos (1999), em contextos como estes os projetos assistenciais coletivos assumem importância, caso haja o diálogo. Segundo o autor, o diálogo entre os membros é interessante, pois faz com que os trabalhadores e gestores entrem em contato com o diferente e com o discordante, a fim de aproveitarem essa diversidade, enriquecendo a prática profissional. No entanto, o autor adverte que há limites em relação a estas questões que divergem e, para tanto, os princípios do SUS são claros para que os trabalhadores saibam definir as situações que são inaceitáveis. Ou seja, tudo o que for contra os ideais de integralidade, universalidade, entre outros, são inaceitáveis no cotidiano de um serviço de saúde.

Outra questão apontada na figura 2 é que no acolhimento - itens (1) e (2), também é construído o Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto com o usuário e/ou familiar. O PTS se refere "a um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas que valoriza a singularidade (a diferença) como elemento central da articulação" e é resultado de uma discussão coletiva da equipe interdisciplinar, de forma que sejam realizadas reuniões exclusivas do PTS, semanal ou quinzenalmente (Brasil, 2004, p. 40).

Assim, percebemos que desde o início do processo de trabalho, tanto o usuário quanto o familiar, são considerados sujeitos ativos - fazem parte do tratamento, de forma que suas escolhas são levadas em consideração. Sobre o PTS, segue o depoimento:

> "[...] no acolhimento é feito o PTS inicial e este pode ser reavaliado sempre que necessário ou a cada atendimento com o usuário" (Trabalhador).

Pela Figura 2, podemos observar que no caso do familiar podem ser definidas atividades como a participação em grupo terapêutico específico para este público (item 2.1), ou a participação em atendimentos individuais (item 2.2) Já no caso do usuário, no decorrer da construção do PTS poderão ser definidas três modalidades de atendimento, conforme a

portaria n. 336/2002 (BRASIL, 2002): cuidado intensivo -itens (3), (4), (5), (6) e (7); semi-intensivo - itens (7), (8), (9), (10) e (11) e não intensivo - itens (10), (11), (12) e (13). Para tanto, caso o usuário, frente ao quadro clínico atual, deva ser acompanhado diariamente o cuidado será intensivo; caso o usuário necessite de acompanhamento frequente, mas não diário - em média de 12 atendimentos por mês, o cuidado será semi-intensivo; caso o usuário necessite de um acompanhamento menos frequente - em média três ao mês, o cuidado será não intensivo - como apresentado também na figura 2. Ressaltamos que o cuidado intensivo é também chamado de atenção diária - AD (Brasil, 2004), mas no CAPSad em questão são duas questões diferentes. O primeiro é entendido como a modalidade de atendimento em que o usuário deve ser atendido de forma diária; o segundo se refere ao conjunto de atividades que o usuário realiza diariamente que tem como foco as oficinas realizadas na área externa do serviço. Ou seja, o usuário pode estar em cuidado intensivo, mas não estar participando das atividades da atenção diária, mas se estiver na atenção diária deve estar em cuidado intensivo. Sobre esta questão destacamos os depoimentos:

> "[...] nem sempre o usuário em cuidado intensivo precisa estar na atenção diária, mas a maioria está". "O foco da atenção diária são as oficinas com o objetivo de evitar que o usuário esteja usando drogas na rua... com a função de redução de danos e não com foco psicoterápico" (Trabalhadores em roda).

As informações deste depoimento podem ser mais bem entendidas na figura 2, quando observamos que o usuário que está em cuidado intensivo será encaminhado para as atividades de atenção diária - AD - item (5) - e/ou para as consultas médicas - item (7), enquanto que os usuários que estão em cuidado semi-intensivo ou não intensivo frequentam as consultas realizadas pelos diferentes trabalhadores do CAPSad e os grupos terapêuticos - itens (10) e (11). Aqui, então, os dados evidenciam alguns questionamentos: se o usuário que está em cuidado intensivo apresenta um quadro clínico mais grave, conforme a portaria n. 336/2002, porque não é direcionado a participar das atividades com foco psicoterápico do CAPSad? Por que na AD não há atividades com foco psicoterápico? Como se observa, estas questões foram apontadas pelos trabalhadores:

> "Muitas vezes o paciente que está no semi-intensivo tem uma melhora muito mais rápida do que o que está no intensivo, que acaba piorando". "Me questiono sobre a eficácia da atenção diária". "Quem está no intensivo acaba não frequentando o grupo ou o atendimento individual, ficando somente nas oficinas, ou seja, não participa das atividades que tem como foco a psicoterapia, não fazem a base do tratamento". "Os que estão na atenção diária acabam não passando

> pela psicoterapia, às vezes não usam fármacos e não há intervenção psicossocial" (Trabalhadores em roda).

Por não entendermos sobre o porquê que a situação ainda se mantém, questionamos aos trabalhadores que disseram:

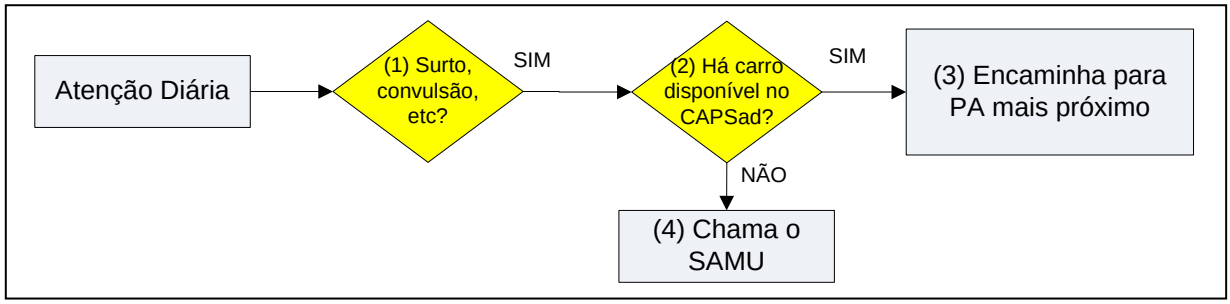
> "O foco da atenção diária deveria ser complementar". "Acho que é uma falha institucional, isso tinha que mudar" (Trabalhadores em roda).
> "Eles vêm aqui só pra comer". "Tem um paciente que está na atenção diária há seis anos! está institucionalizado!" (Trabalhadores em roda).

Outra questão que observamos na figura 2 é que apenas os usuários que participam da AD participam da assembleia dos usuários - item (6), que acontece uma vez por mês, como apontado também por um trabalhador:

> "Participam apenas os pacientes da AD, até porque invadimos o espaço físico da AD e o horário dela; se discute sempre banheiro e comida. [..] A fala é cansativa, ficamos enfadados. [...] Eu acho que é um espaço muito importante, mas é esvaziada de sentido pelos próprios profissionais [...] os demais tem muito o que falar, mas ninguém os chama, ninguém nem lembra da assembleia, só lembra no dia" (Trabalhador).

A partir do depoimento entendemos que um dos efeitos subjetivos vivenciados nesta etapa é a falta de sentido deste procedimento o que traz desânimo e *desgaste* dos trabalhadores na sua condução, ocasionando desinteresse na atividade tanto pelos trabalhadores, quanto pelos usuários. Ainda sobre a AD, destacamos a Figura 3:

Figura 3: Fluxograma - etapa 3 - da emergência na atenção diária



Conforme a Figura 3, caso ocorra alguma emergência entre os usuários durante a AD, como o caso de surtos, convulsões, etc. (1), a primeira medida é verificar se há carro disponível no serviço (2). Caso tenha, o usuário é encaminhado pela equipe para o Pronto Atendimento (PA) mais próximo; caso não tenha, a equipe recorre ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município.

Destacamos que esta etapa do fluxograma surgiu questionado, na entrevista coletiva, sobre o que acontece quando há emergências na atenção diária. Assim, destacamos alguns depoimentos:

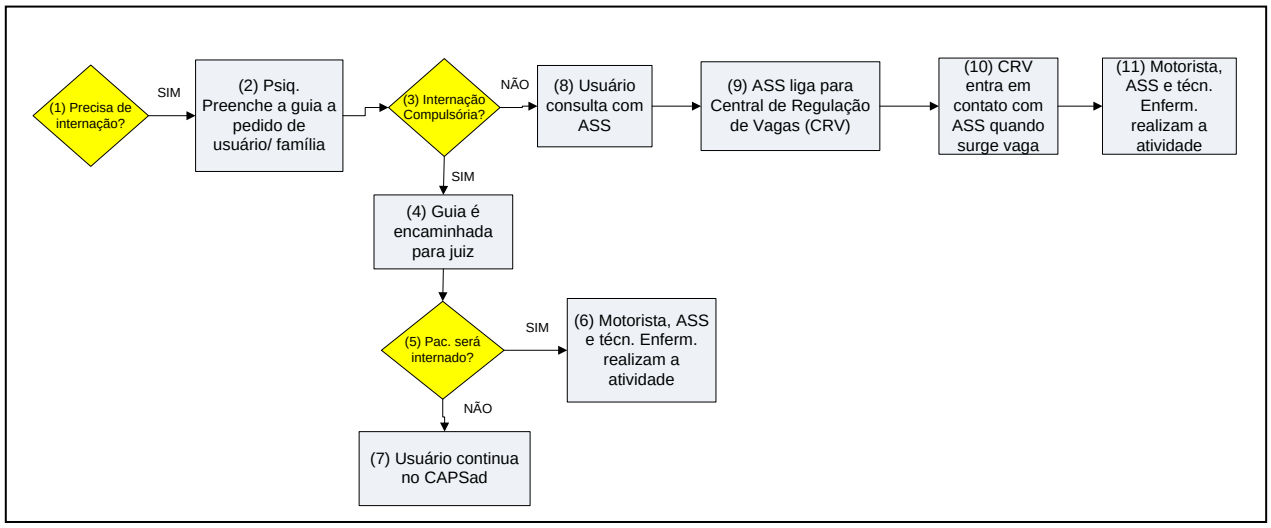
> "Chama o SAMU, mas nem sempre ele vem e aí vira um caos". "Olha, eu vou te explicar uma coisa: nós temos um posto de Enfermagem, temos dois leitos. Ou seja, nós temos os equipamentos, porém não tem médico! Temos a carga horária dele, mas não temos ele presente. A equipe não tem como tratar os pacientes que passam mal". "O posto de Enfermagem está lá, mas não tem ambulância, não tem motorista". "Geralmente a gente dá carona para o PA! Despacha ele lá!". "O negócio é se livrar da pessoa que passa mal!" (risos) (Trabalhadores em roda).

Como se observa, há no CAPSad alguns dos recursos básicos para o atendimento prévio dos usuários no próprio serviço, mas a falta de ao menos um profissional médico inabilita a atuação de toda a equipe. Observamos que a atuação do médico fica restrita a condução de suas consultas previamente agendadas. Assim, a solução encontrada pelos trabalhadores é solicitar o auxílio do SAMU ou encaminhar para PA mais próximo, caso haja carro no momento, no serviço. Chama-nos a atenção ainda para a expressão "despacha ele lá!" e "o negócio é se livrar da pessoa que passa mal!". Estas falas apontam certa *incapacidade de agir* e *desgaste* dos trabalhadores, envolvidos na situação de emergência. E, mais do que isso, estas falas apontam certo *distanciamento do trabalhador* em relação à produção do cuidado.

Enfatizamos ainda que o acolhimento das situações de crise é um dos objetivos fundamentais de um CAPS, visto que esta atitude segue em direção à desinstitucionalização almejada e evita internações (Brasil, 2004). No entanto, percebemos que neste serviço, lidar com as crises é ainda um dos desafios do modelo substitutivo.

Continuando a descrição do processo de trabalho, a seguir apontamos a figura 4 que mostra a etapa 4 do fluxograma:

Figura 4: Fluxograma - etapa 4 - da internação do usuário



Na figura 4, observamos o fluxograma do processo de trabalho no caso de internação do usuário. Em caso de necessidade de internação (1), o psiquiatra preenche a guia do pedido (2) - seja um pedido do próprio usuário ou do familiar. Conforme o caso, o psiquiatra define se a internação é compulsória ou não (3). Caso não seja, o usuário é encaminhado para uma consulta com um assistente social (8) que entra em contato com a Central de Regulação de Vagas - CRV (9). Assim que a vaga surge, a CRV entra em contato com o assistente social responsável (10) e o usuário é encaminhado para a internação - motorista, um ASS e um técn. de Enfermagem realizam essa atividade. No entanto, caso a internação compulsória seja necessária, a guia é encaminhada para um juiz (4) que decide se o usuário será internado (5): em caso positivo, o motorista, um assistente social e um técnico de Enfermagem do CAPSad realizam o encaminhamento do usuário para a internação (6); em caso negativo, o usuário continua no serviço (7).

A etapa 4 do fluxograma foi descrita para explicitar o que acontece quando é necessária a internação do usuário. Para entendermos melhor estas questões, seguem os depoimentos:

> "Há sobrecarga de trabalho e isso repercute na gente no sentido de que eu não faço o que eu deveria fazer [...] sinto que não pertenço a um local, a um saber específico [...] a gente sente que está apagando incêndio!". "Não somos exclusivos do CAPSad, somos disputados, apagamos incêndios!" "O momento da prefeitura é difícil, eles precisam de mais gente..." (Trabalhadores em roda).

Como se vê, os profissionais que realizam a internação voluntária e a internação compulsória são os mesmos, ou seja, não são exclusivos do CAPSad. Lembrando que a internação compulsória não está descrita na portaria n. 336/2002 como sendo atividade dos

trabalhadores do CAPSad. Esta situação repercute nos trabalhadores e implica em efeitos subjetivos já que se sentem *desgastados* e acreditam que o trabalho exercido é apenas para "apagar incêndios".

Atenuam essa sensação de *impotência* afirmando que isso é transitório, pois a gestão municipal passa por um momento difícil, com falta de profissionais.

> “Eu já coloquei isso claramente na reunião: o servidor está correndo risco de morte! [...] se faz nas ‘coxas’ enquanto dá certo... quando não der.." (Trabalhador).

> "o agir é baseado em experiências anteriores... não há um protocolo de como atender o paciente [...] aqui, cada um faz de acordo com sua experiência de internação... é preciso aprimorar as internações compulsórias. Temos que ter um protocolo que proteja o paciente e o servidor. Há riscos. Falta treinamento, a prefeitura não adapta, não treina" (Trabalhador).

Como se observa, os dados evidenciam que entre os efeitos do processo de trabalho frente às internações compulsórias encontra-se ainda o *medo* dos riscos a que estão expostos.

CONCLUSÃO

Constatamos que vários aspectos do processo de trabalho geram efeitos para os trabalhadores, como: sobrecarga de trabalho; rede de atenção fragmentada; ausência do médico em situações de emergência e riscos a que estão expostos. Entre os efeitos subjetivos, destacamos: desgaste; adoecimento; incapacidade de agir e medo, que contribuem para produzir o distanciamento entre trabalhador e usuário, o que resulta em comprometimento da qualidade do cuidado oferecido ao usuário.

Neste ponto, cabe ressaltar que há dificuldades e prejuízos para uma ação efetiva dos trabalhadores, uma vez que talvez essa nem seja politicamente desejada, já que se constatam divergências políticas que de fato repercutem em efeitos para os trabalhadores (Wandekoken; Dalbello-Araujo, 2015).

Assim, enfatizamos que em um trabalho no qual a efetividade é baseada no encontro entre trabalhador e usuário é fundamental que tais efeitos subjetivos sejam elucidados, discutidos e elaborados, a fim de que haja realização profissional e que o usuário seja, de fato, favorecido.

Ressaltamos ainda que está sendo desenvolvida, pelas autoras, uma pesquisa a fim de analisar como os trabalhadores vivenciam estes efeitos e como se organizam para continuar trabalhando em meio a estas dificuldades.

REFERÊNCIA

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 2001.

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. *Diário Oficial da União***.**Brasília: 19 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS*: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília-DF, 2004.

