



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Maicon de Avila Oliveira

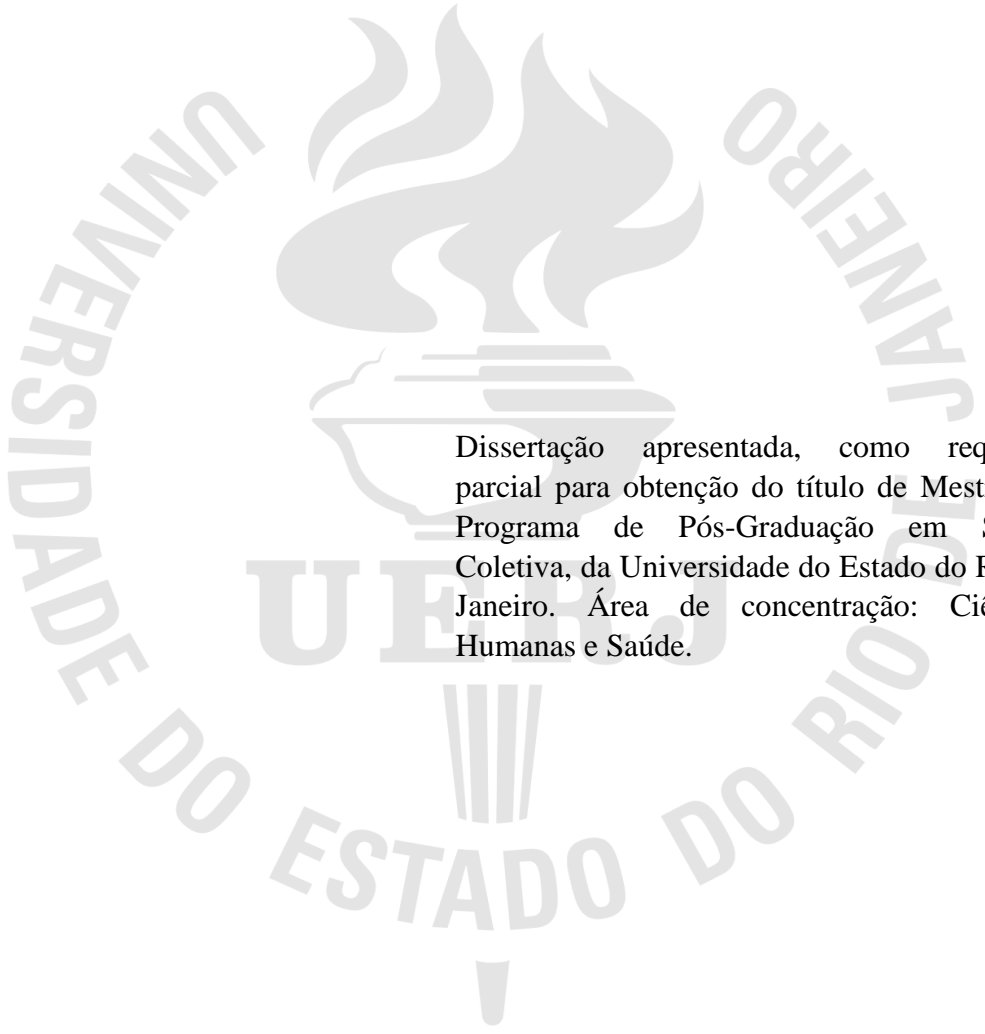
**CAPS (C)ad(ê):
memórias de trabalhadores de saúde mental**

Rio de janeiro

2022

Maicon de Avila Oliveira

**CAPS (C)ad(ê):
memórias de trabalhadores de saúde mental**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

O48 Oliveira, Maicon de Avila

CAPS (C)ad(ê): memórias de trabalhadores de saúde mental / Maicon de Avila
Oliveira. – 2022.
199 f.

Orientador: Martinho Braga Batista e Silva

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Serviços de saúde mental – Organização e administração - Teses. 2. Pessoal de
saúde – Teses. 3. Saúde mental – Teses. 4. Usuários de drogas – Teses. 5. Condições
de trabalho – Teses. 6. Atitude do pessoal de saúde – Teses. I. Silva, Martinho Braga
Batista e. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social
Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616.89.001.55

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maicon de Avila Oliveira

CAPS (C)ad(ê):
memórias de trabalhadores de saúde mental

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 31 de agosto de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva (Orientador)
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Ana Regina Machado
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à todas as pessoas com quem tenho dividido as andanças desde que me instalei em terras de aço. Apesar de ainda jovem são muitas memórias de vida e de mortes. De certa forma, este trabalho é uma homenagem à memória de muitos que me antecederam e de certo modo abriram caminho para que chegasse aqui, como também o é para aqueles que hoje caminham comigo e será para aqueles que depois virão.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho nasceu dos anos em que, depois de formado, iniciei minha atuação profissional em um contexto político pós 2016 no Brasil caracterizado não apenas pelo Golpe Parlamentar, Jurídico e Midiático à então presidente eleita Dilma Rousseff, como também pelo aprofundamento de uma série de crises, democráticas, políticas, institucionais, econômicas. O tom da experiência que compõem este trabalho mescla ao mesmo tempo a herança de amigos, profissionais, professores cujas caminhadas em algum momento se cruzaram com as minhas e partilharam heranças de trabalho, como também com os próprios efeitos das crises e conjuntura política avessa a luta democrática pela saúde pública no Brasil. É nesse encontro de sangue entre memória e esquecimento que tenho condições de formular este escrito. Não posso não dizer que tenho uma imensa gratidão de poder agora redigir agradecimentos em uma fase que marca um momento crucial na minha vida. Os dedos tremulam ao escrever essas palavras, é em parte alegria por chegar aqui e com ajuda de muitas mãos ter conseguido construir um trabalho, mas é também não posso deixar de dizer a incerteza como afeto político dos dias que estão por vir.

Meus velhos são sem dúvida o pilar fundamental de minha sustentação nas terras de aço, desde que aqui me achei até agora, em que a partir daqui lanço outras caminhadas. É de todo o incentivo e acolhimento que me dão que primeiro me permitiram sair de minha terrinha com o objetivo de ter uma graduação universitária. É agora também com seu incentivo que me foi possível chegar ao fim de uma experiência de mestrado. Em tempos de ataque a Universidade pública, sou fruto de políticas e de um esforço sem igual de minha família para que pessoas pobres dos interiores pudessem ter acesso à Universidade pública e de qualidade. Ivone e Carlos, é também em homenagem ao trabalho de vocês que desenvolvo o meu.

Nas próprias terras de aço são muitas pessoas que se fizeram presentes e me ajudaram a que eu mesmo me encontrasse e desencontrasse. Alguns hoje não estão tão próximos, mas são igualmente parte de quem me torno. Outros se aproximaram imensamente e se mantiveram. Agradeço especialmente a Nádia pela paciência que cultiva ao meu lado, sobretudo com minhas distancias e silêncios. Essa aliança é também parte da minha sustentação diária.

Aos amigos que conheci na universidade e que se aproximaram como Eloa, Caio, Ricardo, Debora são amigos com quem após a graduação não só mantive laços, mas mais ainda me permitem a construção de um plano comum de reflexões e críticas aos modos de se reconhecer no mundo e atuar como psicólogos, como profissionais de saúde. À Rafael, quem de início me incentivou a ir buscar uma possibilidade de mestrado, e continuamente incentiva a que tenhamos outros ares que respirar.

Aos amigos da Universidade somam-se os amigos das redes de saúde e atenção. Heleno com quem partilhei umas boas angustias trabalhando nas redes precarizadas, dividindo alianças e muitas perturbações. À todos aqueles com quem trabalhei no CAPS ad Ketlyn, Katiucia, Eiderson, Eunésia, Cleidir, entre tantos outros com os quais iniciei minha trajetória profissional.

Aos amigos de minha terrinha, principalmente, ao Marlon pelos apoios às continuas empreitadas em que me meto.

À Martinho, por toda paciência nas horas de escuta, pelo cuidado nas horas de direção do meu foco e pelo respeito com todas as ideias que passaram por mim durante o tempo de pesquisa.