CAMBRAIA, M. Do modelo hospitalocêntrico aos "sonhos" e tropeços dos CAPS. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO.*Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado de São Paulo:* uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade. São Paulo: CREMESP, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006b. p.53-92.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

DALBELLO-ARAUJO, M. D. *O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família:* um olhar genealógico sobre o controle social. 2005. 221f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; VELAR, L. (Orgs). *Psicologia Social:* temas em debate. Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008. p. 109-126.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FERREIRA, V. S. C.; FRANCO, T. Sobre o uso de instrumentos cartográficos na pesquisa em saúde. In: FRANCO, T. et al. *A produção subjetiva do cuidado*: cartografias da estratégia saúde da família.São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. (Org.) *O Trabalho em Saúde:* olhando e experenciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

FRANCO, T. B. Prefácio. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Org.). *A produção subjetiva do cuidado*: cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. et al. A produção subjetiva da estratégia da saúde da família. In: FRANCO, T. et al. *A produção subjetiva do cuidado*: cartografias da estratégia saúde da família.São Paulo: Hucitec, 2009. p. 19-44.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Orgs). *Conexões:* saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Editora Hucitec, 2009. p. 301-321.

MARX, K. *O Capital*: crítica da economia política. 10 ed. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

MATTOS, R. A. Em busca de novos projetos coletivos. *Ciênc Saúde Coletiva,* v. 4, n. 2, 1999.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde*: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 . Série textos)

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-112.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*: reescrevendo o público. Xamã, 1998.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, P. Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.) *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

QUEIROZ, M. S.; CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 26, n. 1, p. 34-40, 1992.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAUJO, M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*. 2015. [no prelo].

6.4 ARTIGO 4 - DISTANCIAMENTO AFETIVO NO PROCESSO DE TRABALHO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

RESUMO

Este artigo analisa as dimensões macro e micropolíticas do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), com vistas a discutir como os trabalhadores vivenciam os efeitos subjetivos identificados. Trata-se do resultado de pesquisa qualitativa realizada com todos os trabalhadores de um CAPSad. Foram realizadas 80 horas de observação, entrevista coletiva com dez trabalhadores e 13 entrevistas em profundidade, seguidas da Análise Temática. Constatamos que entre as dimensões macropolíticas encontram-se as condições de trabalho precárias (devido à estrutura do serviço, baixos salários e rede de atenção inexistente) e sobrecarga (devido à falta de profissionais); e entre as dimensões micropolíticas encontram-se a falta de reconhecimento (devido à omissão da gerência e à ausência de normas) e sobrecarga (devido aos conflitos nas divisões de tarefas). Estas situações apontam a falta de autonomia do trabalhador, implicando desgaste, apatia, desvalorização, desmotivação e no seu aprisionamento, tornando-o distante da dimensão cuidadora do trabalho em saúde, e produzindo o distanciamento afetivo do processo de trabalho. Além disso, compreendemos que se não há autonomia, não é possível que os trabalhadores auxiliem na produção da autonomia dos usuários diante de sua dependência química.

Palavras-chaves: Centros de Atenção Psicossocial. Trabalhadores. Autonomia profissional.

INTRODUÇÃO

O conceito de autonomia apresenta significados variados conforme a reflexão que se pretende realizar. De maneira geral, o sujeito autônomo é entendido como aquele que 'sabe se virar sozinho'. Autonomia vem do grego 'autos' que quer dizer si mesmo e 'nomos' que quer dizer lei, norma ou regra. Ou seja, uma pessoa autônoma seria aquela que tem o poder de conduzir a si mesma.

Porém, esta compreensão não nos satisfaz, uma vez que se vivemos em uma sociedade, com pluralidade de seres, culturas e histórias, não devemos entender a autonomia apenas no sentido individual. Assim, buscamos nos aprofundar nesta discussão, a partir de uma perspectiva menos individualista e de forma a ampliar a noção de autonomia, ao considerá-la contrária à ideia de independência absoluta. Abordaremos a temática a partir do entendimento de que a autonomia é condição necessária tanto para a saúde do usuário quanto para a atuação do trabalhador da saúde.

Concordamos que além de produzir o cuidado em saúde, o serviço de saúde também deve produzir a autonomia dos usuários, uma vez que segundo Campos (2006) a autonomia deve ser um objetivo ou finalidade do trabalho em saúde, da gestão e da política. Esta forma de se pensar em saúde faz com que haja redefinição do que seria o 'objeto' do trabalho em saúde, visto então como uma articulação entre os problemas de saúde e os sujeitos. Assim, a valorização do 'sujeito' e de sua singularidade faz com que haja uma reorganização nos modelos de gestão e de atenção em saúde. Para tanto, o objetivo do trabalho em saúde seria "a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários" (ONOCKO; CAMPOS, 2006).

Neste contexto, Morin (2000, 2003b), a partir da ideia de complexidade, contribui para a compreensão do que de fato é a autonomia ao afirmar que o mundo de hoje se tece em teias altamente complexas. Assim, na complexidade, a capacidade autônoma dos organismos ocorre em processos de “auto-eco-organização”, de forma que os organismos ao mesmo tempo em que são autônomos são dependentes de fatores internos e externos, ou seja, nenhum organismo biossocial

tem autonomia plena e absoluta. Para Morin (1996, p. 9) "o pensamento complexo é um pensamento que deve permitir ligar a autonomia e a dependência".

Ainda segundo Morin (2000, p. 83) "a ideia de autoprodução ou de auto-organização não exclui a dependência em relação ao mundo externo: pelo contrário, implica-a. A auto-organização é, de fato, uma auto-ecoorganização". O autor menciona que a auto-organização ou a complexidade biológica do ser vivo é, portanto, um aspecto morfogenético que oferece meios de se criar novas estruturas e formas a partir da complexidade. Com isso ele afirma que quanto maior a complexidade biológica do ser maior será sua autonomia e sua capacidade de decisão e, do mesmo modo, quanto menor sua complexidade menor será sua capacidade de autonomia. Desta forma, a autonomia sofre variações conforme o organismo ou a espécie, conforme a complexidade for maior ou menor. Assim, ele propõe pensarmos a autonomia de forma inseparável à auto-organização (MORIN, 2003, p. 118):"A autonomia de que falo não é mais uma liberdade absoluta, emancipada de qualquer dependência, mas uma autonomia que depende de seu meio ambiente, seja ele biológico, cultural ou social". Assim, segundo o autor, se fossemos tratar de um ser vivo, este para manter sua autonomia, trabalha, despende energia, e assim,se abastece de energia em seu meio, uma vez que dele é dependente. Já, quanto a nós, que somos seres culturais e sociais, "só podemos ser autônomos a partir de uma dependência original em relação à cultura, em relação a uma língua, em relação a um saber. A autonomia não é possível em termos absolutos, mas em termos relacionais e relativos" (MORIN, 2003, p. 118).

Desta forma, ao concordarmos com a concepção de um sistema que se auto-organiza conforme seus vários fatores internos e externos, nos propomos a pensar a autonomia não mais a partir de uma concepção simplista, mas de uma noção complexa em que a autonomia não tem relação a uma liberdade absoluta, mas sim com a dependência. Esta é uma ideia contraditória, mas coerente uma vez que como somos seres culturais e sociais, somos de fato, dependentes uns dos outros e das nossas circunstâncias.

Neste contexto, compreender a dimensão sistêmico-complexa nos faz assimilar as ideias sobre a vida e a noção de organização do sujeito que parece ser fundamental para compreender a autonomia. E, como podemos observar, a autonomia e a

dependência não são excludentes entre si. A partir da ideia de complexidade podemos entender que a exclusão e a associação estão presentes nessa distinção.

Assim, a autonomia é sempre relativa, pois "se alimenta da dependência; nós dependemos de uma educação, de uma linguagem, de uma cultura, de uma sociedade, dependemos claro de um cérebro" (MORIN, 2006, p. 66). Esta ideia é compartilhada por Campos (2009, p. 28) quando afirma que a autonomia "é a capacidade de pessoas e coletividades lidarem com a dependência", seja a dependência da sociedade, da lei, do Estado, do paciente, de gênero, entre outras.

Como se vê para ambos autores, autonomia nunca é absoluta e tem a ver com a capacidade de o sujeito saber lidar com sua rede de dependências. Assim, entendem que a autonomia não é contrária à dependência.

Ainda sobre a dependência podemos observar que ao mesmo tempo em que podem se configurar em aspectos que limitam o ser humano, é por meio delas que se obtém organização, conhecimento, e assim, a liberdade. Com base nisso é que o autor afirma que o que produz autonomia é ao mesmo tempo o que produz dependência da autonomia.

Assim, concordamos que a autonomia e a dependência se autorretroalimentam se analisarmos a partir da teia da complexidade, ou seja, a autonomia se nutre da dependência e vice-versa.

Neste contexto, refletindo sobre a ideia de autonomia e dependência e tendo por base o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), acreditamos que para a produção de seu objetivo final - seja a reabilitação social e/ou a reinserção social - é preciso que haja autonomia dos trabalhadores. E, assim, com base em Morin e em Campos para que haja autonomia é preciso que hajam dependências, seja de uma estrutura de serviço adequada, de uma rede de atenção eficaz, de um salário digno, de quantidade de profissionais adequada, de uma gestão participativa, entre outros. Para tanto, este artigo analisa as dimensões macro e micropolíticas do processo de trabalho em um CAPSad, com vistas a discutir como os trabalhadores vivenciam os efeitos subjetivos identificados.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em um CAPSad, com todos os 28 trabalhadores do serviço, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente administrativo, motorista, recepcionistas, vigilantes, auxiliares de serviços gerais, farmacêutico, educadores físicos, terapeuta ocupacional, gerente, técnicos de Enfermagem, assistentes sociais. Buscamos assim, adotar uma perspectiva ampliada, pois entendemos o trabalhador de saúde não só como aquele capaz de intervir a partir de conhecimentos técnicos em questões de saúde e sim, todos aqueles que de alguma forma intervém na cadeia produtiva do cuidado.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada nos meses de janeiro a abril do ano de 2014, a partir de 80 horas de observação do cotidiano e das reuniões de equipe, de entrevista coletiva com 10 trabalhadores e de 13 entrevistas em profundidade com a questão 'o que você acha de trabalhar aqui?'. Todos os dados foram anotados e transcritos em um diário de campo, em que foi realizada a Análise Temática derivada da Análise de Conteúdo, desenvolvida por Bardin (2009). É importante esclarecer que a Análise Temática está ligada à noção de tema que pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. "O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (BARDIN, 2009).

Foram atendidas as prerrogativas da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob o número de registro n. 16771113000005060 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo.

RESULTADOS

Constatamos que entre as dimensões macropolíticas encontram-se as condições de trabalho precárias (devido à estrutura do serviço, baixos salários e rede de atenção inexistente) e sobrecarga (devido a falta de profissionais); e entre as dimensões micropolíticas encontram-se a falta de reconhecimento (devido à omissão da gerência e à ausência de normas) e sobrecarga (devido aos conflitos nas divisões de tarefas).Para cada categoria selecionamos alguns trechos do diário de campo que serão apresentados no decorrer da discussão.

Além disso, na análise das categorias, apontamos que diante destas questões há falta de autonomia do trabalhador o que implica na vivência de efeitos subjetivos como o desgaste, a apatia, a desvalorização, a desmotivação e o aprisionamento (ou enCAPSulamento, como descrito pelos trabalhadores), tornando o trabalhador distante da dimensão cuidadora do trabalho em saúde, e assim, produzindo o distanciamento afetivo no processo de trabalho.

DISCUSSÃO

No decorrer do campo de pesquisa, chamou a atenção a deficiente *estrutura do serviço* - esta se refere apenas aos recursos materiais disponíveis no serviço, e não aos recursos humanos. A princípio, é importante considerar que por se tratar de um local onde os trabalhadores permanecem um longo período do dia e da semana, é considerado por muitos seu segundo lar. Situação esta que pudemos vivenciar no convívio cotidiano no espaço da cozinha, que além de ser um espaço onde se realizavam as refeições entre os trabalhadores, era um espaço em que havia bate-papos, brincadeiras, fofocas e até desabafos relacionados a situações difíceis enfrentadas no serviço. Assim, acreditamos que quanto mais acolhedor e aconchegante for o serviço tanto mais próximas poderão ser as relações afetivas entre os trabalhadores e destes com os usuários. Acreditamos ainda que a estrutura do serviço influencia na satisfação dos trabalhadores e afeta diretamente a prestação da assistência ao usuário.

No entanto, não foram poucas as falas dos trabalhadores que questionavam a estrutura, dizendo ser precária. Assim, no primeiro dia em que estivemos no CAPSad, ao nos apresentarem o local em que ocorriam as atividades da atenção diária, um trabalhador disse

> “O espaço é pequeno e mesmo com a telha, o sol fica muito quente (Trabalhador).

E assim, constatamos que era, de fato, ali em baixo da telha, mesmo com o sol quente, que o trabalhador desenvolvia as atividades de oficinas com os usuários e, inclusive, as atividades físicas no caso do educador físico. Assim, mais um trabalhador menciona sobre o desgaste que é atuar na atenção diária do CAPSad frente as condições de trabalho:

> "[...] lá é praticamente um inferno.. no sol quente [...] Então você imagina por exemplo, ficar na atenção diária de manhã: vai ter o desgaste vocal né.. e tem o desgaste que é um calor danado.. então eu penso que isso tudo influencia dos profissionais não quererem estar lá" (Trabalhador).

Além do local da atenção diária, houve no decorrer do campo questionamentos sobre as demais áreas do CAPSad. Ao indagá-lo sobre qual dificuldade ele vê em trabalhar no local, um trabalhador

> " [...] teve uns dias aí que ficamos sem luz nesta sala, não tem ar condicionado, não tem nem uma acessibilidade para quem vem de cadeira de rodas ou vem com dificuldade de andar como aquele que está aqui [o paciente que estava sendo atendido anteriormente e usava muletas], não tem uma rampa... e essa escada aí? não tem como muitos pacientes subirem lá em cima né.. então a estrutura é péssima!" (Trabalhador).

Estas situações nos levam a questionar sobre as situações 'desumanizantes' que são vivenciadas não só pelos usuários que buscam o serviço, mas pelos próprios trabalhadores. Deste modo, acreditamos que o espaço de trabalho deve ser promotor de um clima prazeroso e mais humano, de forma a favorecer as relações afetivas e acolhedoras.

Ainda sobre a estrutura, alguns trabalhadores mencionaram sobre a falta de veículo para as atividades do CAPSad, uma vez que segundo eles o carro há alguns meses está sendo usado tanto para as atividades do CAPSad, quanto para as atividades do consultório de rua e da internação compulsória:

> “O CAPSad tinha que ser mais articulado com a rede, mas a falta do carro e de mais profissionais dificulta”. “Estamos encapsulados mesmo! Não tem como fazer os serviços externos do CAPSad” (Trabalhadores em roda).

Como se pôde observar, a ausência do veículo e do motorista no CAPSad dificulta a realização das atividades externas do serviço, que estão descritas na portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), como as visitas domiciliares, a prevenção e o matriciamento. Além disso, o veículo também deixou de ser utilizado para os passeios realizados com os usuários em cuidado intensivo na atenção diária e para as internações demandadas no serviço. Assim, o fato de o carro e o motorista terem sido destinados a outras funções, que não são do CAPSad, mas que passaram a ser por determinação da secretaria de saúde e que a cada dia demanda mais tempo, as

atividades que são de fato do serviço deixam de serem realizadas. E, de fato, o efeito subjetivo vivenciado a partir destas situações é o aprisionamento, a impotência, ou como eles mencionam: se sentem enCAPSulados - por se tratar de um aprisionamento em um CAPS.

Neste sentido, um trabalhador ressaltou que a falta do veículo para a atenção diária, por exemplo, compromete a eficácia do CAPSad:

> "A gente não está mais podendo levar os pacientes para lugar nenhum, porque na equipe é constante a falta de motorista e aí não tem como planejar nada. Então, a atenção diária ficou realmente aquela coisa deficiente: ela não está atingindo o objetivo! Então assim, o que quê a gente está fazendo ali de psicossocial? você leva a pessoa, por exemplo, pra visitar uma feira do verde? [...] não tem como porque o motorista está sempre na internação compulsória né.. então isso tudo vai desestimulando não só o profissional, como o paciente também" (Trabalhador).