Certamente que não cito muitos dos nomes que compuseram essa trajetória, apenas estas palavras não dariam conta de lembrar e agradecer a todos que estiveram comigo no caminho.

Por fim, um profundo agradecimento a todos aqueles trabalhadores com os quais hoje mantenho relações de amizade e que aceitaram disponibilizar de seu tempo para relembrares comigo sobre cenas e cotidianos de trabalho. Todo este trabalho é de todos vocês.

Louvor do Esquecimento

Bom é o esquecimento.
Senão como é que
O filho deixaria a mãe que o amamentou?
Que lhe deu a força dos membros e
O retém para os experimentar.

Ou como havia o discípulo de abandonar o mestre
Que lhe deu o saber?
Quando o saber está dado
O discípulo tem de se pôr a caminho.

Na velha casa
Entram os novos moradores.
Se os que a construíram ainda lá estivessem
A casa seria pequena demais.

O fogão aquece. O oleiro que o fez
Já ninguém o conhece. O lavrador
Não reconhece a broa de pão.

Como se levantaria, sem o esquecimento
Da noite que apaga os rastros, o homem de manhã?
Como é que o que foi espancado seis vezes
Se ergueria do chão à sétima
Pra lavar o pedregal, pra voar
Ao céu perigoso?
A fraqueza da memória dá
Fortaleza aos homens.

Bertold Brecht, in 'Lendas, Parábolas, Crônicas, Sátiras e outros Poemas'

RESUMO

OLIVEIRA, A. M. **CAPS (C)ad(ê)**: memórias de trabalhadores de saúde mental. 2022. 199f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Com o objetivo de investigar as estratégias de atenção, gestão do trabalho e arranjos de cuidado desenvolvidos em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas / CAPS ad de um município de médio porte no interior do estado do Rio de Janeiro, descrevo e analiso memórias de 12 trabalhadores de saúde mental. Partindo de uma experiência de trabalho desde o ano de 2016 e do convívio com outros profissionais do Sistema Único de Saúde / SUS e do Sistema Único de Assistência Social / SUAS, elaboro inicialmente minhas memórias sobre a organização da equipe e as dinâmicas dos atendimentos, partilhando algumas delas com colegas de trabalho. Esperamos, em uma reunião conjunta de memórias, analisar a gestão do cuidado para usuários de drogas em contexto social, institucional e político marcado por processos de precarização. Consideramos que esses processos incidem sobre serviços públicos de saúde, relações de trabalho e redes de suporte social, por meio da escassez e da distribuição desigual de recursos, bem como da exposição a esquemas de violência e vulnerabilização. Concluimos que o serviço estudado lida com processos crônicos de fragilização das relações de trabalho, subfinanciamento e isolamento em termos de redes de atenção, o que impacta as relações de continuidade do cuidado no SUS. Além disso, as memórias de trabalhadores indicaram também fatores fundamentais para serem considerados em estratégias avaliativas dos serviços, como por exemplo, vinculação profissional, formação continuada, diretrizes para atuação, supervisão, como também participação de usuários e familiares.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial. Gestão do cuidado em saúde. Usuários de drogas. Precarização.

ABSTRACT

OLIVEIRA, A. M. **CAPS (C)ad(ê)**: mental health worker memories. 2022. 199f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

With the objective of investigating the attention strategies, work management and care arrangements developed in a Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs / CAPS ad in a medium-sized municipality in the interior of the state of Rio de Janeiro, I describe and analyze memories of 12 mental health workers. Starting from a work experience since 2016 and from the interaction with other professionals from the Unified Health System / SUS and the Unified Social Assistance System / SUAS, I initially elaborate my memories about the organization of the team and the dynamics of the assistance, sharing some of them with co-workers. We hope, in a joint meeting of memories, to analyze the management of care for drug users in a social, institutional and political context marked by processes of precariousness. We consider that these processes affect public health services, work relationships and social support networks, through scarcity and unequal distribution of resources, as well as exposure to schemes of violence and vulnerability. We conclude that the service studied deals with chronic processes of weakening work relationships, underfunding and isolation in terms of care networks, which affects the continuity of care relationships in the SUS. In addition, the workers' memories also indicated fundamental factors to be considered in evaluation strategies of the services, such as professional bonding, continuing education, guidelines for performance, supervision, as well as the participation of users and family members.

Keywords: Mental Health Services. Health Care Management. Drug Users. Precariousness.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 REFORMA PSIQUIÁTRICA, SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O CAPS AD	23
1.1 Trajétórias de políticas	28
1.2 CAPS (c)ad(ê) – Busca bibliográfica sobre os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas.	39
1.2.1 <u>Transformações ligadas à loucura e sua abordagem</u>	41
1.2.2 <u>Mudanças Legislativas</u>	42
1.2.3 <u>Implantação, capilaridade e funcionamento da rede de serviços substitutivos</u>	44
1.2.4 <u>Clínica e cuidado desenvolvidos nos serviços substitutivos (CAPS e RAPS)</u>	47
1.2.5 <u>O papel e as possibilidades da Atenção Básica</u>	49
1.2.6 <u>Problemas Relacionados ao Uso de drogas</u>	50
1.2.7 <u>Saúde Mental de crianças e adolescentes</u>	52
1.2.8 <u>Estudos Epidemiológicos e Categorias Psiquiátricas</u>	53
1.2.9 <u>Outros</u>	53
1.3 Análises e conclusões iniciais	55
2 O QUE PODE SER CONSIDERADO TRABALHO PRECÁRIO?	63
2.1 Era uma vez as “crises”: em um povoado, uma fábrica, um hospital, um CAPS ad?	77
3 MEMÓRIAS DE TRABALHADORES: À TOQUE DE CAIXA	94
3.1 Procedimentos metodológicos	97
3.2 Memórias Preliminares: a dança das cadeiras	100
3.3 Campo em movimento	105
3.4 Uma crise na indústria, outra no Hospital: A reforma no pronto socorro	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	162
ANEXO I	176
ANEXO II	191
ANEXO III	192
ANEXO IV	197

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) são serviços extra hospitalares de Saúde Mental a partir dos quais se dá a oferta de cuidados a usuários de drogas baseada na lógica da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos, de modo articulado à rede de saúde e as redes intersetoriais. Suas diretrizes e tipificação, segundo a portaria GM/336 do Ministério da Saúde (MS) de 2002, preveem entre seus objetivos: ofertar atendimento aberto e diário na sua área de abrangência, dispor de ações de cunho terapêutico e preventivo; operar uma gestão do cuidado, constituindo projetos terapêuticos; ofertar ainda condições de repouso e desintoxicação, ações de apoio ou cuidado para familiares, e promover a reinserção social fomentando diversas ações ligadas a trabalho, geração de renda, lazer, educação.

Enquanto serviços territorializados, os CAPS ad podem se tornar disponíveis para um maior número de pessoas e permeável às próprias dinâmicas e necessidades em saúde de seu território. O conjunto das diretrizes e tipificações sobre os serviços extra hospitalares de saúde mental indicam uma forma de organização dos serviços que, enquanto trabalhadores, denominamos como “portas-abertas” funcionando como uma atenção diária e de modo articulado a outros serviços de saúde, equipamentos de políticas sociais ou estratégias comunitárias para formação de redes de apoio.

O CAPS ad cujas práticas de oferta e gestão do cuidado nos propomos a analisar foi o serviço no qual realizei estágio curricular profissional para a formação como psicólogo a partir de 2016 e que, a partir de 2018 início minha atuação profissional, permanecendo até o fim de 2019. É localizado em município no interior do Estado do Rio de Janeiro, com cerca de 270 mil habitantes, cuja formação e urbanização se dão a partir de contexto industrial¹. A casa em que se localizava, não contava com área externa, salas para convivência ou leitos de descanso, possuía salas para atendimento individual, uma sala utilizada para reunião de equipe com maior extensão e ar-condicionado, uma sala no segundo piso cujo acesso se dava por meio de uma escada estreita e, um refeitório com duas portas de passagem e sem janelas, também utilizado como sala de grupos. O serviço contava ainda com um carro para realização de visitas

¹ Sobre o contexto municipal procuraremos melhor caracterização posteriormente. Não apenas como via de caracterização geográfica, mas também sobre as implicações que a constituição histórica do município, sua urbanização e industrialização, mantém sobre a implementação de serviços de saúde, como o CAPS ad.

domiciliares em um dia da semana, carro dividido por entre os 5 CAPS do município, um dia da semana em apenas um turno para cada.

É de se destacar ainda a estruturação da saúde pública municipal, tomada como referência regional contando com cerca de 45 unidades de saúde (mantendo uma cobertura de mais de 70% da população); 5 Centros de Atenção Psicossocial, sendo 1 CAPS Infantil, 1 CAPS Álcool e outras Drogas, 3 CAPS II; Um ambulatório em saúde mental, 5 Residências Terapêuticas, um hospital geral com referência para leitos em saúde mental; além de dois outros hospitais públicos municipais, um centro de Pronto atendimento, entre outros equipamentos de saúde como Policlínicas da mulher, do idoso, Centros de Especialidade Odontológicas, entre outros. A existência de tais serviços posiciona o município dentre aqueles considerados por possuírem uma robusta rede de assistência em saúde pública, como também ampla rede territorial de assistência social, composta por mais de 40 Centros de Referência de Assistência Social ao longo de seu território.

A quantidade de serviços contribuiu para uma narrativa, sobretudo através do poder público municipal, não apenas de cobertura, mas de formulação de políticas sociais para toda a população que demanda. Entretanto, a expansão de serviços também cabe ser melhor analisada em face de suas condições de implementação, estruturação, qualificação uma vez que uma das tônicas que se sobressaíram nas memórias dos trabalhadores ao longo da pesquisa é a declaração da falta de recursos ou mesmo o estado de calamidade nas contas públicas².

Nesta dissertação procuramos reunir memórias pessoais e com outros trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) sobre as práticas na atenção diária no mesmo. Observamos que as condições de trabalho produziram impacto relevante nas estratégias de atenção, sobretudo considerando um serviço que desenvolve sua atuação através dos vínculos com a própria população assistida, como os CAPS, equipamentos de assistência social, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

No início do estágio curricular na graduação em Psicologia, a inserção na RAPS acontece pelo Consultório na Rua (CnaR), dispositivo da Atenção Básica em Saúde. Iniciei uma conversa com a então coordenadora do serviço que me acolheu

² Como também procuraremos mostrar adiante, no contexto municipal duas narrativas midiáticas e políticas se encontram, por um lado a das dificuldades e dos recursos finitos nas contas públicas municipais, por outro, a necessidade e as iniciativas de reestruturação de serviços de saúde. Essas narrativas são aparentemente contraditórias, no entanto, constituem um modo de gestão mais amplo.

carinhosamente como estagiário na equipe. Equipe profissional composta por ela própria, um motorista emprestado (por alguns dias da semana) da Secretaria de Assistência social, uma psicóloga contratada por 40 horas semanais. Em 2016, o CnaR não havia sido cadastrado junto ao Ministério da Saúde (MS), seu financiamento, portanto, estava exclusivamente pelo município. Quanto ao carro, tratava-se de uma ambulância abandonada na garagem da prefeitura cujo motor teve uma mecânica e a lataria uma pintura e mais alguns detalhes arrumados a partir da retirada de peças de outros carros na mesma garagem. Assim se montou uma estrutura para tornar possível a atuação da equipe.

Ora não tínhamos disponibilidade de motorista, ora o carro enguiçava, tínhamos de ir a pé. Andávamos a pé em um raio em torno de 3 km. E à medida que fomos enfrentando essas dificuldades, sentimos uma dramática situação em que o trabalho paralisava. Era nosso trabalho se articular para construção de alternativas de acolhimento e possibilidades de acesso para população em situação de rua.

Uma das primeiras situações de um usuário que passei a acompanhar envolvia, por exemplo, uma úlcera na perna (próxima a panturrilha), praticamente sem nenhuma higienização ou qualquer proteção, frequentemente se infeccionava. Enquanto assistentes sociais e psicólogos nos víamos sem muitas ações que não tentar estabelecer o acesso a unidades de saúde mais próximas. Encontrávamos dificuldades que passavam de indagações relacionadas à resolutividade das ações (considerando uma pessoa que permanece na rua) até indagações de ordem moral sobre o estado de higiene, alterações de humor e / ou embriaguez do usuário. Quanto ao acesso a equipamentos de Assistência Social também enfrentávamos problemas com regras mais ou menos burocratizadas como estar abstêmio, não confrontar os profissionais, não se envolver em conflitos, se comprometer com o acompanhamento. Dentre todas as regras, a interdição do consumo do álcool era aquela com a qual mais nos deparávamos.

A noção de cuidado entrava em cheque, sobretudo, em situações e com usuários que os profissionais de outros serviços enunciavam que não sabiam mais o que fazer. Ora apagávamos incêndios, ora enxugávamos os gelos, era uma sensação compartilhada pelos profissionais. Em algumas semanas, ainda que enquanto estagiário, percebi como o cotidiano de trabalhadores era marcado por um fatalismo. As colocações morais, os níveis de exigência, as burocracias, tudo se associava a cargas de trabalho que impactavam diretamente a perspectiva de atenção possível. Exigiam-se

muitas coisas dos usuários apenas para que eles conseguissem acessar. E isso afetava também nossas próprias condições de planejar, organizar o trabalho.

Ainda em 2016 o carro necessitou ir ao mecânico por uma questão elétrica e por lá se incendiou. A psicóloga conseguiu um contrato no município do Rio de Janeiro que lhe garantia uma carteira assinada e uma remuneração mais justa por 40 horas trabalhadas. O motorista pediu demissão da secretaria em função de melhor emprego em empresa. A equipe passou, portanto, a ter uma coordenadora e um estagiário, não tinham perspectivas de contratação de novos profissionais. No limite da continuidade do próprio estágio, construímos, com a coordenação do CnaR, com a supervisão de estágio e com a coordenação do CAPS ad, uma entrada do meu projeto de atuação junto ao serviço de saúde mental para atendimento de usuários de drogas, o entendemos como um serviço que também tinha aproximação e estratégias de atendimento para esse grupo populacional.

Na minha apresentação no serviço de saúde mental lembrei do projeto de estágio que envolvia o acolhimento e construção de projetos terapêuticos para pessoas em situação de rua com demandas em saúde. Os profissionais do CAPS ad (cerca de 16 profissionais) me ouviram calados e sérios. E logo em seguida uma mulher de média idade, médica psiquiatra, disse rapidamente: “Não entendi bem uma coisa”. Me coloquei a explicar novamente. Rapidamente, ela me disse: “Não, isso eu entendi! O que eu não entendi é o seguinte, você viu que o seu serviço acabou, quer dizer, o carro de vocês pegou fogo. A coordenação do CnaR nunca conseguiu dar conta do que é esse trabalho, nunca botou a coisa para funcionar. E agora você pra cá, por quê? Para acabar com esse serviço também? Desculpa, mas não podemos abrigar também isso que você está dizendo. Isso não existe”. A coordenação do CAPS ad respondeu dizendo que não se tratava de uma demanda diferente, mas que o projeto contribuía para um trabalho que era também construído pelo CAPS ad.

Após minha apresentação, a coordenação me indicou que conversasse com uma profissional psicóloga que tinha muitas referências de pessoas que estavam em situação de rua. Ao conversarmos ela me deu um retorno que eu pouco esperava, disse se sentir aliviada em poder ter alguém com quem discutir e pensar estratégias para muitos usuários que ela basicamente dizia não saber mais o que pensar. Me apresentou os dias dos grupos (o CAPS funcionava com uma organização semanal) e quais grupos tinham participação de pessoas que estavam em situação de rua, ou que estavam abrigados. Enquanto estagiário participei de diferentes grupos como: Grupo Superação,

Grupo 12 passos, Grupo Renascer, Grupo de mulheres, Grupo Nossas Escolhas. Todos os dias da semana tinham atividades grupais que participavam diferentes usuários, homens, mulheres, pessoas em situação de rua, jovens, idosos. Algumas dessas pessoas frequentavam grupos mais específicos como os jovens em conflito com a lei, as mulheres, e segundo alguns profissionais me contavam, houve épocas em que existiam grupos para alcoolistas e outros para usuários de drogas ilícitas.