Assim, com base nas indagações do trabalhador, nos questionamos: a atividade estaria desempenhando o papel proposto na portaria 336/2002? Há atividade psicossocial na atenção diária? É fato que a ausência do veículo para as oficinas terapêuticas dificulta muitas possíveis atividades que poderiam ser realizadas junto aos usuários, mas há sim outras formas para realização de atividades psicossociais.

Em outro momento, um dos trabalhadores afirma a tentativa de mudanças:

> "[...] a equipe o tempo todo, todas as vezes que são pedidos projeto e tal.. pedidos de material.. todas as vezes a equipe sempre mandou né.. sempre falou das necessidades. Mas, realmente é um município carente de muita coisa.. Então precisava realmente de ter um lugar mais adequado. Agora, assim, não tem nem comparação: aqui agente está no céu, porque de onde a gente veio era péssimo, péssimo, péssimo..". (Trabalhador).

Na tentativa de mudanças frustradas frente a um município sem recursos, ou uma administração pública deficiente, se coloca a 'satisfação' com o que há atualmente, até porque poderia ser pior !?

Ainda sobre a falta do veículo, percebemos que isso interfere inclusive na atuação dos trabalhadores em momentos de emergência, como em crises, convulsões e surtos:

> "O posto de Enfermagem está lá, mas não tem ambulância, não tem motorista". "Geralmente a gente dá carona para o PA! Despacha ele

> lá!". "O negócio é se livrar da pessoa que passa mal!" (risos). "Põe o paciente na kombi se o SAMU não vem; dá uma carona ao PA ou ao HEAC" (Trabalhadores em roda).

Esta conversa parece refletir o grande descaso diante da indignação em se trabalhar nestas condições. A falta do recurso parece denunciar a tentativa de não querer ver ou vivenciar situações em que ele é necessário. Dizeres como 'despacha ele lá', 'o negócio é se livrar da pessoa' e ainda 'mandam para o PA' denunciam a ausência de cuidado e de afeto que dever haver nas relações em um serviço de saúde, demonstrando até certa apatia como um efeito do processo de trabalho. Parece ser um descaso frente às condições desumanizantes que a falta de recursos proporciona e uma tentativa clara de não se vincular a estes usuários, uma vez que não se encontram alternativas.

Constata-se que a falta de estrutura do serviço implica diretamente nas atividades que serão realizadas ou não pelos trabalhadores. Há sim, dificuldades em se realizar um trabalho adequado frente a tantas dificuldades e condições de trabalho precárias. Ou seja, observamos que o trabalhador depende de algo que não lhe é disponível. Há a falta de uma dependência.

Neste ponto, nos chama a atenção uma segunda categoria que em muito se relaciona com a discutida: os *salários baixos*. Entre as dificuldades relacionadas ao exercício das atividades no CAPSad se destaca o fato de a remuneração ser muito baixa, questão esta que foi lembrada por todos os trabalhadores em vários momentos do campo de pesquisa como uma forma de desvalorização do município em relação aos seus serviços, como se pode constatar:

> “O salário é muito baixo e o prefeito do município não está nem aí para o servidor (Trabalhadores em roda).

Concordamos com Campos (2002) quando afirma que a realização profissional está relacionada com a remuneração financeira que o trabalhador recebe pelo seu trabalho.

Em vários relatos, por não encontrarem outra solução frente ao sentimento de desvalorização e insatisfação, o trabalhador optou por pedir exoneração do concurso mesmo gostando de trabalhar no CAPSad ou por iniciar estudos em outra área na busca de condições melhores:

> "Eu vou sair do CAPS porque eu vou ser convocada né.. passei no concurso estou só esperando chamar, porque o salário de lá é melhor [...]" (Trabalhador)

Assim, se observa que a satisfação e a valorização no trabalho não estão relacionadas somente a fatores subjetivos (seja o querer atuar na temática de saúde mental, a vocação e interesse, entre outros), mas a questões objetivas e macropolíticas como a estrutura do serviço - já mencionada anteriormente - e a remuneração, ambas as questões implicadas nas condições de trabalho. Deste modo, quando essas situações não permitem que o trabalhador se expresse e se desenvolva de forma humanitária, de forma a desenvolver suas atividades com autonomia, há uma situação de distanciamento, frente à falta de dependências que lhe são necessárias para o desenvolvimento da autonomia.

Corroborando com nosso campo de pesquisa, Campos (2006) afirma que ao se observar os trabalhadores da área da saúde constata-se que estes se encontram frustrados, descontentes e que o exercício da atividade, muitas vezes, ocorre apenas em prol da sobrevivência e de um nível de consumo esperado.

Além disso, constatamos que para alguns trabalhadores há uma relação direta entre a baixa remuneração e o atendimento que ele prestará aos usuários, o que é evidenciado em outro momento por outros trabalhadores:

> "[...] não posso dizer que eu sigo o horário não.. até porque eu não ganho pra isso!" "eu ganho muito pouco, e o que eu faço é suficiente!" (Trabalhador).

Assim, tanto a desmotivação e a desvalorização são efeitos vivenciados frente ao baixo salário que levam ao distanciamento afetivo do processo de trabalho, que para nós é quando o trabalhador mesmo presente se distancia de tal forma do seu processo de trabalho, com tamanha apatia que este passa a criar nenhum tipo de vínculo com o cotidiano de trabalho, sendo apenas um fazedor de tarefas.

Neste contexto, Campos (2002) acredita que um serviço de saúde que remunere da mesma forma ao produtivo e ao improdutivo transmite a mensagem de que de nada adianta se esforçar uma vez que todos terão igual remuneração, ou seja, a ninguém interessa o resultado do seu trabalho.

Mas, qual seria a solução? Questão esta complexa, uma vez que o pagamento por produtividade, por exemplo, pode não ser o ideal. Segundo Campos (2002) isso poderia estimular os trabalhadores a desempenharem suas funções sem se atentar para o objetivo final do serviço de saúde.

Na contramão desta ideia, outros trabalhadores não concordam que se deve trabalhar mal porque se paga mal e afirmam que isso não condiz com a ética do trabalho em saúde:

> “Isso não é desculpa, porque quando assumimos o concurso a gente sabia que era assim”. “O problema é que não tem reajuste, e alguns profissionais dizem que não trabalham direito porque se paga mal”. “Isso é antiético” (Trabalhadores em roda).

Em certo ponto concordamos com estas ideias, mas é preciso ressaltar que por mais que os trabalhadores tenham realizado o concurso com tal remuneração, é fato que todos têm o direito de ter o desejo de ganhar mais e o desejo de melhorias nas condições de trabalho e de vida. Além disso, enfatizamos que em todo serviço público não deve haver defasagem salarial, como apontam os trabalhadores anteriormente.

Assim, discutindo ainda sobre a dimensão macropolítica, seguimos para outra categoria: a *rede de atenção inexistente*. Ao questionar sobre o que ele acha de trabalhar ali um trabalhador

> “Não é fácil e às vezes é chato, porque não tem uma rede externa de apoio, e sem essa rede não tem como o usuário ter uma melhora. " [...] como no município não tem uma rede externa, o paciente fica sendo atendido no CAPSad e fica nos abrigos, mas quando sai, não tem o suporte que precisa, não tem emprego, não tem onde ficar e acaba voltando ao uso de drogas. E aí, volta para o CAPSad, o que acaba gerando um ciclo. Ou seja, o paciente fica dependente do CAPSad". “Alguns usuários, muitas vezes, chegam a ficar seis meses ali na atenção diária” (Trabalhador).

Como se vê, o trabalhador afirma que a falta de uma rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas no município interfere no trabalho realizado de forma a tornar o trabalho 'chato', pois não há progressos. Ainda menciona que pela falta da rede o usuário fica dependente do serviço. Assim, nos questionamos sobre o fato de um serviço que se propõe a atuar na busca da autonomia dos usuários, atuar frente à dependência química, como estaria favorecendo a dependência ao serviço? Fato é

que, segundo Morin (2006) para que haja autonomia é preciso que haja dependência. Mas que dependência é essa?

Como já descrito por Morin (2006, p. 66) a autonomia é sempre relativa, pois "se alimenta da dependência; nós dependemos de uma educação, de uma linguagem, de uma cultura, de uma sociedade, dependemos claro de um cérebro".

Ou seja, dependemos de várias questões para nós construirmos autonomia, mas no caso do usuário a dependência não deve ser do serviço, pois este por meio de seus recursos e profissionais deve auxiliar na construção da autonomia. No entanto, neste ponto, nos questionamos se o profissional tem autonomia de forma a contribuir na construção da autonomia do outro. O que se observa até aqui é a falta da dependência de uma estrutura que não é adequada, a falta da dependência de um salário defasado e a falta da dependência de uma rede que é precária.

Neste ponto, é importante discutirmos melhor sobre a rede. Sobre esta questão, um dos trabalhadores afirma que criou um termo para definir a situação em que se encontram no CAPSad: enCAPSulados. Termo este já citado anteriormente e que volta nesta discussão, como descrito a seguir:

> "É o termo que eu criei: a gente acaba ficando encapsulado, não faz rede". “A rede é fragmentada, o que faz com que o CAPSad fique sobrecarregado”. “Não há PSF; o paciente é do CAPSad. [...] isso repercute no processo de trabalho da equipe do CAPSad (Trabalhadores em roda).

Como se vê, o termo criado por um trabalhador e aceito pelos demais, demonstra a falta de dependência do CAPSad frente aos demais serviços da rede, ou seja, por não existir uma rede, ou por sua fragmentação é que os trabalhadores se sentem isolados, aprisionados, impotentes - ou enCAPSulados - no CAPSad e com sobrecarga de serviços.

Assim diante da rede precária constatamos não só a dificuldade dos trabalhadores em realizar um atendimento adequado, mas também a sobrecarga frente a grande demanda de pessoas que deveriam ser atendidas por outros serviços da rede. Frente a esta sobrecarga tão citada pelos profissionais, nos cabe discutir a respeito de mais uma categoria: a *falta de profissionais*. Nesta categoria, a maioria dos trabalhadores mencionaram sobre o deslocamento dos profissionais do CAPSad

para as atividades do consultório de rua e da internação compulsória, como mencionam abaixo:

> “Não concordo com a questão da internação compulsória e do consultório de rua tirarem profissionais do CAPSad, porque fica faltando profissionais e muita coisa aqui deixa de ser feita (Trabalhador).

Como se observa a vinculação dos trabalhadores do CAPSad às atividades de internação compulsória e do consultório de rua está sobrecarregando os demais profissionais que não teriam como assumir a demanda que cresce cada vez mais. Assim, o fato de as atividades externas do CAPSad não estarem sendo realizadas é justificada pela falta de profissionais, como relatado ainda por outros trabalhadores:

> "Há pouca gente no CAPSad; por isso se faz só os serviços internos, não tem como fazer matriciamento, prevenção nas escolas, diálogo com o Judiciário, visitas domiciliares, busca ativa" (Trabalhadores em roda).

> “Ontem não houve atenção diária à tarde e os usuários foram dispensados às 14h, porque o trabalhador ligou às 12:50h dizendo que não iria porque estava de atestado e ninguém pôde assumir a atenção diária” (Trabalhadores em roda).

Aqui, no entanto, nos cabe uma indagação: seria mesmo a falta de profissionais que interfere na ausência de atividades tão importantes no CAPSad, como no caso da atividade na atenção diária? Haveria motivação para que outro trabalhador assumisse a demanda? Haveria autonomia?

Para entendermos melhor situações tão complexas, é importante ouvirmos outros trabalhadores:

> "[...] você viu que quando aparece o profissional não tem tarefa! entendeu? então ía ficar até três na atenção diária.. então isso é uma coisa que me incomoda, entendeu? porque a equipe pede profissional, o profissional vai vir e aí vai fazer o quê? como diz X 'vai ficar coçando!' entendeu? então que práticas são essas que nós estamos fazendo aqui no CAPS? (Trabalhador).

Como se observa, o trabalhador parece refletir que falta compromisso e/ou motivação dos trabalhadores para desempenhar as tarefas e que não há falta de profissionais.Novamente então nos cabe o questionamento se o que falta são mesmo profissionais ou se é a autonomia destes. Até porque, segundo Onocko e Campos (2002, p. 3) a autonomia se relaciona com o compromisso uma vez que

depende da capacidade do sujeito em "estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e um contexto mais democrático".

Percebemos que a reflexão do trabalhador foi realizada no momento da entrevista em profundidade, até porque o trabalhador cita isto no depoimento:

> "é igual aquela reflexão que a gente fez aqui.. quer dizer.. ao mesmo que não tem profissional, tem gente faltando? então, o que é isso? porque é que nós não estamos assumindo? porque isso eu vou.. isso vai ser a reflexão para a próxima reunião! [...] então será que a equipe não tá assim.. não fica com.. não é medo.. mas assim.. a equipe evitando começar novas tarefas? exatamente porque não quer trabalhar mais?" (Trabalhador).

Será que a equipe não quer trabalhar mais por medo? Seria medo de que? Novamente então nos cabe o questionamento se o que falta são mesmo profissionais ou se é a autonomia destes? Campos (2002) defende a tese de que não haverá solução para a questão dos recursos humanos se o foco do trabalho não for a defesa da vida. Para o autor "a gerência teria o direito e o dever de cobrar essa disposição de todo e qualquer profissional da saúde".

Campos (2002) questiona se seria possível que houvesse produção de saúde sem que os trabalhadores realizassem compulsivamente a defesa da vida. Ou seja, haveria algum sistema gerencial forte o bastante que compensasse a ausência deste princípio? Haveria algum mecanismo de controle que o substituísse? Haveria alguma renda monetária grande o bastante para comprar criatividade, responsabilidade e empenho?

Campos (2002) afirma que para potenciar a autonomia nos serviços de saúde é preciso que haja grande "apego à missão de curar, reabilitar, prevenir e promover saúde, sempre procurando estender ao máximo o limite imposto pelas circunstâncias.

Continuando a discussão a partir dos depoimentos, outro profissional, afirma que não há falta de profissionais, expondo outro problema:

> "Não adianta inchar o CAPSad com mais profissionais porque aqui não tem estrutura para isso, não tem nem sala. A solução é criar outro CAPS; o município precisa de um CAPS III, possui mais de 400 mil habitantes" (Trabalhador).

Neste ponto, concordamos com o trabalhador até porque é nítido que um CAPSad na modalidade II não é suficiente para as demandas de um município grande. É preciso investimentos nesta área do município, considerando inclusive o fato de não haver nenhum CAPS transtorno na localidade. Sabemos que há falta de recursos, como já relatado por alguns trabalhadores, mas há interesse da gestão em investir na área da dependência química e de saúde mental no município? Acreditamos que não.

Continuando, vamos discutir mais uma categoria: o *conflito na divisão de tarefas*. Assim, abaixo seguem trechos que apontam para a sobrecarga de uns em detrimento de outros. Neste contexto, um assunto que gerou grandes discussões foi sobre quem ficaria nos grupos, o que parece ser uma demanda realizada apenas por psicólogos, neste CAPSad.

> Três trabalhadores deixaram claro que os grupos devem ser realizados pelos psicólogos - "é função do psicólogo". Outros dois trabalhadores indagaram e disseram que não, que grupo terapêutico pode ser feito por qualquer profissional de nível superior. Um trabalhador disse que os grupos ali são psicoterapêuticos. O outro trabalhador disse que era para alterar o nome então (ficou sem resposta..). Um trabalhador (com a voz um pouco exaltada) disse que isso não era possível ser só com psicólogos, pois vários profissionais têm muito a acrescentar nos grupo, como o enfermeiro e o terapeuta ocupacional. Uns concordaram, outros não (Trabalhadores em roda).

Como se observa, foram várias discussões para definir quem faria a coordenação dos grupos terapêuticos que, hoje, estão todos os oito grupos sob a coordenação de três psicólogos que ainda se revezam no acolhimento, na atenção diária, no atendimento individual e em suprir o trabalho do outro quando este está de férias (ou, então, o grupo deixa de existir por um mês ou é vinculado à outro neste período). Assim, continuamos a nos questionar se é de fato, falta de profissionais ou falta de autonomia dos mesmos que manifesta a falta da dependência de, por exemplo, uma formação adequada para coordenar um grupo terapêutico (como citado no último depoimento).

A portaria n. 336 de 2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) regulamenta os grupos terapêuticos e apresenta as modalidades de grupos que devem ser realizadas pelos CAPSad, que são: psicoterapia de grupo, grupos operativos,

atividades de suporte social e outras. Ou seja, há modalidades que podem ser realizadas por qualquer profissional de nível superior.

No entanto, o que se constata nas falas dos trabalhadores é que há falta de formação curricular tanto na graduação quanto nas pós-graduações, o que corrobora com a dificuldade enfrentada no cotidiano e/ou a ausência do perfil necessário para a atividade. Até porque sabemos que os conhecimentos adquiridos na formação irão influenciar na atuação prática dos trabalhadores envolvidos, como destacado abaixo:

> “A formação para trabalhar com grupo é deficitária” (Trabalhadores em roda).

Assim, outra questão é que para coordenar um grupo é preciso que o profissional possua atributos que o favoreçam na consecução do trabalho, como a capacidade de liderança e a responsabilidade. Logo, não basta apenas a formação, é preciso acreditar no trabalho que é desenvolvido, ser empático, comunicativo, ter capacidade de integração e de síntese, entre outros. No entanto, o que se observa na fala de alguns trabalhadores é que há dificuldades neste sentido:

> "Com outro profissional o paciente não vai nem chorar porque a abordagem é outra!", e completou: "eu não aguento ouvir chororô!" (Trabalhador).

Já sobre as demais atividades realizadas no CAPSad, houve ainda discussões em relação à sobrecarga de uns em detrimento de outros, de modo que em diversos momentos anunciaram o fato de um trabalhador que não faz nada ou quase nada no serviço, como veremos a seguir:

> Um trabalhador questionou ao outro se ele como enfermeiro não poderia dar aquela medicação ao paciente. Ele disse "não, isso não é meu serviço e X já nunca faz nada, se eu pegar o serviço dele aí é que ele não fará nada mesmo" (Trabalhadores em roda).

Diante dos discursos no questionamos sobre a atividade gerencial na distribuição das atividades e no acompanhamento e avaliação destas. Haveria uma omissão por parte da gerência? Ausência de autonomia? Corroborando com nossas indagações, um trabalhador:

> “A gerência diz que falta profissional aqui, que não tem gente para fazer as coisas, mas é porque ela não divide as atividades, não toma as rédeas, não faz nada... até precisa de profissional, mas com os que tem aqui o trabalho poderia ser muito mais avançado, muito melhor, daria para fazer muito mais coisas” (Trabalhador).

Diante desta fala, nos cabe discutir a respeito da categoria *omissão da gerência.* Assim, logo em um dos nossos primeiros contatos com os trabalhadores, em uma reunião de equipe, ao discutirem problemas da equipe, três trabalhadores que estavam ao meu lado me disseram

> "Isso tudo é problema de gerência, que não toma a frente das coisas". Um dos trabalhadores me disse ainda em voz baixa que o que faltava era atitude da gerência, que era para eu observar que havia ali autogestão de todos. Os outros dois concordaram [...] Falaram inclusive, em tom baixo, que ali cabia uma frase: "cachorro de dois donos passa fome" (Trabalhadores em roda).

Estas falas foram repetidas em outros momentos, por outros trabalhadores:

> “Aqui há autogestão e cada um faz o que quer”. “A pessoa pode vir e fazer só feijão com arroz, ou até só feijão com farinha, não faz nem o arroz. Ou tem dia que faz o arroz, o feijão, e faz uma batatinha frita, um bifinho.. Ou faz até uma feijoada... e não muda nada! Aí ela pode até deixar passar fome, não fazer nada que não muda nada!" "não devia ser assim né.. mas é desestimulante, desmotivante" (Trabalhador).

A metáfora usada parece refletir bem a indignação do trabalhador frente a possível omissão da gerência. Neste sentido, Campos (2002) afirma que é preciso investir em modos de gerenciar que não castrem a iniciativa do trabalhador ao mesmo tempo em que não deixe o serviço à mercê dos grupos de trabalhadores. Segundo o autor "autonomia pressupõe liberdade mas, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros" (CAMPOS, 2002, p. 229). Mas, ressalta ainda que o trabalho autônomo requer envolvimento dos trabalhadores nas atividades realizadas.

Assim, acreditamos que é preciso investir na autonomia dos trabalhadores, mas que a autogestão citada no depoimento se refere à um excesso de liberdade ou à omissão da gestão e não tem a ver com maior autonomia. É neste ponto que nos cabe um questionamento: como articular autonomia e responsabilidade com compromisso ético no trabalho do CAPSad? Questão está difícil de ser respondida,

pois concordamos que para cada serviço há certa forma de articular ambas as questões que torna o trabalho satisfatório e eficiente.

Continuando, há ainda dois depoimentos que apontam o desestímulo dos trabalhadores frente à omissão da gestão:

> "[...] mas, quando você resolve fazer algo diferente. igual no dia em que nós fizemos um dia para o Encontro dos Familiares.. foi o melhor dia aqui no CAPSad! [...] Mas depois, ninguém se motiva a fazer nada e ela [a gestão] diz que você não fez mais do que a sua obrigação! então sei lá sabe.. não tem estímulo!" (Trabalhador).

Se observa que a falta de estímulo no trabalho vai além da busca por reconhecimento frente ao desempenho. Os depoimentos apontam que há um sentimento de falta de proteção e de impotência uma vez que as atribuições de responsabilidades não estão claras, o que compromete a própria eficiência do serviço diante do fato de que cada um diz algo diferente a cada caso ou a cada dia.

De outro ponto de vista, vemos que há outros problemas vivenciados no serviço que demandam efeitos na própria gestão:

> "[...] as cobranças que vem assim.. por exemplo, você trabalha comigo, você atende menos pessoas né.. assim, então o outro servidor quer que chegue pra você e fale, porque que você atende menos. Mas assim, eu chego pra você e você vira pra mim e fala 'não, porque eu não vou atender mais que isso. Eu só vou atender isso!'. Aí você fica em uma encruzilhada porque na verdade a gente não tem uma oferta de profissionais pra ficar trocando, pra ficar colocando pessoas a disposição" (Trabalhador).

A sensação de estar em uma encruzilhada e as indisposições no decorrer do serviço são efeitos vivenciados, como se pode observar nas falas anteriores. No entanto, sabemos que essas questões não são vivenciadas apenas em um CAPSad, mas em toda e qualquer atividade gerencial e assim, o saber lidar melhor e de mais eficaz com esse cotidiano é que irá favorecer ou não o processo de trabalho de toda uma equipe.

Assim, nos cabe um questionamento: Como possibilitar maiores graus de autonomia e de criatividade ao mesmo tempo em que se articula o compromisso e a responsabilidade profissional? A fim de refletir sobre isso, Campos (1992) menciona que é "na 'gestão' do cotidiano que se constrói esta ou aquela subjetividade, de forma a tornar os sujeitos autônomos ou sujeitados" e, assim, a fim de se realizarem

mudanças na área da saúde é preciso se atentar para delegação de novas cotas de responsabilidade e de autonomia.

Para entendermos melhor essa questão, nos propomos a discutir sobre uma categoria que se relaciona em muito com esta: a *ausência de normas*. Foram vários os depoimentos sobre essa questão:

> "olha.. vou te falar uma coisa bem sincera.. o problema daqui são os funcionários! [...] aqui o problema não são os usuários, os casos não são difíceis, só um ou outro que é difícil.. mas a maioria não.. então o problema aqui são os funcionários.. é muita falta de organização.. cada um fala uma coisa.. ". "Aqui é muito desorganizado.. muito desorganizado.. não tem uma rotina, cada um faz o que quer.. o CAPS funciona pra cada um de um jeito.. cada um faz o que quer.. é complicado trabalhar assim" (Trabalhadores em roda).

Como se constata, segundo os trabalhadores acima, a dificuldade em trabalhar no CAPSad não está relacionada com o lidar com a problemática da dependência química, mas com a ausência de normas da equipe.

Para tanto, nos indagamos: haveria ali excesso de autonomia? Questão esta que foi apontada por um dos entrevistados que nos chamou para conversar em uma sala separada:

> “Aqui não há protocolos ou fluxos: cada um faz o que quer!, é a cultura daqui já! Cada um faz o que quer, não há gerência, há autogestão, e isso dá muita autonomia para todos, mas esse excesso de autonomia é muito ruim: com muita autonomia, o que acontece.. uns fazem muito, outros mais ou menos e outros não fazem nada.. nada!" (Trabalhador).

No entanto, concordamos tanto com Morin (2003, 2005, 2006), Campos (2002) e Franco (2013) ao afirmarem que a autonomia difere da liberdade.

Franco (2013) nos apresenta a liberdade como potência para o cuidado em saúde. Mas, ao refletirmos sobre o campo de pesquisa nos questionamos se há mesmo potência quando se há liberdade no processo de trabalho. Assim, continuando a conversa com Franco, vemos que a liberdade que ele menciona é relacionada à liberdade no microcosmo, ou seja, nas relações do cotidiano de trabalho, na forma de lidar com os casos que atua, na singularidade do seu trabalho. Para Franco (2013, p. 243): "o trabalho em saúde é fortemente marcado pela liberdade, sim, liberdade porque é ele mesmo, o sujeito-do-trabalho quem define o modo de

organização do seu processo produtivo, isto é, a produção do cuidado". Ou seja, a liberdade de Franco está relacionada à liberdade própria de um trabalho em saúde que por se tratar de trabalho relacional é caracterizada pelo trabalho vivo em ato, conforme Merhy (2002) aponta. Dessa forma, o trabalhador no encontro com o usuário é livre para decidir a forma como atuar, conforme a proposta de um cuidado acolhedor ou um cuidado prescritivo. Franco (2013, p. 244) acrescenta que a subjetividade do trabalhador "é dinâmica, opera produzindo o cuidado também com as variações que este sujeito sofre, na sua relação com o mundo do trabalho".

Ou seja, o que se constata é que há uma produção subjetiva que traz em si uma potência para criatividade, ou que pode se deixar capturar por todas as padronizações vivenciadas no cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

As condições de trabalho precárias, a falta de reconhecimento e a sobrecarga apontam a falta de autonomia do trabalhador, implicando em desgaste, apatia, desvalorização, desmotivação e no seu aprisionamento, tornando-o distante da dimensão cuidadora do trabalho em saúde, e assim, produzindo o distanciamento afetivo no processo de trabalho.

Logo, se não há autonomia por parte do trabalhador é extremamente difícil que consigam produzir o sentimento de autonomia por parte dos usuários que diante disso persistem, dependentes do serviço e aprisionados na dependência química.

Estes efeitos nocivos, no entanto, não parecem produzir movimentos de mudança por parte dos trabalhadores ou da gestão, o que os leva a pensar que talvez este serviço não precise trabalhar sob a égide da eficiência e da eficácia que configuram os demais serviços da rede de saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 2009.

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. **Diário Oficial da União.**Brasília: 19 fev. 2002.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec: 2002, p. 229-265.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas - o caso saúde. In: CECÌLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a saúde**. 3 d. São Paulo: Hucitec: 2006, p. 29-88.

CAMPOS, G. W.S. Saúde, Sociedade eo SUS:imperativo do sujeito. **Saúde e sociedade**, v. 18, supl, 2, 2009.

FRANCO, T. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. v. 1. 390p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-112.

MORIN, E. A noção de sujeito. In: SCHNITMAN, Dora Fried (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.**Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128p.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, C. **Representação e complexidade**. Ed. Garamond, 2003b. p. 69-78

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Sulina, 2006. 120p.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

6.5 ARTIGO 5 – PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

RESUMO

Este artigo analisa as possibilidades de produção do cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), tendo em vista as divergências políticas a que o serviço está sujeito, as dimensões macro e micropolíticas e os efeitos subjetivos oriundos do processo de trabalho que são vivenciados pelos trabalhadores. Trata-se do resultado de pesquisa qualitativa, realizada com todos os 28 trabalhadores do CAPSad. Foram feitas oitenta horas de observação do cotidiano de trabalho, uma sessão de entrevista coletiva com a participação de dez trabalhadores e treze entrevistas em profundidade individuais seguidas da Análise Temática. Considerando que a produção do cuidado se dá sempre em relação, constatamos que neste serviço ela ocorre sob condições que comprometem sua efetividade. Apontamos três modalidades de cuidado observadas: 1. cuidado centrado no ato prescritivo; 2. cuidado pouco relacional; 3. cuidado acolhedor. Entendemos que produzir atos de saúde a partir de um cuidado acolhedor é tarefa de todos os profissionais do CAPSad e que estes devem reconhecer no usuário alguém portador de desejos e necessidades, que possui valores e potências. Entretanto, nas condições em que o trabalho é realizado nesse local, esta forma de produção de cuidado fica altamente comprometida.

INTRODUÇÃO

A partir da constatação de que o trabalho em saúde se realiza por meio das relações, de embates entre necessidades e interesses, Franco (2009) menciona que para se compreender a micropolítica[5] do processo de trabalho em saúde é preciso entender o modo como se produz o cuidado no serviço, considerando as interfaces de saberes e poderes, as intersubjetividades e ainda, o desvendar de aspectos do encontro entre os trabalhadores e os usuários.

Assim, é no território de ações cuidadoras que há produção do encontro e a possibilidade de construções afetivas. Por isso, o cuidado é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Nesse sentido, é importante destacar o que entendemos por produção de cuidado. Compreendemos que as ações cuidadoras não são de domínio apenas dos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, etc.), pois se trata de domínio de todos que, de alguma forma, atuam na área da saúde (seja o vigia, o auxiliar de serviços, o recepcionista, etc.), além dos próprios usuários e seus familiares. Ou seja, a produção de cuidado deve ser compartilhada por todos, uma vez que a todos são válidos os atos de acolhimento, de escuta, o mostrar-se interessado, de forma a possibilitar o encontro que seja de conforto, a partir dos olhares diferenciados (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010). Essas questões implicam colocar o usuário em uma posição de sujeito ativo do seu processo saúde-doença, o que de fato, é bem diferente do modelo de assistência hegemônico que o mantém como objeto das ações de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Ao mencionar sobre modelo de atenção, Merhy (1998) destaca que há três dimensões tecnológicas para a produção do cuidado que irão interferir de formas diferenciadas nesse processo, dependendo de diversos fatores: tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras referem-se a equipamentos, instrumentos e outros materiais usados em diagnósticos e tratamentos; as leve-duras são os

---

[5] Deleuze e Guattari (1996) esclarecem que a macropolítica tem a ver com a organização e funcionamento das instituições, e a micropolítica diz respeito aos fluxos e processos, ou seja, a nós e nossas relações.

conhecimentos estruturados dos diversos saberes presentes nas práticas de saúde; e já as tecnologias leves, referem-se às relações construídas entre duas pessoas em ato produzindo uma relação de vínculo e aceitação.Para Merhy (2002b) as tecnologias leves são determinantes para a ação criadora de novos padrões assistenciais.

Neste contexto, Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) explicam que a atividade clínica é território das tecnologias leves-duras, de forma que as negociações estabelecidas no encontro se referem à subordinação dos usuários frente aos detentores do saber. Já a partir das tecnologias leves, os saberes são apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida. "Podem ser ferramentas para lidar com a diferença na produção da vida e não como uma carapaça que nos aprisiona na repetição" (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010, p. 74).

Além disso, destacamos que para Merhy (1999) todo processo de trabalho em saúde produz atos de saúde. Então, produzir procedimentos é também produzir ato de saúde, o que não garante que produza cuidado no sentido ‘cuidador’.