Em 2017 através mudanças na gestão municipal houve ampla modificação nos quadros de profissionais na secretaria de saúde, bem como na gestão da saúde mental no município. Enquanto estagiário, observei o início desses processos através de efeitos entre os profissionais. Houve uma ampla desestabilização das pessoas, não apenas quanto a processos de trabalho e demissões, mas também quanto as expectativas de permanência no emprego daqueles que ficavam, do reconhecimento do seu trabalho. Nesse momento a equipe do CAPS ad contava cerca de 3 ou 4 profissionais concursados, sendo todos os outros contratados como profissionais autônomos por vínculo de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). Tal vínculo trabalhista não se constitui meramente como terceirização, mas como *pessoa empresa* prestadora de serviços para a prefeitura. Portanto, juridicamente, não constituía vínculo empregatício e não possibilitava garantias trabalhistas básicas, como férias, carteira assinada, entre outros. Formalmente, conforme os profissionais me contaram, esse vínculo de prestação de serviços não podia se estender legalmente por um período superior a 6 meses. Naquele momento, o profissional de menor tempo no CAPS ad estava ali há três anos (havia profissionais que estavam há 12 anos como RPA) e nenhum deles tinha um vínculo empregatício formalizado. A mudança na gestão trazia um risco iminente de demissão para praticamente toda a equipe.

Os vínculos trabalhistas foram um dos primeiros aspectos que os profissionais com quem atuei compartilharam sobre uma realidade precarizada de seu trabalho. No escopo das equipes de saúde mental, os próprios trabalhadores tinham modos de gestão de sua carga horária em função do próprio modo de vinculação, bem como de sua remuneração baixa. Para se trabalhar 40 horas como psicólogo ganhava-se 1200 reais, como enfermeiro 1600 reais, como técnico de enfermagem, 1000 reais, todas as profissões de nível médio não concursadas, cerca de 900 reais, apenas a categoria médica mantinha uma remuneração negociada com a gestão em saúde. Em face disso, os trabalhadores afirmavam a necessidade de ter outros empregos como complemento de sua renda, o que implicava no cumprimento das 40 horas semanais estipuladas.

Toda a mudança de gestão a partir de 2017 começou a tocar neste ponto, houve uma imposição de que todos os trabalhadores deviam cumprir à risca de sua carga horária, sob pena de demissão. Às coordenações de serviço nesse momento, deviam elaborar relatórios das presenças, cumprimento das atividades e carga horária de cada trabalhador e prestar contas à gestão de como estava o funcionamento de sua equipe. Alguns trabalhadores do CAPS ad lembravam-se como desde que haviam iniciado no serviço em 2006, 2010, 2012 nunca tinham tido reajuste salarial. Essas tensões desembocaram em conflitos entre coordenação do serviço e gestão da saúde mental, bem como em demissões e remanejamentos de profissionais.

Em 2018 recebi a proposta de um vínculo RPA para trabalhar no próprio CAPS ad que estagiei. A gestão em saúde mental me passou que a equipe havia passado por mudanças, estava “mastigadinha” e havia muito trabalho por ser feito, já que havia todo um projeto de reestruturação dos serviços de saúde mental, dentre eles, o de atendimento para usuários de drogas.

Cheguei ao CAPS ad como psicólogo com outras duas profissionais da categoria, encontrei uma atmosfera estranha em relação ao período que sai do estágio, cerca de dois meses antes. Cansados, os profissionais me mostraram como estavam tocando o serviço após a retirada da coordenação anterior, demissão de colegas e uma série de questionamentos sobre sua atuação, além da indicação política de uma coordenação que não conhecia o serviço. No primeiro mês em que cheguei, uma psicóloga pediu demissão após 13 anos trabalhando, e saiu sem qualquer direito trabalhista. Como também, a profissional que permaneceu solicitou transferência para o ambulatório de saúde mental, como condição de continuar trabalhando no município.

Fiquei como único psicólogo na unidade, duas profissionais de muitos anos estavam de saída. E cada uma dessas pessoas tinha acima de 70 usuários como suas referências específicas³, muitos dos quais o restante da equipe nem sequer tinha conhecimento de suas demandas ou projetos de cuidado. Os médicos da unidade,

³ Aqui nos referimos a noção de técnico de referência que na literatura pode ser designado como profissional de referência ou ainda como Equipe de Referência. De modo geral, se refere a um dispositivo do arranjo organizacional do trabalho em saúde mental que tem por objetivo a produção do vínculo entre profissionais e usuários, interdisciplinaridade e interlocução com redes familiares, sociais, culturais, entre outras. Destacamos, conforme colocam Campos e Domitti (2007), que essa noção pressupõe uma responsabilidade de acompanhar ao longo do tempo uma determinada demanda em saúde, ou seja de modo longitudinal. Cabe destacar também, como as noções iniciais propostas pelos autores são as de Equipe de Referência e Apoio Matricial, que supõe uma coletivização e integração interdisciplinar entre diferentes profissionais para o acompanhamento de indivíduos, coletivos ou comunidades. A noção de técnico de referência aponta um movimento de individualização e fragmentação no compartilhamento dessas responsabilidades, conforme nos indicaram as memórias dos trabalhadores.

também estavam mudando. A equipe “mastigadinha” estava desestruturada para a continuidade do trabalho. E, nesse momento, uma pauta começou a sobressair nos encontros de reunião de equipe, a porta de entrada ou acolhimento, tornara-se insustentável. Todos trabalhadores insistiam que era necessário, portanto, “fechar para balanço”. Manter o CAPS ad fechado por um tempo, operando apenas renovação de receitas, a fim de que a equipe pudesse redistribuir os técnicos de referências, os profissionais pudessem refazer o contato, arrumar o arquivo e definir o que era arquivo morto ou arquivo vivo.

Era pauta também a necessidade de fechar a porta de entrada por tempo indeterminado, como também criar uma fila de espera para novos acolhimentos. Nesse ponto, a nova coordenação, entendia que uma equipe de cerca de nove pessoas não conseguia dar conta de um arquivo com mais de 1.500 prontuários ativos, e se comprometeu em pautar a estratégia com a área técnica de saúde mental. Com semanas de discussão em reuniões de equipe, não fechamos a unidade e começamos o planejamento de um modo de acolhimento coletivo (grupál). Com diferentes estratégias, a ideia era de que com algum planejamento, reorganizar o processo de trabalho era possível. Surgiu a proposta do acolhimento grupál que foi sendo formulada através de discussão em equipe, com muitos dissensos e diferenças. Em síntese a proposta envolvia uma dimensão administrativa e uma dimensão clínica, procurava fazer com que fosse possível a experiência de acolhimento para quem fosse ao serviço, ao mesmo tempo se transformava em um dispositivo que procurava levar a equipe a se comunicar entre si e com outros serviços. A ideia consistia em construir com os usuários também estratégias ou sentidos de cuidado e acesso a outros serviços como Unidades Básicas de Saúde⁴.

Nossa pesquisa nessa dissertação se iniciou com a escrita de memórias pessoais relativas ao tempo de trabalho no CAPS ad que pesquisamos e, em seguida se propôs a uma reunião conjunta de memórias com outros trabalhadores que estão atuando ou atuaram no mesmo serviço. Através das memórias reunidas sobre este CAPS ad, em município de médio porte no interior do estado do Rio de Janeiro, nos propomos a

⁴ Nesse momento em que houve discussão ampla na equipe sobre como seria o recepcionar e o acolher os usuários no serviço, foi estruturado um pequeno texto propositivo a fim de se apresentar a ideia enquanto para gestão da saúde mental e também que a própria ideia tivesse uma estruturação inicial junto à equipe. O material foi um disparador a partir do qual ao longo do ano de 2018 foram se fazendo diferentes arranjos e adaptações até a finalização da estratégia em 2020. O texto constará em anexo neste trabalho.

construção de uma análise sobre a gestão e os arranjos de cuidado para usuários de drogas.

Organizamos o texto da seguinte forma. Inicialmente, no primeiro capítulo, procuramos resgatar, ainda que brevemente, a trajetória das políticas de saúde que possibilitaram o desenvolvimento no início dos anos 2000 das políticas de atenção para usuários de drogas. Nesse sentido, procuramos demonstrar não apenas como outros autores demonstraram que houve uma lacuna histórica, mas também que essa lacuna implicou em algumas questões na implementação dos CAPS ad. Por exemplo, nas distintas compreensões e dificuldades a respeito da direção de cuidado para usuários de drogas, da integração da temática das drogas no contexto amplo das discussões sobre saúde mental.

Realizamos também um levantamento bibliográfico com o objetivo de identificar estudos em CAPS ad, atentando para as perspectivas de análise e interlocução com profissionais, temáticas ligadas a memórias de trabalho e impactos da precarização nos serviços. Nesse levantamento apontamos como a produção sobre os CAPS ad, de modo semelhante a produção mais ampla sobre os serviços de saúde mental, concentra-se majoritariamente nos Estados das regiões Sul e Sudeste⁵. Ainda assim, nessas regiões, os estudos ocorrem em número restrito de municípios, no caso do Rio de Janeiro por exemplo, as produções se concentram na capital (Dantas e Oda, 2014). Foi particularmente notado como os estudos avaliativos sobre os serviços de saúde mental, dentre eles o CAPS ad, se concentram de modo muito significativo em metrópoles e municípios de grande porte, o que configura poucas análises sobre a realidade de municípios menores. E no tocante ao Rio de Janeiro, notamos ainda uma escassez de informações sobre os municípios do interior do estado, tal como também apontam os estudos de Campos et al. (2019). Os serviços de CAPS ad apareceram como os menos estudados entre os serviços de saúde mental, em comparação com os CAPS I, II e CAPS i (Campos et al. 2019).

Nessa produção, destacamos ainda, como os CAPS ad apareceram centralizados na rede de atenção a usuários de drogas; houve uma maioria significativa de estudos que ocorreram em interlocução com profissionais e poucos trabalhos dialogando com usuários e familiares. Foi notada também uma centralidade da discussão sobre gestão do trabalho e os impactos sobre as relações cuidado, tais como:

⁵ Segundo Dantas e Oda (2014) os estudos retratam principalmente os Estados Rio Grande de Sul, São Paulo e Rio de Janeiro, havendo poucos dados sobre outras regiões do país.

ausência ou inadequação de estruturas e recursos, sugerindo concordância com a constatação de que são as perspectivas de profissionais aquelas mais mobilizadas nos estudos. De modo geral, o levantamento de informações sobre os CAPS ad se mostrou congruente com as revisões sobre os serviços de saúde mental conforme o apontado pelas autoras Campos et al. (2019), Dantas e Oda (2014) e, Pinho, Souza e Esperdião (2018). Indicando ainda concordância com Campos et al. (2019) no tocante as dificuldades de avanço na implementação desses dispositivos, ao passo que os CAPS ad III tiveram um avanço significativo, ainda que concentrados também no Sudeste.

No Capítulo 2 procuramos operar algumas delimitações de nossa pesquisa, por exemplo, no tocante à multidimensionalidade das práticas de gestão do cuidado, como também da micropolítica do trabalho em saúde. Compreendendo que nos concentramos nas memórias de trabalhadores, recorreremos a noção de Cecílio (2011) de que a gestão do cuidado se constitui através de estratégias de oferta e disponibilização de tecnologias em saúde a partir das demandas apresentadas pelos usuários do SUS. Quanto a sua multidimensionalidade, envolve dimensões individuais, familiares, profissionais, organizacionais, sistêmica e societária, dimensões absolutamente interpenetradas. O escopo que pretendemos abordar através de memórias de trabalho se concentra mais especificamente nas dimensões profissionais, organizacionais, sistêmicas. No contexto da dissertação não anulamos quaisquer outras dimensões, no entanto, entendemos que o recurso teórico metodológico de interlocução com as memórias dos trabalhadores favorece que nos concentramos nas dimensões mencionadas e menos em dimensões que podem extrapolar a atuação mais estrita de profissionais, como as individuais, familiares e societárias.

Além disso, procuramos resgatar uma discussão teórica relativa à compreensão da noção de trabalho precário na administração pública. Através dessa discussão procuramos elaborar uma análise crítica a respeito das condições de gestão do trabalho e, particularmente, da gestão do cuidado sob a lógica do neoliberalismo. Tais análises exploraram um conjunto de referências bibliográficas que se concentram em aspectos macropolíticos da força de trabalho de trabalho no SUS e dos aspectos estruturais ligados a vulnerabilização do trabalho na administração pública. Ainda que detida em aspectos macrossociais, tal literatura nos apontou a necessidade de conectarmos aspectos macro e micropolíticos nas estratégias de estudo e avaliação de serviços de saúde.

Ainda neste capítulo, recuperamos em um sobrevoo, como o contexto municipal em que realizamos a pesquisa é fortemente atravessado por uma história social do trabalho industrial no Brasil. Sendo a constituição do município um marco da industrialização brasileira, bem como também na construção de uma série de mobilizações sociais por direitos, dentre elas, o fortalecimento e popularização do sindicato de metalúrgicos e movimento por posse de terras. Além disso, a trajetória do município também evidenciou como o avanço do neoliberalismo, através da privatização de indústrias nacionais, avançou com o aprofundamento de cenários de precariedade e escassez na vida cotidiana da população. Tais aspectos apareceram para nós como relevantes uma vez que constituem não apenas o contexto no qual se insere o CAPS ad que estudamos, como também, é uma memória mobilizada por trabalhadores que atuaram na época de implementação do serviço no município para compreensão da realidade e das demandas apresentadas ao serviço. Dessa forma, a trajetória histórica e a memória dos trabalhadores traçaram um ponto comum: crises na indústria, crises no hospital psiquiátrico, crises na cidade conformaram um cenário e uma trajetória histórica em que, ao mesmo tempo em que em uma cidade se intensificou um processo de degradação da vida social, houve forças políticas, institucionais e sociais para o desenvolvimento das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

No capítulo III foi o momento de nossa pesquisa que tivemos a possibilidade concreta de reunir memórias com outros trabalhadores. Iniciamos o capítulo com uma breve apresentação conceitual sobre a temática dos estudos sobre memória e algumas distinções importantes em relação aos estudos do campo da história. De modo geral, procuramos resgatar a discussão sobre como a memória, bem como os investimentos em pesquisa em memória coletiva, não tem por objetivo se contrapor ao campo histórico, menos ainda constituir uma narrativa fechada sobre uma trajetória. Ao invés disso, os estudos da memória nos incitam a outro modo de relação com o ato de rememoração e com o próprio campo histórico. Nesse sentido, nos permitem avançar na compreensão da existência de outras dimensões ou camadas em determinadas trajetórias históricas, compreendendo diferentes perspectivas, convergências e divergências, antagonismos, que contribuem para uma complexificação da análise de determinados temas. Quando nos referimos às pesquisas em saúde, entendemos ainda que a pesquisa sobre memória nos auxilia na construção de outras perspectivas e visibilidades que desmistificam noções de história única, ou ainda compreensões triunfalistas a respeito da implementação de políticas públicas.

Nesse sentido, as memórias dos trabalhadores indicaram como a implementação do CAPS ad contribuiu com novas perspectivas de cuidado ao mesmo tempo em que sofreu com uma condição precária crônica. Além disso, nos permitiram uma aproximação com a perspectiva de Policarpo (2016) na qual o CAPS ad é um serviço público no qual múltiplos discursos e práticas sobre o uso de drogas se atualizam. Seja através do saber da experiência construído pelos consumidores, ou através de discursos sobre as drogas e os drogados que não se baseiam na experiência e sim na abordagem profissional aos consumidores. Essas perspectivas analíticas do autor se mostraram importantes para a compreensão das memórias dos trabalhadores e como elas mobilizam diferentes compreensões sobre as demandas no serviço.