Assim, considerando que a produção do cuidado se dá sempre em relação, Rolnik (2006) afirma que a forma do sujeito agir diante do cotidiano é singular, e assim, múltiplo "pois temos sempre tantos mundos quantos são os que o habitam". A autora afirma ainda que o território existencial, ou seja, o que tem dentro de cada um, habita o sujeito de forma que independente do serviço em que estiver atuando, ele irá operar o cuidado de uma forma e não de outra. Corroborando com estas ideias, Franco et al. (2009) afirmam que o trabalhador da saúde é produto e produtor ao mesmo tempo, de forma que a subjetividade[6] faz com que exerça determinado modo de produção do cuidado. Além disso, os encontros que realiza no cotidiano também modificam seu modo de produzir esse cuidado.

Neste contexto, nem sempre o processo de trabalho permite a produção de saúde, já que para tal é necessário que se auxilie na promoção de graus de autonomia do modo de andar na vida do usuário (MERHY, 1999). Assim, a produção

[6] Para Franco et al. (2009), Guattari e Rolnik (1986) a subjetividade não é dada, mas é historicamente construída e incansavelmente produzida.

do cuidado deve ter como princípio a construção da autonomia e seu fortalecimento no decorrer do processo saúde-doença.

Para diferentes autores, a autonomia adquire vários significados. Neste artigo ampliaremos o conceito para além de uma independência absoluta. Trataremos a autonomia como condição necessária para a saúde.

A partir da noção de complexidade Morin (1996) questiona o conceito de autonomia ligada à idéia de liberdade e defende que a autonomia é estreitamente ligada a noção de dependência, sendo que esta é inseparável do conceito de auto-organização. Para o autor, a autonomia implica na dependência com o mundo externo (seja a família, a escola, o trabalho, as relações interpessoais), uma vez que a auto-organização depende do meio, seja ele biológico, social ou cultural.

Neste ponto, consideramos que a autonomia não se constitui como valor absoluto, de modo que implica certo grau de dependência e assim, maiores ganhos de autonomia implicam melhores condições do indivíduo se auto-organizar.

Merhy (1999) afirma que o cuidado pode e deve implicar ganhos de autonomia para o paciente. Até porque, a saúde é concebida como a capacidade de gerar mais vida, assim como a capacidade de se produzir redes que produzem mais vida. Desta forma, essas redes de dependência fortalecem a autonomia (MORIN, 1996) e implicam diretamente na produção do cuidado.

Questionamos, então, se os serviços de saúde contribuem na produção de autonomia do usuário. Segundo Merhy (2002b, p. 123) podemos ter um cuidado que seja cuidador, porém, uma das implicações mais sérias do atual modelo hegemônico é a perda da dimensão cuidadora. O autor afirma que a 'morte' dessa dimensão tem possibilitado a construção de "modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos".

Assim, a partir de tais reflexões sobre o processo de trabalho e sobre a produção do cuidado em um serviço de saúde, questionamos sobre as formas de produção do cuidado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Enfatizamos que este CAPSad está sujeito a certos desacordos políticos, pois segundo Wandekoken e Dalbello-Araujo (2015) hoje, estão em vigência a Política Nacional sobre Drogas, com foco na repressão, na ação da justiça e da polícia, e a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) do Ministério da Saúde, com foco na redução de danos e na valorização da singularidade do sujeito. Além disso, Wandekoken (2015) enfatiza que no município

em que se situa o serviço estudado, as divergências ocorrem inclusive entre os níveis federal e municipal, já que em oposição à PAIUAD, o município realiza estratégias com foco no amedrontamento, na repressão e na ação policial.

Wandekoken (2015) menciona, ainda, que no CAPSad estudado as dimensões macropolíticas e micropolíticas implicam efeitos subjetivos vivenciados pelos trabalhadores. Em relação às dimensões macropolíticas, destacamos: condições de trabalho precárias (devido à estrutura do serviço, baixos salários e rede de atenção inexistente) e sobrecarga (devido a falta de profissionais); e entre as dimensões micropolíticas encontram-se a falta de reconhecimento (devido à omissão da gerência e à ausência de normas) e sobrecarga (devido aos conflitos nas divisões de tarefas)

Com base nestas questões, este artigo analisa as possibilidades de produção do cuidado em um CAPSad, tendo em vista as divergências políticas a que o serviço está sujeito, as dimensões macro e micropolíticas e os efeitos subjetivos do processo de trabalho vivenciados pelos trabalhadores.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em um CAPSad, com todos os 28 trabalhadores do serviço, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes administrativos, motoristas, recepcionistas, vigilantes, auxiliares de serviços gerais, farmacêuticos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, gerentes, técnicos de Enfermagem e assistentes sociais. Buscamos assim, adotar uma perspectiva ampliada, pois entendemos o trabalhador de saúde não só como aquele capaz de intervir a partir de conhecimentos técnicos em questões de saúde e sim, todos aqueles que de alguma forma intervém na cadeia produtiva do cuidado em um serviço de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

A coleta de dados da pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro a abril do ano de 2014, a partir de três técnicas: 80 horas de observação do cotidiano, das reuniões de equipe e das assembleias com os usuários;entrevista coletiva com a participação de dez trabalhadores e 13 entrevistas em profundidade individuais. A técnica de observação foi importante para identificar os comportamentos não intencionais ou ainda, reações que são inconscientes, e dessa forma, explorar questões que as pessoas não se sentem à vontade para discutir. A entrevista coletiva, conforme Dalbello-Araujo (2008) explica, consiste em uma técnica usada

quando se pretende facilitar o acesso aos diferentes pontos de vista entre os participantes. As entrevistas em profundidade foram realizadas a partir da questão disparadora: 'o que você acha de trabalhar aqui?'.

Todos os dados foram anotados e transcritos em um diário de campo, que junto com as transcrições das entrevistas foram submetidos à Análise Temática derivada da Análise de Conteúdo, desenvolvida por Bardin (2009). A Análise Temática está ligada à noção de tema que pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. "O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (BARDIN, 2009).

Ressaltamos que os participantes assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que tiveram a garantia do sigilo de identidade e das informações prestadas. Assim, a identificação dos trechos obedecem a três formatos: usamos a palavra 'Trabalhador' ou 'Trabalhador em roda'; 'Assembleia dos usuários' quando o trecho teve relação com a fala de algum usuário no período da observação; e a palavra 'Diário de campo' quando se trata do ponto de vista da pesquisadora registrado pela observação do cotidiano.

Foram atendidas as prerrogativas da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob o número de registro n. 16771113000005060 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise e discussão dos resultados, criamos três categorias para apresentar as diferentes modalidades em que o cuidado é realizado: cuidado centrado no ato prescritivo (baseado em procedimentos e/ou prescrições), cuidado pouco relacional e cuidado acolhedor. Deixamos claro que as categorias podem se interrelacionar. Entretanto, selecionamos alguns trechos do diário de campo e/ou entrevistas que ilustram cada uma destas categorias e que serão apresentados ao longo da discussão. Além disso, ao discorrer sobre elas, apontamos que entre os diversos efeitos subjetivos vivenciados pelos trabalhadores do CAPSad está o desgaste e a incapacidade de agir.

Cuidado centrado no ato prescritivo:

Para Merhy (2002) produzir cuidado a partir do trabalho em saúde depende da construção de aspectos relacionais, seja entre gestores e trabalhadores, ou entre trabalhadores e usuários. No entanto, a relação entre estes últimos, por exemplo, pode evidenciar um processo engessado em procedimentos, de forma que o usuário é tido como objeto e se nega o seu saber devido ao menor valor científico.

Isto pode ser observado, na categoria *cuidado centrado no ato prescritivo* que exemplificamos a partir da fala de um usuário do CAPSad:

> "Tem um certo trabalhador que nem olha na cara da gente para prescrever algo.. Um dia cheguei lá para pedir uma receita porque estava com dificuldade para dormir, X [o trabalhador] prescreveu e entregou a receita sem nem ao menos questionar se eu usava algum remédio ou qualquer outro assunto [...] É preciso que X [o trabalhador] nos trate com carinho, nós somos pessoas, e a atitude dele não é coerente com os demais do CAPSad" (Assembleia de usuários).

Diante desta fala, concordamos com Merhy (1998) quando menciona que os usuários, muitas vezes, se sentem inseguros, desprotegidos e desrespeitados diante não da falta de conhecimentos do profissional da saúde, mas da falta de interesse em relação ao seu problema.

Assim, por mais que o processo de prescrição de uma receita produza algum ato de saúde, não podemos dizer que produziu saúde já que não houve nenhum impacto em ganhos de autonomia por parte do usuário, na sua forma de andar na vida. Até porque esta forma de se relacionar com o usuário é 'procedimento centrada' e não 'usuário centrada', conforme Merhy (1998), e se esgota na produção de paciente diagnosticado e medicado, sem que se tenham satisfeitos seus direitos como usuário. Como exemplo, apontamos o caso de um paciente que se desloca ao hospital devido aos sintomas de gripe e é apenas medicado com uma receita, sem que tenha ocorrido nenhum ato relacional neste encontro que produza maior autonomia deste paciente. Assim, podemos afirmar, com base em Merhy, que o ato do trabalhador pode sim ser um ato de saúde, mas não que tenha produzido saúde. Até porque, segundo o autor produzir saúde vai além de atos prescritivos, tem a ver com a construção de maior autonomia.

Segundo Ceccim e Merhy (2009, p. 533) a centralidade no usuário é "a centralidade no encontro, no contato com a alteridade", de forma que o cuidado passa a ser um campo singular da produção da saúde.

Ainda, podemos observar que no depoimento, o trabalhador, a fim de atender a demanda do usuário, usa exclusivamente de prescrições e medicações, de forma que seu trabalho seja centrado em atos prescritivos.

No entanto, pelo depoimento do usuário, ao afirmar que é preciso que o profissional os trate com carinho, pois são pessoas, ele está, de fato, questionando que o processo terapêutico seja mais relacional. Ou seja, que mesmo utilizando-se de recursos instrumentais necessários (como são as prescrições), haja o interesse pelo usuário, o seu reconhecimento como pessoa que também possui uma história e uma subjetividade.

Neste sentido, Merhy (2002b) defende que deve haver uma relação adequada entre as tecnologias dura, leve-dura e leve, de forma que só assim se pode pensar em produção de cuidado com maior defesa da vida do usuário e na produção de maior autonomia.

Fato é que o cuidado centrado no ato prescritivo no CAPSad compromete toda uma rede assistencial. Franco e Merhy (2013) afirma que não existe autossuficiência na saúde, de forma que nenhum trabalhador pode sozinho afirmar que consegue uma resolutividade satisfatória frente às necessidades dos usuários. Assim, se observa que o processo produtivo é altamente relacional e que uns encontram ou não potência em outros, gerando até mesmo tensões e conflitos como podemos observar:

> "No último grupo, X [trabalhador] destratou o paciente. Em seguida,revoltado o usuário foi ao grupo e eu não tive como fazer o grupo, porque o usuário estava muito descontrolado, dizendo que queria voar no pescoço de X [trabalhador] que o destratou (Trabalhador).
>
> "Eu não confio de deixar os pacientes sozinhos com X [trabalhador].. eu entro junto na consulta. Além disso, sabemos que X [trabalhador] não tem uma empatia com os pacientes, não tem um vínculo.. precisa que eu vá junto para discutir o caso. Nesses casos eu tenho que deixar de atender, de fazer meu trabalho para ir acompanhar a consulta, o que é desgastante" (Trabalhador).
>
> "Prejudica muito a gente, porque tem que escutar dos pacientes o tempo todo reclamando no nosso ouvido" (Trabalhadores em roda).

Nestes depoimentos podemos observar que há desgaste e sentimento de incapacidade de agir frente às condutas de um único trabalhador, o que compromete toda a produção de cuidado. Neste ponto, nos questionamos sobre o que os trabalhadores têm feito para alterar esta situação, e podemos observar nas falas abaixo que os relatos de incapacidade de agir são vários:

> "Nada é feito, a gerência não toma providências... as reclamações nem chegam ao ouvido dela! [gestão]" (Trabalhadores em roda).
>
> "Não vou me manifestar sobre o caso, porque como sempre nada vai ser feito" (Assembleia de usuários).
>
> "Os usuários sempre reclamaram, e nada acontece, nada muda, ninguém faz nada... quer dizer, quem deveria fazer não faz nada né!" (Trabalhador).
>
> "Nós orientamos o usuário a procurar a ouvidoria, o Ministério público... Oriento o usuário a falar com a gerência" (Trabalhadores em roda).

Como se observa, os trabalhadores e usuários não sabem o que fazer e apenas transferem a responsabilidade para a gestão. Além disso, ressaltamos trechos em que alguns trabalhadores parecerem não se importar com estas situações:

> "Estou muito ocupado com demandas pessoais... posso até tentar conversar com esse X [trabalhador] um dia, mas já fiz isso uma vez e não resolveu" (Trabalhador).
>
> "O SUS é assim mesmo, os trabalhadores do SUS são assim... Estou pensando inclusive em trocar de cardiologista (neste momento ri), pois ele é grosso. X [trabalhador] é assim, não tem jeito... os usuários precisam se abrir nos grupos e desabafar" (Trabalhador).
>
> "O jeito são vocês se conformarem [os usuários], já que pelo menos o trabalhador ainda não errou nenhuma receita. Já tem várias reclamações sobre esse trabalhador... já conversamos com, mas nada se resolveu" (Trabalhador).

Frente a estas falas, nos cabe dizer que há por parte de alguns trabalhadores - e não só do trabalhador que produz o cuidado centrado em atos prescritivos -, uma postura de banalização da dor e do sofrimento alheio, além de uma clara desvalorização da vida. Percebemos, ainda, uma descrença no Sistema Único de Saúde (SUS) e a conformação de que as situações são desta forma, o que segundo os trabalhadores já seria o suficiente.

Ressaltamos ainda a fala "pelo menos o trabalhador ainda não errou nenhuma receita", pois aponta uma produção do cuidado que valoriza apenas os atos prescritivos. O que se observa, são saberes ditos onipotentes em relação aos demais e, no entanto, nem por isso mais eficazes em satisfazer as necessidades dos usuários. Até porque não considera que o trabalho em saúde é baseado no encontro entre o trabalhador e o usuário e que frente a isto as tecnologias mais

relacionais e o envolvimento afetivo são imprescindíveis. Frente a estas questões, apontamos mais uma categoria:

Cuidado pouco relacional

Nesta categoria, exemplificamos com algumas falas:

> "X [trabalhador] chega, não cumprimenta ninguém, fica na sala, atende, vai embora e ninguém vê!" (Trabalhador).
>
> "[...] aí o usuário não cria vínculo com X [trabalhador], não expressa o que ele sente..". "O tratamento do usuário é prejudicado, pois ele tem medo de X [trabalhador].. não volta na consulta". "Falta conhecer o paciente, o 'olho no olho'" (Trabalhadores em roda).
>
> "Eu não gosto de trabalhar no CAPSad, porque não gosto da assistência... prefiro trabalhar na administração, gestão, elaborando cursos" (Trabalhador).
>
> "Eu não coordeno grupo porque não suporta ter que ouvir e não poder falar o que eu quero! eu não dou conta de estar num grupo, de pensar de um jeito e agir de outro" (Trabalhador).
>
> "Tenho medo de X [trabalhador], do jeito que ele fala comigo.. (Assembleia de usuários).

Acreditamos, como apontam Merhy e Franco (2013, p. 124), que na produção do cuidado está implicada a dimensão humana e subjetiva de cada um, e assim, devemos considerar que os trabalhadores são portadores de uma subjetividade que opera no cotidiano de trabalho. Assim, a forma como o trabalhador valoriza ou não a vida do outro, a forma como ele lida com os demais membros da equipe, como se dispõe a atuar variam conforme varia a singularidade de cada trabalhador.

Para tanto, o fato de, por exemplo, o trabalhador não gostar de trabalhar na assistência ou não suportar ter que ouvir os usuários só pode implicar um cuidado pouco acolhedor e nada relacional, o que compromete toda uma produção de cuidado. Neste ponto, Merhy (2002b, p. 138) afirma que ao questionarmos a qualquer usuário o que eles esperam dos atos de saúde a resposta é sempre semelhante e tem a ver com o envolvimento do trabalhador com suas necessidades, mais do que com procedimentos, "serem pessoas reais, tratando de pessoas reais".