Apresentamos também como metodologicamente conduzimos a pesquisa de campo envolvendo as estratégias de interlocução com outros trabalhadores e a própria dificuldade encontrada no âmbito da secretaria municipal de saúde para liberação da realização da pesquisa de campo⁶. Na prática, o projeto ficou esperando liberação na secretaria municipal durante quase 1 semestre, entre Novembro de 2021 e Maio de 2022, sem qualquer justificativa para atraso na liberação. De modo concreto, tal atraso teve diferentes implicações na estruturação desta dissertação. A limitação de tempo para a construção dos espaços de interlocução com outros trabalhadores implicou em limitações para o amadurecimento dos dados produzidos através das reuniões de memórias, bem como também para o desenvolvimento de análises ampliadas sobre as práticas de gestão do trabalho, dos arranjos de cuidado de modo articulado com a bibliografia que levantamos anteriormente.

A partir das memórias reunidas traçamos um panorama do cenário de trabalho no CAPS ad que estudamos. De modo geral, se as inquietações iniciais da pesquisa sugeriram o tema da precariedade como elemento central, o levantamento bibliográfico confirmou a necessidade de analisarmos como a reprodução dessa condição se constituiu como modo de gestão. A partir das memórias, nos aproximamos da argumentação do trabalho de Freire (2019) sobre as narrativas de crise e falta de recursos para saúde pública. Segundo o autor, precariedade e insuficiência de recursos

⁶ Como procuraremos evidenciar no último capítulo, o projeto dessa dissertação ficou paralisado na secretaria municipal de saúde entre os meses de Novembro de 2021 e Maio de 2022. O projeto foi submetido na secretaria municipal após aprovação no CEP da universidade e não houve necessidade de alterações. Desse modo, não houve qualquer justificativa ou dificuldades relativas às questões de ética em pesquisa que levassem a tal atraso. Em Março de 2022 a secretaria entrou em contato pedindo esclarecimentos em relação a como o trabalho desta dissertação pretendia trabalhar o tema da precariedade. Tal documento encontra-se em anexo nesta dissertação.

não são objetos da gestão do Estado, mas seu próprio instrumento e mecanismo, de modo que:

“... a escassez não é aquilo que deve ser administrado – como se supõe quando é dito que é preciso reorganizar serviços e repensar prioridades diante da falta de recursos e cortes orçamentários -, mas sim o próprio maquinário através do qual são produzidas as condições e práticas de governo. A precariedade politicamente induzida pelos aparatos e procedimentos estatais é o elemento central que configura as situações de emergência e crises que incitam intervenções do Estado”. (Freire, 2019. P. 367).

Por fim, nas considerações finais, em continuidade com as memórias reunidas, procuramos avançar apontando as principais convergências, divergências, pontos comuns entre memórias pessoais e as memórias de outros trabalhadores. Para além de compatibilidades e incompatibilidades com as memórias pessoais, as lembranças de outros trabalhadores nos fizeram avançar na tentativa de aprofundar as análises dos efeitos de precariedade no serviço e seus impactos nos modos de gestão e arranjos, mais ou menos provisórios, de cuidado construídos.

1 REFORMA PSIQUIÁTRICA, SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O CAPS AD

A curiosidade pelos lugares onde a memória se cristaliza e se refugia está ligado e este momento particular de nossa história. Momento de articulação onde a consciência da ruptura com o passado se confunde com o sentimento de uma memória esfacelada, mas onde o esfacelamento desperta ainda memória suficiente para que se possa colocar o problema de sua encarnação. O sentimento de continuidade torna-se residual aos locais. Há locais de memória porque não há mais meios de memória. (PIERRE LORA, 1993, P. 7)

A aproximação com a saúde mental ocorre a partir da formação em Psicologia. É a partir dessa aproximação que reunimos memórias de estágio e trabalho enquanto psicólogo em um serviço de CAPS ad entre 2016 e 2019. Procuramos iniciar pelas memórias, pois as compreendemos como experiências de organização de uma equipe multiprofissional, bem como das práticas agenciadas pela mesma na atenção diária. Nesse sentido, entendemo-las aqui em relação direta com processos de construção, manutenção e alteração das estratégias de atenção, como modos de apreensão e partilha das experiências de trabalho.

Conforme Jelin (2017) nos aponta, as relações entre o memorável e o passado constituem uma espécie de aprendizagem e as relações com o presente, constituem uma espécie de memória. Essa relação com a memória e com o memorável, portanto, situa um modo de relação com o tempo presente, sobretudo, com acontecimentos que emergem no cotidiano da atenção em saúde e que impactam organização e dinâmicas de assistência. Portanto, o que buscamos não é apenas uma referência ou modo de situar o passado, mas também um modo de experiência no presente, conforme Koselleck (1993 apud Jelin, 2017), um passado presente que possibilita apreensão, incorporação e recordação.

Entendemos que há uma ampla bibliografia que tematiza os modelos de atenção para usuários de drogas, os debates e disputas em torno de tais modelos, bem como a trajetória das políticas públicas. Santos e Pires (2019; 2020), do mesmo modo como Machado (2019; 2020), nos apontam como essa bibliografia vem privilegiando

análises acerca dos princípios e lógicas de atuação, das coerências ou incoerências entre diretrizes de políticas públicas e as práticas concretas nos serviços, entre determinados princípios e os atendimentos diários. Essas análises recorrem a alguns documentos normativos, como a portaria nº 336 GM do Ministério da Saúde (MS) de 2002, que estabelece as diretrizes de funcionamento para os CAPS, além da política do MS para Atenção Integral aos Usuários de drogas de 2003, entre outros. Tais documentos, formulados a partir de processos políticos tais como os movimentos pela Redução de Danos e pela Reforma Psiquiátrica brasileira, constituem marcos de ruptura com o modelo asilar e as políticas proibicionistas, apontando proposições para a atuação em serviços como os CAPS ad (Dias, 2008).

Além desses documentos, a partir dos anos 2000 e, particularmente, com a emergência de uma visibilidade em torno do consumo do crack em 2010 e publicação da portaria Nº 3088 de 2011 pelo MS, estabelecendo a Rede de Atenção de Psicossocial (RAPS), o MS propôs a noção de rede única do campo da saúde mental para atenção de pessoas com sofrimento mental e para pessoas com necessidades em decorrência do consumo de drogas. O que acompanhamos ao longo das duas últimas décadas é uma ampliação do número de serviços que compõem a RAPS. Os CAPS ad, por exemplo, tiveram um avanço relevante de 72 em 2006 para 378 em 2014⁷ (BRASIL, 2015; Machado, Modena e Luz, 2020). Como afirmam as autoras, essa ampliação dos serviços é acompanhada por um crescente campo de estudos que se preocupa com as práticas de atenção desenvolvidas.

A RAPS, como nos indica a autora Machado (2019, p.12), deve ser constituída por atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde; Equipe de Atenção Básica para Populações específicas; Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter transitório; Centros de Convivência); atenção psicossocial especializada (CAPS em suas diferentes modalidades); atenção em urgência e emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros); Atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento; Serviços de Atenção em

⁷ Ainda que, como procuraremos apontar sobre o levantamento bibliográfico sobre os CAPS ad, estes serviços parecem não ter acompanhado a indução de políticas públicas na mesma proporção que os outros CAPS na modalidades I, II, III e infantil. Segundo Campos et al. (2019), o CAPS ad, o Programa de Volta para Casa e os Centros de Convivência e Cultura parecem não seguir avançando no país, ao passo que o CAPS ad III tiveram uma indução muito significativa praticamente se igualando aos CAPS III em poucos anos.

Regime Residencial); atenção hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e de reabilitação psicossocial).

Como aponta Machado (2019), o desenvolvimento do campo de atenção aos usuários de drogas compreendeu algumas questões principais, tais como: as dificuldades e diferenças na apropriação nas lógicas da Redução de Danos e da Atenção Psicossocial no cotidiano dos serviços, destacando a centralidade da abstinência, do campo biomédico, da lógica de internação e isolamento. Outros estudos, ainda segundo Machado (2019), são também capazes de nos apontar relações mais evidentes de coerência entre a atenção construída nos serviços e a proposição das políticas do MS, com maiores incorporações da lógica da RD e da Atenção Psicossocial⁸.

Nessas análises, tal como notado por Machado (2019; 2020), a utilização de determinadas categorias por parte de trabalhadores e usuários, como: acolhimento, relações interpessoais e vínculo, indicam uma noção de cuidado nos serviços a partir da escuta das necessidades apresentadas e da compreensão da complexidade na produção dessas demandas. As análises também nos ajudam a compreender como são determinadas noções ganham maior destaque na rotina de alguns serviços, tais como: acolhimento, escuta, convívio. Diferentemente, noções como promoção de cidadania, reinserção social, a construção de pertencimento ou de vínculos de sociabilidade, ações externas a um serviço de saúde, não apenas não são evidentes, como parecem ganhar menor destaque (Machado, 2019; 2020). Ainda segundo a autora, apesar do avanço na implementação de rede de dispositivos, é ainda significativamente incipiente o conhecimento que temos acerca de como são concretizadas as diferentes estratégias de atendimento em serviços como CAPS ad.

As autoras Santos e Pires (2019; 2020), apontando lacunas relacionadas à compreensão dos atendimentos na atenção diária em serviços como CAPS ad, indicam a importância de análise da implementação de uma política a partir das recepções,

⁸ No âmbito desta dissertação exploramos pouco a produção de uma literatura normativa como a relativa a conceituação de Atenção Psicossocial e Redução de Danos. Dentre outras questões, essas noções praticamente não foram mobilizadas pelos trabalhadores com quem conversamos, além disso, um dos elementos comuns nas memórias foi o distanciamento com o campo normativo para organização do trabalho em saúde mental. Nesse sentido, procuramos menos explicitar o campo normativo e optamos por nos concentrar então nas memórias sobre os arranjos organizacionais do trabalho em equipe conforme rememorado pelos interlocutores.

apreensões e operacionalizações das diretrizes e proposições das políticas por parte dos trabalhadores, a partir de situações concretas nos encontros com os usuários.) Elas ressaltam a importância de analisarmos as práticas de atenção compreendendo-as em face das necessidades apresentadas pelas pessoas que buscam os serviços. Nesse sentido Machado (2019, 2020) propõe uma análise a partir de três questionamentos principais: 1- O que as pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? 2 – Quais as novidades nas ofertas dos CAPS ad? 3 – Como a atuação dos serviços impacta a vida das pessoas que usam drogas?

Em diálogo com esses estudos, procuramos desdobrar uma análise da correlação entre as procuras, demandas e expectativas apresentadas em um CAPS ad e as mobilizações de uma equipe profissional, suas dinâmicas de atuação e arranjos de cuidado em uma situação de contínua precariedade de recursos de estrutura, de materiais e profissionais. Como procuraremos evidenciar adiante neste trabalho, a precariedade não se constitui necessariamente como obstáculo na gestão do trabalho, mas o modo pelo qual se estrutura o trabalho e a partir do qual os trabalhadores tentam arranjos provisórios de cuidado.

Segundo mencionamos com as memórias, foram as estratégias coletivas uma das principais vias para organizar a atenção em face do que, da perspectiva dos profissionais, se mostrava como uma demanda ampla e diversificada. Dessas estratégias, grupos com nomes como Superação, Renascer, Nossas escolhas, Grupo de mulheres, doze passos tinham uma lotação de mais de 20 pessoas, permaneciam no interior do espaço físico do serviço, bem como acolhiam usuários há anos, sem perspectiva de vinculação com outras estratégias. Seus funcionamentos indicavam uma forma grupal pela qual a própria equipe segmentava os usuários e montava estratégias grupais de tratamento. A continuidade dessas estratégias envolvia, por um lado, a presença dos usuários no próprio espaço físico do CAPS ad, como também, as condições em que equipe profissional operava uma gestão de seus recursos, sobretudo de profissionais, a fim de manter, alterar ou construir as estratégias de atenção.

Barroso, Knauth e Machado (2014) nos ajudam a entender como a questão de uma gestão da atenção a pessoas que usam drogas está para além da dicotomização entre diferentes modelos de atenção. Segundo as autoras, tanto o modelo hospitalar quanto o modelo psicossocial mantém preocupações com três eixos comuns nisso que tomamos como gestão da atenção: desintoxicação, uso de medicações e reinserção social. Indicam uma perspectiva importante, não minimizando as diferenças entre

modelos de atenção, mas apontando um plano comum de preocupações que pode perpassar diferentes modelos, a saber, o pressuposto da droga enquanto um tóxico e, em decorrência, produção da necessidade de controle do corpo e de suas condutas, higiene e circuitos. Aspectos ligados, inclusive, a possibilidade de reinserção social. A partir desses aspectos comuns, teríamos como um efeito nas práticas de atenção a centralidade na gestão das substâncias prescritas e proscritas, bem como relações de prescrição e proscricção no tocante as condutas das usuárias e usuários. (Barroso, Knauth e Machado 2014).

Em outras pesquisas (Pinheiro e Torrenté, 2020; Santos e Pires, 2019; 2020; Vasconcelos, Machado, Protazio, 2014), também acompanhamos como as questões do campo não se resumem a dicotomização ampla entre modelos de RD x abstinência; modelo de internação x modelo psicossocial. Para além dessas problemáticas, a partir da complexidade das demandas apresentadas, são diferentes recursos, controvérsias e até mesmo cooperações produzidas como modo de atenção e intervenção. Como nos apontam Santos e Pires, (2019; 2020) e Pinheiro e Torrenté (2020), espaços de internação e isolamento como as Comunidades Terapêuticas (CTs), ainda que incompatíveis com um Modo de Atenção Psicossocial⁹ e com a RD, foram acionadas pelos CAPS ad em determinadas situações.

As autoras indicam que tais situações envolvem a temática da violência, sobretudo territorial, compreendendo conflitos com o tráfico armado, violências domésticas e de gênero que na sua ameaça de morte provocam a necessária retirada de território. Nessas situações, espaços como os da CTs começariam a ocupar o lugar de uma estratégia possível. No entanto, no desdobramento dessas situações, essa ocupação da CTs ocorreria por uma lacuna nas redes de saúde ou assistência, daí resultaria o caráter cooperativo dessas relações (Santos e Pires, 2019; 2020; Pinheiro e Torrenté, 2020).

Ou seja, a problemática sobre os modos de construção da atenção não se resume a comparação entre diferentes serviços ou modelos, mas também em como em um serviço específico há uma gestão das estratégias tidas como possíveis em contextos determinados. A bibliografia sobre CAPS ad como aponta Machado (2019), ainda não

⁹ Referência ao trabalho de COSTA-ROSA, Abílio. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade[online]. Rio de Janeiro Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. Trabalho no qual o autor irá desdobrar a importância dos movimentos e práticas alternativas ao modelo asilar, salientando a importância tática nos aspectos teórico-técnicos e políticos para Reforma Psiquiátrica.

nos permite conhecer suficientemente como tem se produzido uma atenção nos serviços, bem como se essa atenção responde às necessidades ou contribuem de maneira relevante para seus usuários. Mantem-se ainda um desafio para as práticas de cuidado a usuários de drogas, que diz respeito à consideração de suas necessidades concretas (Pitta 2011 apud Machado 2019).

Essas linhas de análise, que aqui resgatamos, nos ajudam a situar nosso problema de pesquisa. Pessoas vivendo alterações pelo uso de drogas podem procurar um CAPS ad se vierem a adquirir algum dano nessa experiência. Os CAPS ad, segundo as memórias de seus profissionais, em um contexto crônico de rotatividade profissional e insuficiência de recursos, e com precárias relações de articulação, recebia diariamente diversificadas demandas, como se mobilizavam para o atendimento desses usuários?