Já em outro depoimento, nos impressiona o fato de um trabalhador comparar o atendimento ao usuário a uma atividade de carimbar papel:

> "[...] eu fico imaginando assim uma pessoa que está numa repartição só carimbando papel né.. e aí às vezes atender alguns usuários é como se você toda a semana você tivesse carimbando um papel, entende? (risos) que.. assim.. tem gente que não dá um retorno.. o papel você ainda encaminha para outro setor, e o usuário? às vezes ele vai e volta, vai e volta, é igual um processo que não tem solução!

> não tem jurisprudência.. porque depende da vontade pessoal, nós estamos lidando com pessoas" (Trabalhador).

Diante desta comparação, só nos cabe afirmar mais uma vez que a simplificação das demandas de saúde, de forma a não produzir atos cuidadores mais relacionais, nos leva a constatação de que estas práticas só podem produzir baixa resolutividade e assim, menor eficácia do serviço de saúde.

Neste ponto, Merhy e Franco (2013, p. 127) afirmam que a produção de acolhimento, de vínculo e de autonomização do usuário são indicadores da eficácia e da efetividade de um serviço de saúde.

Para tanto, é preciso que o trabalhador reconheça no usuário alguém portador de desejos e necessidades, alguém que possui valores e potências. Questões que precisam ser consideradas na produção do cuidado. Vislumbrando isto, o trabalhador afeta e se deixa ser afetado, de forma a favorecer com que o usuário conduza sua própria vida.

Assim, concordamos que há um intenso processo micropolítico na produção do cuidado em saúde, implicado nos encontros singulares das ações cuidadoras (MERHY, 2002). Lembramos, inclusive, que as ações cuidadoras por meio das tecnologias relacionais não são domínio apenas dos profissionais da saúde, mas de todos que atuam nessa área e ainda dos usuários e de seus familiares (MERHY, 2002). Frente a estas questões, vamos discutir mais uma categoria:

Cuidado acolhedor:

Produzir atos de saúde a partir de uma dimensão cuidadora é tarefa de todos os trabalhadores do CAPSad, até porque todos podem e devem acolher, escutar, olhar, se interessar e contribuir para que relações de confiança e empatia sejam produzidas. Estas atitudes foram percebidas no decorrer do campo:

> O trabalhador sentou ao lado de uma usuária que havia sido atendida e conversou durante algum tempo. Depois, a usuária agradeceu muito a conversa e se despediu (Diário de campo).

> Logo que o usuário entrou no CAPSad, o trabalhador veio e o cumprimentou. Pareceu gostar de vê-lo. Sentou ao seu lado e conversaram durante algum tempo sobre como as 'coisas andavam'. O trabalhador ainda interessado perguntou se ele estava bem. X mencionou que havia 'caído', uma 'queda' grande, mas que depois se levantou, ficou internado e pretendia voltar ao CAPSad (Diário de campo).

> Vi que o trabalhador conversava bastante com os usuários que estavam na recepção, perguntando sobre como eles estavam, se

> estavam bem ou não, além de brincar com eles sobre o fato de hoje ser o dia da mentira (Diário de campo).

Como se vê, é fundamental que os trabalhadores estabeleçam um bom contato com o usuário e isso implica colocá-lo em uma posição ativa no processo de saúde. Até porque, são nestes encontros cuidadores que se pode contribuir para a construção da autonomia do usuário.

Merhy e Franco (2013b, p. 142) afirmam que em situações como estas o processo de trabalho está centrado em formas de produção de cuidado mais relacionais ao considerar que no encontro o usuário é também sujeito produtor de cuidado.

Franco e Merhy (2013) aponta ainda que o trabalho em saúde se processa em uma rede de relações, em que não está excluído nenhum trabalhador, nem ao menos os trabalhadores das áreas de 'apoio' como os vigias e auxiliares de limpeza.

Assim, enfatizamos que segundo Merhy (2002) é o cuidado (e não a atividade clínica) que é a alma dos serviços de saúde e a estratégia para a defesa da vida. Além disso, Ceccim e Merhy (2009) ressaltam que o encontro é da ordem micropolítica, de forma que tem seus mistérios e riquezas frente aos processos relacionais implicados.

Destacamos ainda as falas de trabalhadores que acreditam que o CAPSad não deve ser vinculado à determinadas abordagens realizadas junto as pessoas que estão em situação de rua, pois acreditam que o serviço é diferente:

> "[...] teve uma época em que eles [a prefeitura] estavam fazendo muita ação na rua, e era ação de realmente de recolher.. a gente sabe que tinha uma pressão policial envolvida e aí agente bancou não entrar nisso " (Trabalhador).
>
> Haviam duas caçambas grandes e um carro pipa. As caçambas foram usadas para jogar os pertences dos moradores de rua e o carro pipa foi usado para jogar água no local, evitando assim que eles retornem. Haviam policiais, pessoas que atuam na abordagem de rua, vários guardas municipais, e apenas três pessoas em situação de rua. Observamos apenas de longe, já que o trabalhador afirmou que não gostaria que os moradores o vissem para que o CAPSad não fosse associado a estas abordagens (Diário de campo)
>
> "A ação durará até sexta-feira e acontecerá na parte da manhã e da tarde... é melhor ficarmos de longe para que eles não vejam a gente e não associem o CAPSad a essas abordagens... Toda a equipe do CAPSad acredita que essas abordagens são contrárias ao nós fazemos e por mais que a prefeitura tenha solicitado o apoio do serviço, nós não aceitamos! Eu estive na reunião no gabinete do

> prefeito e lá disseram que esta ação é para dar uma resposta à reportagem que foi veiculada na mídia alguns dias atrás. Eles usaram palavras como higienização das ruas, disseram que era para retirar os moradores, ameaçá-los e expulsá-los" (Trabalhador).

Como se observa, os trabalhadores optaram por exercer uma produção do cuidado a partir do vínculo e do acolhimento, de forma que as abordagens com base na ação policial e na higienização das ruas são de fato opostas ao que os trabalhadores do CAPSad se propõe a realizar. Com base nestes depoimentos, concordamos com Merhy e Franco (2013) quando afirmam que na produção do cuidado, que ocorre sempre em ato, o trabalhador possui muita liberdade de operar, de forma que no trabalho em saúde há certo autogoverno dos trabalhadores que lhe confere liberdade no cotidiano de trabalho.

Do mesmo modo, em outro momento, um trabalhador apontou que a atividade de internação compulsória realizada por alguns trabalhadores do CAPSad - após orientação da prefeitura - não condiz com as demais atividades do serviço:

> "A internação compulsória tem uma lógica totalmente diferente do CAPSad.. o CAPSad é antimanicomial e está de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica! É vínculo, é acolhimento, a aposta do CAPSad é a reforma psiquiátrica! Então é difícil, porque a internação compulsória é outra ideologia.. então somos capturados por isso aí! Mas isso não impede que nessa dureza, porque é uma ação dura, nós levemos a nossa leveza a nossa forma fluida para esse contato com o usuário.. Como eu tenho certeza que quem vai lá, mesmo que não entenda, não questione, mas procura fazer de uma outra forma.. ao invés de mandar ele ir, o convida, sugere, faz de outro jeito.. lá é polícia.. nós não somos militarizados. Quer dizer, somos militarizados, mas no amor, no acolhimento, no direito da pessoa decidir se quer ou não, na sua loucura, na vida!"(Trabalhador).

Ao afirmar "somos militarizados, mas no amor, no acolhimento" o trabalhador expressa uma aposta no acolhimento e no vínculo como dispositivos de mudança, o que é ofertado em diferentes proporções a depender do trabalhador.

CONCLUSÃO

Percebemos que diante das divergências políticas a que o CAPSad está sujeito, das dimensões macro e micropolíticas e dos efeitos subjetivos vivenciados pelos trabalhadores, há possibilidades de diferentes modalidades de práticas de cuidado neste serviço. Constatamos que no CAPSad a produção do cuidado é realizada em algumas situações a partir de um cuidado centrado no ato prescritivo

ou um cuidado pouco relacional, o que não contribui na produção de autonomia do usuário.

Frente a isso observamos que na prática as ações relacionadas à saúde têm perdido sua dimensão cuidadora mesmo com o avanço tecnológico, o que compromete toda sua eficácia e eficiência. Entendemos que produzir atos de saúde a partir de um cuidado acolhedor é tarefa de todos os profissionais do CAPSad e que estes devem reconhecer no usuário alguém portador de desejos e necessidades, que possui valores e potências. Entretanto, nas condições em que o trabalho é realizado nesse local, este aspecto fica altamente comprometido.

Assim, considerando que no trabalho em saúde há sempre certo autogoverno dos trabalhadores, constatamos que para que haja mudanças na produção do cuidado há que se atentar para o agir dos trabalhadores de saúde, oferecendo espaços coletivos de fala para que eles possam discutir e refletir sobre o que tem sido produzido no transcurso de seu trabalho.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 2009.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Intense micropolitical and pedagogical action: humanizationbetween ties and perspectives. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1,2009.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; VELAR, L. (Orgs). **Psicologia Social**: temas em debate. Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008. p. 109-126.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

FRANCO, T. B. Prefácio. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Org.). **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. et al. A produção subjetiva da estratégia da saúde da família. In: FRANCO, T. et al. **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família.São Paulo: Hucitec, 2009. p. 19-44.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora: 2013.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã Editora, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002b.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, P. Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Vozes: Petrópolis, 1986.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e a transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de 'financeirização' do mercado na saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora: 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora: 2013.

MORIN, E. A Noção de Sujeito. In SCHNITMAN, D.F. (Org.). **Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade**. Artes Médicas, 1996.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAUJO, M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, 2015 (no prelo).

WANDEKOKEN, K. D. **Efeitos subjetivos do processo de trabalho vivenciados por profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há muitas pessoas de visão perfeita que nada veem...
O ato de ver não é coisa natural.
Precisa ser aprendido!
(Rubem Alves)

Nesta tese, analisamos o processo de trabalho em um CAPSad. A problemática do uso e abuso do álcool e outras drogas têm tomado a agenda de muitos gestores da saúde e da segurança pública. É assunto controverso, ao qual temos nos dedicado há algum tempo. Para abordá-la, do ponto de vista dos que atuam nesta área, debruçamo-nos em buscar as bases teóricas que poderiam nos dar suporte, a fim de nos apropriarmos dessa complexidade. A trajetória teve início com o mergulho na temática do processo de trabalho e, em seguida, do processo de trabalho em saúde. Ao refletir sobre a área da saúde, notamos que há nela algumas especificidades. A matéria-prima, especialmente no CAPSad, são as pessoas que buscam ajuda e o produto é (ou deveria ser) a reabilitação psicossocial e a reinserção social. Ressaltamos que, para que haja tal produção, se faz necessário o encontro entre trabalhador e usuário. Este encontro pode ser um bom encontro ou um mau encontro, porém é sempre intrínseco ao processo. Assim, ele se torna uma especificidade nesse campo, pois o trabalho em saúde é resultante de um trabalho que ocorre sempre em ato, dependente das relações interpessoais, de modo que nesses encontros os corpos se afetam.

Ao refletir sobre essas questões, percebemos que um processo de trabalho é permeado por aspectos macro (organização e o funcionamento das instituições) e micropolíticos (que se referem às relações). Também avançamos no sentido de afirmar que para além dos produtos esperados para o processo em questão, neste caso, a reabilitação e a reinserção social, são produzidos também efeitos subjetivos que são vivenciados pelos trabalhadores. Abordar estes efeitos em um CAPSad, significou focar o nosso olhar em aspectos sutis, que não são vistos com o ‘olho retina’, ou seja, com um olhar superficial, um simples enxergar. Foi preciso compreender que há muito mais aspectos no cotidiano de trabalho do que podemos vislumbrar ao nosso olhar corriqueiro. Assim, buscamos nos apropriar do ‘olho vibrátil’, um olhar que pudesse vislumbrar a complexidade das interações e dos

encontros do CAPSad. O que buscávamos não era possível visualizar com o ‘olho retina’, foi preciso um olhar mais sutil.

Precisamos, então, compreender a noção de subjetividade. Buscamos vários teóricos como Deleuze e Guattari, Suely Rolnik e Túlio Franco. Em nosso estudo, compreendemos que a subjetividade é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais, e, portanto, atravessada pela dimensão macropolítica em associação com o âmbito micropolítico. Constatamos que o processo de trabalho pode resultar em relações subjetivas produtoras de autonomia ou em processos de alienação e assujeitamento.

Assim, partindo da compreensão de que o trabalho produz efeitos subjetivos no trabalhador, e que esses efeitos repercutem na produção do cuidado, nos questionamos: Como os trabalhadores de um CAPSad vivenciam o cotidiano de trabalho? Encontrar respostas a esse questionamento foi a chave que nos ajudou a alcançar o nosso objetivo principal: **Analisar como os trabalhadores vivenciam os efeitos subjetivos produzidos pelo processo de trabalho em um CAPSad.**

Entretanto, para chegar aos resultados e discussões da tese, um longo caminho foi percorrido. Apontaremos o passo a passo que percorremos para o cumprimento do nosso objetivo.

A princípio, nos debruçamos sobre as políticas públicas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas a fim de entender em que contexto se insere o CAPSad. Primeiro, buscamos nos aprofundar em diferentes e atuais posicionamentos políticos em nível federal (enfoque na segurança pública e na repressão concomitante com enfoque na redução de danos e na saúde pública), a fim de compreender como o trabalhador deve agir nesta situação. Constatamos que há ainda ideias fortes relacionadas à repressão, apesar da tentativa do Ministério da Saúde (MS) em abordar a redução de danos como uma estratégia que valoriza o sujeito e sua singularidade. Assim, pudemos compreender que, pelo fato do CAPSad ser apontado como dispositivo central da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, os trabalhadores que ali atuam enfrentam grandes desafios, uma vez que é difícil saber que caminho seguir e, assim, vivenciam impasses e duvidas no cotidiano de atuação frente a tantas divergências e contradições.

Consideramos que é preciso que haja debates políticos a fim de possibilitar a diminuição de tantas divergências, uma vez que estas implicam na atuação dos trabalhadores envolvidos, já que as políticas normatizam a atuação no cotidiano de trabalho. Além disso, consideramos que ao discutir sobre as políticas é preciso lembrar que há pessoas envolvidas, há desejos e singularidades. Assim, por mais que as políticas ao normatizar, generalizem, é preciso que considerem as experiências subjetivas, como no caso da Política do MS que enfoca na singularidade dos sujeitos. Caso contrário, os aspectos humanos serão reduzidos às normas.

Assim, ao constatar que os divergentes posicionamentos em nível federal repercutem em efeitos subjetivos para o trabalhador do CAPSad, nos questionamos sobre os posicionamentos políticos entre o nível federal e o nível municipal, com vistas a discutir as possíveis repercussões para a execução do trabalho neste serviço específico. A análise apontou que por mais que o município em questão afirme em documentos buscar a estruturação da rede municipal de atenção psicossocial, com ênfase no enfrentamento de crack e outras drogas, não houve alinhamento com os ideais da Política do Ministério da Saúde. Observamos que as propostas do município enfocam a repressão ao uso de drogas, a religiosidade e o amedrontamento como estratégia de prevenção, além de realizar ações com apoio da justiça e da polícia, a fim de apenas recolher as pessoas em situação de rua e usuários de drogas, sem ações posteriores que permitam a ressocialização e empoderamento dos cidadãos.

Deste modo, após compreender os aspectos do âmbito macropolítico, nos propusemos a analisar a dimensão micropolítica. Fomos para o campo com expectativas. Não conhecíamos o local, nem os trabalhadores, e de fato, nem o funcionamento detalhado de um CAPSad no seu cotidiano. Optamos por utilizar várias técnicas de pesquisa (observação, entrevista coletiva e entrevistas em profundidade), a fim de que o nosso objetivo fosse alcançado: **Analisar como os trabalhadores vivenciam os efeitos subjetivos produzidos pelo processo de trabalho em um CAPSad.**

Assim, ao nos direcionarmos para o campo de pesquisa e nos apropriarmos do 'olho vibrátil', foi possível visualizar a riqueza e a complexidade do processo de trabalho

em um CAPSad. A surpresa se deu logo que chegamos ao campo de pesquisa, não foi preciso sequer convidar os trabalhadores para que participassem. Eles nos procuravam para ‘conversar’ e desabafar sobre o que vem acontecendo em seu cotidiano no ambiente de trabalho. Essas situações apontaram a relevância de nossa pesquisa e ao mesmo tempo a urgência de espaços de fala em que ela acabou se convertendo. Os trabalhadores falavam espontaneamente por horas sobre o processo de trabalho, os problemas do serviço, as tensões nas relações entre usuário-trabalhador e trabalhador-trabalhador, entre outros. Esses encontros com os trabalhadores foram fundamentais para compreendermos o processo de trabalho no CAPSad e suas particularidades, e nos possibilitou a organização da entrevista coletiva, que se transformou em um momento único.

Para a entrevista coletiva, construímos um ‘fluxograma prévio’ do processo de trabalho, a fim de usá-lo como dispositivo. Na entrevista, os trabalhadores continuavam desejosos de explicitar as problemáticas do serviço e, assim, construímos um 'novo' fluxograma. De posse deste material, continuamos nossas observações do cotidiano do CAPSad e ainda, realizamos outras entrevistas em profundidade a fim de nos apropriarmos e aprofundarmos na coleta dos dados.

Pudemos constatar vários aspectos do processo de trabalho que geram efeitos para os trabalhadores: entre eles encontram-se as condições de trabalho precárias (devido à estrutura do serviço, baixos salários e rede de atenção inexistente), falta de reconhecimento (devido à omissão da gerência e à ausência de normas) e sobrecarga (devido à falta de profissionais e aos conflitos nas divisões de tarefas).

Essas situações apontam para a falta de autonomia do trabalhador, implicando, efeitos subjetivos: desgaste, adoecimento, medo, incapacidade de agir, apatia, desvalorização, desmotivação e no aprisionamento do trabalhador. Notamos que estes efeitos subjetivos são negativos e que os trabalhadores os vivenciam como um distanciamento do propósito da atividade. Tal apatia e distanciamento afetivo impedem que se realize a dimensão cuidadora do trabalho em saúde. Destacamos que este distanciamento afetivo chamou a nossa atenção, nos surpreendendo e nos afetando. Em vários momentos foram situações de tão grande distanciamento que poderiam ser descritas como certa apatia e indiferença no encontro com o outro, o que implica diretamente na atenção ao usuário. Entretanto, enfatizamos, que esta foi

a forma encontrada pelos trabalhadores para vivenciar os efeitos subjetivos negativos.

Além disso, diante dos aspectos macro e micropolíticos, apontamos a falta de autonomia do trabalhador, já que há falta de redes de dependências: assistência em outros níveis de atenção, estrutura física do serviço, salário adequado, número suficiente de profissionais. Deste modo, quando essas situações não permitem que o trabalhador se expresse e se desenvolva de forma humanitária, de forma a realizar suas atividades com autonomia, há uma situação de distanciamento, frente à falta de dependências que lhe são necessárias para o desenvolvimento da autonomia.

Compreendemos que se não há autonomia, não é possível que os trabalhadores auxiliem na produção da autonomia dos usuários diante de sua dependência química. Questões essas que repercutem em, no mínimo, maior dependência do usuário às atividades desenvolvidas no CAPSad. Portanto, questionamos a eficácia e a eficiência do serviço, já que, como vimos, a produção de acolhimento, de vínculo e de autonomização do usuário são indicadores da eficácia e da efetividade de um serviço de saúde.

Desta forma, compreendendo que os efeitos subjetivos vivenciados pelos trabalhadores são negativos, buscamos analisar a produção do cuidado no CAPSad. Considerando que a produção do cuidado é uma produção subjetiva, constatamos que no CAPSad ela é realizada em algumas situações a partir de um cuidado centrado no ato prescritivo, um cuidado pouco relacional ou um cuidado acolhedor. Observamos que na prática as ações relacionadas à saúde têm perdido sua dimensão cuidadora mesmo com o avanço tecnológico, o que compromete toda sua eficácia e eficiência.

Assim, frente aos resultados e discussões da pesquisa, definimos a tese: **processos de trabalho que produzem efeitos subjetivos negativos tendem a comprometer a qualidade do que é produzido.**

Diante desta constatação, surgiram outras inquietações: o que fazer? Por onde iniciar a mudança?

Ressaltamos que é imprescindível que seja ofertada maior atenção política ao CAPSad de modo a buscar solucionar as questões, como falta de estrutura física, baixos salários, falta de profissionais e rede de atenção inexistente que levam às condições de trabalho precárias e à sobrecarga no serviço.

Mas, além disso, considerando que no trabalho em saúde há sempre certo autogoverno dos trabalhadores, acreditamos que para que haja mudanças na produção do cuidado há que se atentar para o agir dos trabalhadores de saúde. Percebemos que naquele serviço não há diálogo para resolução dos problemas. Até porque os efeitos subjetivos negativos evidenciados minam o diálogo, o que diminui a resolução dos problemas e repercute em distanciamento e individualismo. Além disso, concluímos que produzir atos de saúde a partir de um cuidado acolhedor é tarefa de todos os trabalhadores do CAPSad e que estes devem reconhecer no usuário alguém portador de desejos e necessidades, que possui valores e potências.

Deste modo, é preciso que haja investimentos na formação de todos os trabalhadores que atuam nesse local, com foco na educação permanente, uma vez que por meio desta há o incentivo da aprendizagem e o enfrentamento criativo dos efeitos vivenciados no cotidiano. É preciso que haja diálogo, seja entre os trabalhadores e a gestão, entre os próprios trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. Enfatizamos que é fundamental que todos os trabalhadores participem das estratégias de educação permanente, já que a produção do cuidado é tarefa de todos os que atuam no serviço de saúde.

As estratégias de educação permanente favorecem a problematização das práticas de trabalho, pois se trata de uma proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano de trabalho em constante análise, a fim de buscar a melhoria da qualidade de atenção à saúde. Deste modo, todos os trabalhadores são sujeitos ativos nesse processo de concepção dialógica e, assim, há valorização do ser humano e sua cidadania, na qual todos têm a ensinar e aprender, todos são transformadores da realidade em que vivem. Pensar em cuidado requer justamente o foco na Gestão desse Cuidado - parte integrante da Gestão da Saúde. É importante ressaltar que esse foco é necessário na consecução das Políticas Públicas, tanto micro quanto macropolíticas.

Por fim, concluímos que frente a dimensões micro e macropolíticas do processo de trabalho de um CAPSad, os trabalhadores vivenciam efeitos subjetivos negativos que repercutem na produção do cuidado, de modo que produz o distanciamento entre trabalhador e usuário, o que contribui no processo de dependência (seja a dependência química, a dependência às atividades do CAPSad, a dependência aos trabalhadores).

Fato é que esta pesquisa não se destina a responder todas as inquietações em relação à temática, mas possibilita reflexões fundamentais na área do processo de trabalho em saúde.

Neste ponto, destacamos que se faz necessário o investimento em pesquisas para a continuidade da produção desse saber e para a reflexão constante desta temática, que como vimos, implica efeitos para o trabalhador e repercute ainda nos usuários do CAPSad. É preciso que os trabalhos futuros discutam melhor as estratégias, que apontamos, para solucionar os problemas evidenciados nesta tese.

Até porque, a análise dos efeitos subjetivos do processo de trabalho, seja em um CAPSad ou em qualquer outro serviço, é fundamental e se faz necessária. É com base nessas análises que podemos nos aventurar por novos caminhos, construir algo diferente, de modo que o trabalhador exerça suas atividades com satisfação e que o usuário seja de fato favorecido.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, B. S. "Idade Doida da Pedra": Configurações Históricas e Antropológicas do Crack na Contemporaneidade. In: SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. (Org.). **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010. 220 p.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. O método nas ciências sociais. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNAJDER, F. (Org.). **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Tradução de Bernado Lewgoy. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ANTUNES, R**Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 2009.

BECK, C. L. C. et al. O trabalho da Enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores.**Esc. Anna Nery R Enferm**., v. 10, n. 2, p. 221-227, 2006.

BENEVIDES, R. B.; PASSOS, E. A humanização como uma dimensão pública das políticas de saúde. **Rev. C. S. Col.**, v. 10, n. 3, pp. 561-572, 2005.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev Esc EnfermUSP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

BOURGUIGNON, L.; GUIMARÃES, E. S.; SIQUEIRA, M. M. A atuação do enfermeiro nos grupos terapêuticos dos CAPSad do estado do Espírito Santo. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, set. 2010.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto-lei n. 891, de 15 de novembro de 1938. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1938.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto-lei n. 2848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1940.

BRASIL.Lei n. 5.726 de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1971.

BRASIL. Lei n. 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1976.

BRASIL. Decreto n. 85110, de 02 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União***.* Brasília: 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental.**Rio de Janeiro, 1987.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos.Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** , 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional Antidrogas**. Homogeneização de conhecimentos para conselheiros estaduais antidrogas compartilhando procedimentos e práticas comuns. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Medida provisória n. 1689, de 19 de junho de 1998. Altera a lei n. 9649, de 27 de maio de 1998 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. **Diário Oficial da União.**Brasília: 1998a.

BRASIL. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 2632, de 19 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas. **Diário Oficial da União***.* Brasília: 1998b.

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Decreto n. 3845 de 13 de junho de 2001. Aprova a Estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, na parte referente à organização da Secretaria Nacional Antidrogas, o seu Quadro Resumo de Custos dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília: 2001b.

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. **Diário Oficial da União.**Brasília: 19 fev. 2002.

BRASIL. Decreto n. 4.345 de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência**

Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde / MS, 2002b.

BRASIL. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos CAPS. **Diário Oficial da União.**Brasília: 19 fev. 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 816/GM, de 30 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. **Diário Oficial da União***.* Brasília: 2002f.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental***:* cuidar sim, excluir não. Brasília: 2002g. 213p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas***.*2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria n. 2197/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. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2004b.

BRASIL. Resolução n. 3/ GSIPR/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União***.*Brasília: 2005.

BRASIL.Lei n. 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006a.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 6117, de 22 de maio de 2007. **Diário Oficial da União***.* Brasília: 2007.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n. 11.754, de 23 de julho de 2008. **Diário Oficial da União***.* Brasília: 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União.** Brasília: 2009.

BRASIL. Decreto nº 7179 de maio de 2010. Institui o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2010b.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 7426, de 7 de janeiro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2011.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto n. 7637, de 8 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2011b.

BRASIL. Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no SUS- RAPS. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 2012.

BRASIL. **Campanha Nacional de Alerta e Prevenção ao uso do Crack**. 2010b. Disponível em: <http://youtube.com/watch?v=8m2_57-KUeM>. Acesso em: 28 de jan. 2014.

CAMBRAIA, M. Do modelo hospitalocêntrico aos “sonhos” e tropeços dos CAPS. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO.**Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado de São Paulo**: uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade. São Paulo: CREMESP, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

CAMPOS, G. W. S.O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec: 2002, p. 229-265.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas - o caso saúde. In: CECÌLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a saúde**. 3 d. São Paulo: Hucitec: 2006, p. 29-88.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006b. p.53-92.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. In: BARROS, M. E. B.; FILHOS SANTOS, S. B. (Org.). **Trabalhador de saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ed. Unijuí, 2007b.

CAMPOS. G. W. S. Entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **C. da APPOA**, Porto Alegre, n. 158, jun. 2007d.

CAMPOS, G. W.S. Saúde, Sociedade eo SUS: imperativo do sujeito. **Saúde e sociedade**, v. 18, supl, 2, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.

CARDOSO, L. A. A categoria trabalho no capitalismo contemporâneo. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 23, n. 2, p. 265-295, 2011.

CARVALHO, D.B.B. (Coord.). **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007**: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CARVALHO, S. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Orgs). **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Editora Hucitec, 2009. p. 23-41.

CASTORIADIS, C. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

CECÍLO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOATIVAS (CEBRID). **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**:estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. CARLINI, E. A. et al. São Paulo: CEBRID/ UNIFESP, 2006.

CETLIN, G. S. O Tratamento ao Usuário Compulsivo de Crack: Fissuras no Cotidiano Profissional. In: SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. (Org.). **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010. 220 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO.**Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do estado de São Paulo**: uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade. São Paulo: CREMESP, 2010.

CONGRESSO NACIONAL. Projeto de lei n. 3657/89, de 27 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1989.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Crack, nem pensar**. Disponível em: < http://www.cnj.jus.br/campanhas-page/14856-crack-nem-pensar>. Acesso em: 30 de jan. de 2014.

DALBELLO-ARAUJO, M. Alguns olhares sobre a subjetividade nas pesquisas em saúde do trabalhador. In: MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C.; BARROS, M.E.B. (Orgs.) **Texturas da Psicologia:** subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 57-71.

DALBELLO-ARAUJO, M. et al. Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 5, 2002.

DALBELLO-ARAUJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família:** um olhar genealógico sobre o controle social. 2005. 221f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; VELAR, L. (Orgs). **Psicologia Social**: temas em debate. Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008. p. 109-126.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ**., Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013

DANTAS, I.; CONSTANTINO, L. **Lula decide manter Senad com militares**. Folha de São Paulo: 2003. Disponível em: < http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2907200316.htm>. Acesso em: 29 de nov. de 2013.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho. In: HIRATA, H. (Org.). **Sobre o "modelo" japonês**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993. p. 281-311.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Ed. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1999.

DELEUZE, G. **Empirismo e Subjetividade**: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. São Paulo: Editora 34, 2001.

DELEUZE, G. **Espinosa**: Filosofia prática. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Tradução de Joana Moraes Varella e Manuel Maria Carrilho. Assírio e Alvim, 1972.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S. G. Abordagens qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.195-223.

DIAS, A. C. et al. Follow-up do estudo de usuários de crack: situação dos pacientesapós 2, 5 e 12 anos. **J Subst Abus**, v. 29, n. 3, p. 71-79, 2008.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DIEMEN, L. V. Princípios gerais do tratamento. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas**: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: SENAD, 2012.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de Enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, Ribeirão Preto, 2006.

FANTAUZZI, G. S.; AARÃO, B. F. C. O Advento do Crack no Contexto Político Brasileiro. In: SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. (Org.). **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010. 220 p.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2009.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Gestão em Redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO: Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T. B. Prefácio. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (Org.). **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. v. 1. 390p.

FRANCO, T. et al. A produção subjetiva da estratégia da saúde da família. In: FRANCO, T. et al. **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família.São Paulo: Hucitec, 2009. p. 19-44.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das

Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec: 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Orgs). **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Editora Hucitec, 2009. p. 301-321.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151- 163, 2012.

FERREIRA, V. S. C.; FRANCO, T. Sobre o uso de instrumentos cartográficos na pesquisa em saúde. In: FRANCO, T. et al. **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família.São Paulo: Hucitec, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. **Estimativa do número de usuários de crack e/ ou similares nas capitais do país.** 2013. Disponível em: < http://www.casacivil.gov.br/noticias/estimativa-capitais.pdf>. Acesso em: 30 de jan. de 2014.

GARCIA, M.L.T.; LEAL, F.X.; ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p.257-266, 2008.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 3 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

GEMELLI, K. K.; HILLESHEIN, E. F.; LAUTERT, L. Efeitos do trabalho em turnos na saúde do trabalhador: revisão sistemática. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, v. 29, n. 4, 2008.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Vozes: Petrópolis, 1986.

JORGE, A. O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo.** 225 f. (Tese) Doutorado em Saúde Coletiva. Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

JORNAL AGAZETA. **'Sexo e drogas' motivam Lei que proíbe 'rave' em Vila Velha, ES**. 2012. Disponível em: <http://www.gazetaonline.jor.br/noticia/detalhe/910/sexo-e-drogas-motivam-lei-que-proibe-rave-em-vila-velha-es>. Acesso em: 12 ago. 2014.

KESSLER, F. H. P.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, Rio Grande do Sul, v. 30, n, 2, p. 1-3, 2008.

LARANJEIRA, R.; CARLINI, E.; MARQUES, A. C. **Em defesa da Política Nacional Antidrogas.** Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas, 2003. Disponível em: <uniad.org.br>. Acesso em: 16 de jan. de 2014.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. **Políticas Públicas para o álcool**. Retrieved April 10, 2003. Disponível em: <http://www.uniad.com. br>. Acesso em: 26 mar. 2013.

LOSICER, E. A pro-cura da subjetividade: a organização pede análise. In: DAVEL, E.; VASCONCELLOS, J. (Orgs.)**Recursos humanos e subjetividade**. 4.ed. Rio de Janeiro:Vozes, 1995.

LUDKE, M.; ANDRE, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 2009.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MANCEBO, D. Trabalho Docente: Subjetividade, Sobreimplicação e Prazer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 1, p. 74- 80, 2007.

MARLATT, G. A. **Prevenção da Recaída.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. v.1.

MATOS, M. I. S. **Meu lar é o botequim**. São Paulo, SP: Nacional, 2000.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 . Série textos).

MENÉNDEZ, E. L. Substancias consideradas adictivas: prohibición reducción de daños y reducción de riesgos. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 8, n. 1, 2012.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã Editora, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002a, p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC; 2002b.

MEYER, M. **Guia prático para programas de prevenção de drogas**. Hospital Albert Einsten: 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e a transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de 'financeirização'

do mercado na saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora: 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora: 2013b.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, P. Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.) **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org). **Leituras de novas tecnologias e saúde**.Bahia: Editora UFS, 2009, p. 29-56.

MESQUITA, F. **Políticas públicas de drogas:** a construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. 2004. Disponível em: <http://www.reduc.org.br//pages.php?recid=4>. Acesso em: 10 de maio de 2014.

MINAYO, M, C de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Ed. HUCITEC, 11a ed. 2008.

MORIN, E. A noção de sujeito. In: SCHNITMAN, Dora Fried (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.**Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. 3 ed. Publicações Europa-América, 2002.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformaro pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 128p.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, C. **Representação e complexidade**. Ed. Garamond, 2003b. p. 69-78

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Porto Alegre: Sulina, 2006. 120p.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. N. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, 2006.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Principles of drug addiction treatment**: a research based guide (second edition). 2009.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.**Cad.Saúde Pública** [online], v. 22, n.5, p. 1053-1062. 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Single Convention on Narcotic Drugs***.* New York: 1961. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convention on Psychtropic Substances**. Viena: 1971. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convención de Las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Substancias Sicotrópicas**. Viena: 1988. Disponível em: < http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **General Assembly***:* declaration. 1998. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/20sp/a20spr02.htm>. Acesso em: 29 de jan. de 2014.

ORGANIZAÇAO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Caracas.** Caracas, 1990.

PAIM, J.S. As ambiguidades da noção de necessidade em saúde. **Planejamento.** Salvador. V. 8, n. 1/2, pp. 39-46.

PECHANSKY, F. et al. HIV seroprevalence among drug users: an analsysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brasil. **Drug and Alcohol Dependence,** EUA, v. 82, n.1, 2006.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L, B. Processo de Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>. Acesso em: 09 de mar. de 2013.

PEREIRA, P. P. G. O silêncio e a voz. In: LIMA, R. K. (Org.). **Antropologia e direitos humanos 2**. Niterói-RJ: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2003.

PEREIRA, M. O. **Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas**. 278 f. Tese (Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. São Paulo: 2009.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos observacionais em estabelecimentos de atenção à saúde. In: POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

QUEIROZ, M. S.; CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 34-40, 1992.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo de droga. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010.

ROLNIK, S. **Uma insólida viagem à subjetividade:** fronteiras entre a ética e a cultura, 1997. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>. Acesso em: 13 set. 2013.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. Portugal: Edições Afrontamento, 1988.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde.**Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p.151-164, 2001.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. de História e Ciências Sociais**, ano 1, n. 1, 2009.

SCHECHTMAN, A; ALVES, D.S.N.; SILVA, R.C. Políticas de saúde mental do Ministério da Saúde. In: **Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental**. 4º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. São Paulo: EERP-USP, 1996.

SCHIFANO, F. et al. Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990 - 2004). **J Psychopharmacol**, v. 22, n. 1, p. 71-79, 2008.

SCHNEIDER, A. R. A construção da rede de atenção em saúde mental de um município do sul do Brasil.**Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Política Estadual de Saúde Mental**. Vitória-ES: SESA, 2001.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas.** Vitória-ES: SESA, 2009.

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO - SESA. Informações em Saúde. **Fichas de informações municipais de 2013**. Disponível em: < http://www.saude.es.gov.br/default.asp>. Acesso em: 05 de ago. de 2013.

SILVA, C. O. **Trabalho e subjetividade no hospital geral**. Psicologia, Ciência e Profissão. v. 18, n. 2, p. 26-33, 1998.

SODELLI, M. **Escola e aids**: um olhar para o sentido do trabalho do professor na prevenção à Aids. São Paulo. 1999. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SZYMANSKI, H. Entrevista reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. In: SZYMANSKI, H. (Org.). **A entrevista na pesquisa em educação:** a prática reflexiva. Brasília: Plano Editora, 2002.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.consaude.com.br/sus/indice.htm>. Acesso em: dez. de 2014.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

TITTONI, J. **Subjetividade e trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 473-479, 2007.

VARANDA, W.; ADRONO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, 2004.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 2543, de 04 de janeiro de 1990**. Considera de utilidade pública a Associação de Prevenção e Assistência aos Dependentes de Drogas - APADD. Vila Velha, 1990.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 3111, de 25 setembro de 1995.** Autoriza o Poder Executivo a desenvolver Programa Educativo de Conscientização nas escolas da rede municipal de ensino. Vila Velha, 1995.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 3142, de 26 de dezembro de 1995.** Autoriza o poder Executivo a instituir a 'Semana de Defesa e Prevenção contra o uso de drogas'. Vila Velha, 1995b.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 3175, de 19 de abril de 1996**. Torna obrigatório o ensino da matéria 'Drogas, prevenção, uso e abuso' nas escolas de rede municipal de ensino. Vila Velha, 1996.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 3812, de 02 de julho de 2001**. Dispõe sobre a realização de campanhas educativas anti-drogas nas aberturas de shows e eventos públicos no município de Vila Velha e dá outras providências. Vila Velha, 2001.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 3897, de 15 de março de 2002.** Autoriza o poder Executivo a criar a Secretaria Municipal Antidrogas. Vila Velha, 2002.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 3948, de 24 de junho de 2002.** Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal Anti-drogas - COMAD. Vila Velha, 2002b.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo**. Lei nº 4.707 de 10 de setembro de 2008.**Dispõe sobre a institucionalização dos bairros nas Regiões Administrativas, os limites e a denominação dos mesmos e os critérios para organização e criação de bairros, no perímetro urbano do Município. Vila-Velha, 2008.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 5142, de 19 de julho.** Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal Sobre Drogas – COMSOD. Vila Velha, 2011.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n. 5073, de 20 de janeiro de 2011.**Autoriza o Poder Executivo Municipal a criar a Subsecretaria Municipal de Políticas de Combate às Drogas e dá outras providências. Vila Velha, 2011b.

VILA VELHA. Prefeitura Municipal de Vila Velha. Estado do Espírito Santo. **Lei n.5237, de 21 de dezembro de 2011**. Proíbe a realização de festas 'raves' no município de Vila Velha e dá outras providências. Vila Velha, 2011c.

VILA VELHA. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde – PMS: 2014-2017**. Vila Velha, 2013. 120p.

VILA VELHA. **Conheça Vila Velha:** história**.** Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/secretaria/saude>. Acesso em: 23 jan. 2013a.

VILA VELHA. **Secretaria de Saúde.** Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/secretaria/saude>. Acesso em: 23 jan. 2013b.

VILA VELHA. **Centro de assistência psicossocial álcool e outras drogas**. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/saude-centro-de-assistencia-psicossocial-alcool-e-outras-drogas-caps-ad>. Acesso em: 15 jan. 2013c.

VILA VELHA. **Secretaria de Combate às Drogas**. Disponível em: <http://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/defesa-social-combate-as-drogas>. Acesso em: 15 jan. 2013d.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009.

WANDEKOKEN, K. D. **Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem ao usuário de crack**: desafios e possibilidades. 2011. Mestrado em Saúde Coletiva (Dissertação). Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Discursos políticos e a rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 105-112, jan./mar. 2011.

WANDEKOKEN, K. D. **Efeitos subjetivos do processo de trabalho vivenciados por trabalhadores que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. 2013. 92 f. Projeto de Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2013.

WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAUJO, M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, 2015 (no prelo).

WOLLMANN, A. M. Drogas, violência, criminalização ao uso de psicoativos e os direitos humanos: contribuições para um debate necessário. **Rev. Eletrônica de Ciências Sociais**, v. 8, p. 46-75, 2009.

ZALUAR, A. **Drogas:** um panorama no Brasil e no mundo. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.drogas.org.br/portaldrogas/Artigo.asp?IdArtigo=209>. Acesso em: 26 nov. 2013.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 334-345, 2009.

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VILA VELHA

Vila Velha, 27 de agosto de 2013

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Autorização para realização da pesquisa

Eu, **Andreia Passamani Barbosa Corteletti** abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, autorizo a realização da pesquisa 'Efeitos do processo de trabalho vivenciados por trabalhadores em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas', a ser conduzido pela pesquisadora Kallen Dettmann Wandekoken.

Fui informado sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Assim, declaro ainda autorizar a coleta de dados documentais constantes nesta Secretaria que serão necessários para a realização da pesquisa.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Andréia P. Barbosa Corteletti
Secretária Municipal de Saúde
SEMSA/PMVV

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DO PROCESSO DE TRABALHO VIVENCIADOS POR TRABALHADORES EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL

Pesquisador: Kallen Dettmann Wandekoken

Versão: 3

CAAE: 16771113.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 036049/2013

Patrocionador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1 [7]

Fui convidado (a) a participar de uma pesquisa sob a responsabilidade da doutoranda Kallen Dettmann Wandekoken, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo, que está sendo realizada sob a orientação da Professora Doutora Maristela Dalbello-Araujo.

1-OBJETIVO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem por objetivo analisar como os trabalhadores vivenciam os efeitos produzidos pelo processo de trabalho de um CAPS ad.

2- DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Minha participação nesta pesquisa será em média de 90 minutos, em que será realizada uma entrevista coletiva no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, em Vila Velha– ES.

3-RISCOS E DESCONFORTOS

Fui esclarecido(a) de que a pesquisa não me trará riscos e/ou desconfortos e está estruturada conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, entendo que os resultados da pesquisa e as informações que eu disser não serão usadas para outros fins que não as previstas na pesquisa.

5-GARANTIA DE SIGILO DE IDENTIDADE

Serei identificado por um número de participação, que será conhecido apenas pelos pesquisadores. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da minha identidade. Caso a pesquisa seja publicada o nome não será divulgado. A identidade permanecerá confidencial.

6-BENEFÍCIOS

Os resultados serão apresentados no CAPSad (local onde a pesquisa será realizada) e em eventos e publicações científicas, a fim de ampliar as discussões sobre a temática – mas, garantindo sempre o sigilo e a confidencialidade das informações.

7-RESSARCIMENTO FINANCEIRO

É do meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida pela participação no estudo.

8-DIREITO DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

---

[7] Este termo de consentimento está relacionado à uma das etapas de coleta de dados da pesquisa: a entrevista coletiva.

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa e que a recusa ou a desistência de participação em qualquer momento não acarretarão em nenhum tipo de penalidade ou prejuízo.

9-ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou necessidade de reportar alguma injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contactar à doutoranda Kallen Dettmann Wandekoken no telefone (27) 99361050. Posso também contactar diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa[8] pelo telefone 3335 7211.

Declaro que entendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e voluntariamente aceito participar deste estudo. Eu receberei uma cópia assinada desse termo de consentimento.

Agradecemos a colaboração.

Eu_____
_____ RG:_____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

_____

Assinatura do voluntário

_____

Assinatura do Pesquisador

Kallen Dettmann Wandekoken - kallendw@gmail.com ou 99361050

Vitória-ES, _____/____/_____.

[8] Endereço do Comitê de Ética: Av. Marechal Campos, 1468 - Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória/ES.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2 [9]

Fui convidado (a) a participar de uma pesquisa sob a responsabilidade da doutoranda Kallen Dettmann Wandekoken, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo, que está sendo realizada sob a orientação da Professora Doutora Maristela Dalbello-Araújo.

1-OBJETIVO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem por objetivo analisar como os trabalhadores vivenciam os efeitos produzidos pelo processo de trabalho de um CAPSad.

2- DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

Minha participação nesta pesquisa será em média de 60 minutos, em que será realizada uma entrevista em profundidade no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, em Vila Velha– ES.

3-RISCOS E DESCONFORTOS

Fui esclarecido(a) de que a pesquisa não me trará riscos e/ou desconfortos e está estruturada conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, entendo que os resultados da pesquisa e as informações que eu disser não serão usadas para outros fins que não as previstas na pesquisa.

5-GARANTIA DE SIGILO DE IDENTIDADE

Serei identificado por um número de participação, que será conhecido apenas pelos pesquisadores. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da minha identidade. Caso a pesquisa seja publicada o nome não será divulgado. A identidade permanecerá confidencial.

6-BENEFÍCIOS

Os resultados serão apresentados no CAPSad (local onde a pesquisa será realizada) e em eventos e publicações científicas, a fim de ampliar as discussões sobre a temática – mas, garantindo sempre o sigilo e a confidencialidade das informações.

7-RESSARCIMENTO FINANCEIRO

É do meu conhecimento que nenhuma ajuda financeira será concedida pela participação no estudo.

8-DIREITO DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

---

[9] Este termo de consentimento está relacionado a uma das etapas de coleta de dados da pesquisa: a entrevista em profundidade.

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa e que a recusa ou a desistência de participação em qualquer momento não acarretarão em nenhum tipo de penalidade ou prejuízo.

9-ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou necessidade de reportar alguma injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contactar à doutoranda Kallen Dettmann Wandekoken no telefone (27) 99361050. Posso também contactar diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa[10] pelo telefone 3335 7211.

Declaro que entendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e voluntariamente aceito participar deste estudo. Eu receberei uma cópia assinada desse termo de consentimento.

Agradecemos a colaboração.

Eu_____
_____ RG:_____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

_____

Assinatura do voluntário

_____

Assinatura do Pesquisador

Kallen Dettmann Wandekoken - kallendw@gmail.com ou 99361050

Vitória-ES, _____/____/_____.

[10] Endereço do Comitê de Ética: Av. Marechal Campos, 1468 - Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória/ES.

APÊNDICE C - TEMAS PARA ENTREVISTA COLETIVA

Temas	
Trabalho no CAPSad	Vocês poderiam contar um pouco como é realizado o trabalho de vocês no CAPSad, a partir deste fluxograma prévio[11]?
Relação entre profissionais	Vocês poderiam falar um pouco sobre a relação entre vocês considerando o trabalho realizado no CAPSad? Como é feita a definição de atividades que será realizada por cada trabalhador?
Práticas terapêuticas	Como vocês definem as práticas terapêuticas utilizadas por vocês? Como vocês avaliam essas práticas?
Relações com os usuários	Como são as relações com os usuários?
Relação com a Rede	Como são as relações do trabalho realizado por vocês no CAPSad com os demais serviços ou programas?
Dificuldades encontradas para realizar o trabalho	Vocês poderiam falar um pouco sobre as dificuldades que encontram para realizar o trabalho no CAPSad?
Outros	Vocês gostariam de falar sobre mais algum assunto que não falamos?

[11] O fluxograma prévio se refere ao dispositivo realizado a partir das trajetórias-sentinelas, descrito na etapa do percurso metodológico.