Ou seja, é necessário evidenciar que tratamos de problemas que não são especificamente a disputa por modelos de atenção¹⁰ (que nos levaria a analisar diferentes modelos ou serviços), como também não nos concentramos nas relações estritas entre oferta e demanda (que nos conduziria a análise específica de sua coprodução). Trata-se de situarmos que o CAPS ad é procurado pelos usuários mesmo em cenário de acentuada precarização, a equipe que era cronicamente precarizada se mobilizava para atender. Estratégias coletivas de atendimento passavam a predominar sobre as individuais.

Esses apontamentos nos levaram ainda a interrogações sobre como tanto no campo da formulação de políticas públicas, como na sua efetivação na atenção diária nos serviços como CAPS ad ocorrem diferentes disputas, compreensões, adesões e resistências do ponto de vista dos trabalhadores. Costa-Rosa (2000), Yasui; Costa-Rosa (2008), evidenciam como é em um contexto histórico, político e econômico que não apenas as políticas são formuladas, mas também que os trabalhadores produzem diferentes compreensões, estratégias, adesões ou resistências, tanto em relação as políticas quanto em relação a lógicas e diretrizes de trabalho.

1.1 Trajetórias de Políticas

¹⁰Gostaríamos de evidenciar que tal preocupação não ganha centralidade em nossa trilha de pesquisa, uma vez que vem sendo largamente tematizada em ampla literatura brasileira sobre tema. Que procura desdobrá-la em uma certa história dos modelos de atenção ou então em uma análise de coerência entre as práticas do serviços e as proposições das políticas no campo da saúde.

Segundo Machado (2006), durante as décadas de 1980 e 1990 tivemos, no cenário brasileiro, importantes e intensas movimentações políticas que tornam possível em 2003 a produção de uma Política de Atenção Integral para usuários de drogas pelo MS. Dentre essas mudanças podemos destacar as transformações no sistema de saúde brasileiro – a própria construção do SUS aliada ao processo de democratização que instituirá a saúde como direito de cidadania; as transformações ocorridas no campo da saúde mental - com os processos da Reforma Psiquiátrica e reestruturação da atenção em saúde mental; a emergência do HIV/AIDS - e a criação de condições de possibilidades para que em dado momento se desse uma aproximação entre a área da saúde pública e a temática de álcool e drogas (Machado, 2006; Dias, 2008; Gabriela, 2018).

“A criação do SUS em 1988 - cujos princípios buscavam garantir a integralidade, a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e às condições de saúde -, o surgimento da AIDS e a constatação de que cerca de 26,5 % das pessoas infectadas pelo HIV eram usuárias de drogas injetáveis no ano de 1991 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001a), o início do processo de reestruturação da atenção pública em saúde mental e a constatação de que cerca de 35,6 % dos ocupantes de leitos psiquiátricos em 1992 apresentavam problemas diretamente relacionados com o alcoolismo (ALVES, 1994). Criaram condições para que pudesse ocorrer o encontro das políticas de saúde com a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas. (MACHADO, 2006, P. 57)

No tocante a reestruturação da atenção em saúde mental e a construção de uma rede aberta e substitutiva, na própria década de 1980, foram criados alguns projetos de Núcleos de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial que inauguram novas possibilidades para a saúde mental no país.

“O primeiro deles, o CAPS Luiz Cerqueira, foi criado no ano de 1986, em São Paulo, quando propôs tratar de pacientes graves em regime aberto. Esses dispositivos de atenção foram se transformando nos principais serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, no processo de reestruturação da saúde mental do Brasil. [...] Dez anos após o início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental, no âmbito do governo federal, a atenção a usuários de álcool e outras drogas passou efetivamente a ser incluída nas políticas de saúde mental do País por meio de uma série de

portarias publicadas no ano de 2002. Entre elas, está a Portaria GM 816 que inaugurou um programa sistemático de implantação da rede assistencial a usuários de álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública” (MACHADO, 2006. P. 73-74).

Os destaques de Machado (2006), no entanto, evidenciam também uma desarticulação importante, uma vez que se é ao longo das décadas de 1980 e 1990 que se dão intensas transformações políticas e assistências com a Reforma Psiquiátrica, é apenas a partir dos anos 2000 que notamos uma política de saúde pública para atenção a usuários de drogas. Conforme a autora evidencia, o MS, por meio da Divisão Nacional de Saúde Mental, construiu três documentos, ainda na década de 1980, acerca da temática de álcool e drogas: *Subsídios para o programa nacional de prevenção e tratamento do alcoolismo foi publicado em 1981*; Em 1986 é elaborado o documento *Proposta para o Programa nacional de prevenção recuperação e Ressocialização dos Usuários de drogas e bebidas alcoólicas*; Em 1988 foi estabelecido o *Programa Nacional de Controle dos problemas Relacionados com o consumo de álcool (PRONAL)*. Nesses documentos, segundo Machado (2006), não são mencionadas as transformações no campo da saúde pública, nem a construção do SUS, nem o processo de Reforma Psiquiátrica. Suas proposições não são levadas adiante e temos uma notável desarticulação entre as propostas para abordagem a temática do consumo de álcool e outras drogas e as políticas de saúde no Brasil.

Aquilo que se empreende, desde a Coordenação Nacional de Saúde Mental, como a criação do Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Drogadição, do comitê assessor para a temática de álcool e outras drogas, entre outras iniciativas, auxilia na consolidação de algumas experiências, principalmente do ponto de vista acadêmico (Machado, 2006). Nesse sentido, uma origem universitária dos profissionais envolvidos e a manutenção de certa distância da atenção diária na saúde pública fazem com que suas contribuições estejam ligadas, principalmente, a atividades de ensino, pesquisa e outras produções científicas.

Há, portanto, uma atuação mais direcionada para a consolidação de uma abordagem desde a saúde pública do que propriamente a inclusão da atenção a usuários de álcool e outras drogas no processo de reestruturação da atenção em saúde mental (Machado, 2006). A autora destaca uma espécie de baixa densidade no debate acerca

dos usos de álcool e outras drogas nos processos de Reforma Psiquiátrica no decorrer das décadas de 1980 e 1990.

No âmbito do MS, diferentes forças políticas tencionavam pela possibilidade de financiamento, como por exemplo, a Coordenação de Saúde Mental e atores vinculados às CTs. Essa disputa também se estabelece, portanto, acerca da construção da atenção a usuários de drogas, criando duas perspectivas principais: a primeira é que deveria haver uma separação nítida entre a área de drogas e a área da saúde pública e, nesse sentido, o modelo de atenção aconteceria através do financiamento público das Comunidades Terapêuticas; o pensamento concorrente no campo da saúde pública proporia um modelo de atenção e acolhimento elaborado a partir do SUS. Em 2001, é instituída, pelo Ministro José Serra, a portaria GM nº 843:

Art. 1º - Incluir, nas áreas de atuação da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a área técnica de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas.

Art. 2º - Instituir no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, o Grupo Técnico de Assessoramento na área de Assistência aos Portadores de transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001b).

Nesse mesmo período instituiu-se um grupo técnico de assessoramento constituído por representantes dos Centros de Referência para Tratamento, pesquisa e prevenção, representantes da comunidade científica, representantes da SAS/MS, representante da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas, representante da Federação das Comunidades Terapêuticas do Brasil, e um representante da Secretaria Nacional Antidrogas. Não estavam presentes nesse grupo a área de DST/AIDS do Ministério, que já vinha desenvolvendo trabalhos junto as pessoas usuárias de drogas, como não houve representação da saúde mental. Machado (2006) sugeriu que a não presença da saúde mental seria em decorrência da divergência entre os caminhos tomados pela Reforma Psiquiátrica e as direções políticas pretendidas pelo MS e pelos outros atores neste momento. Ainda segundo a autora, apesar das diferentes incumbências desse grupo de assessoramento, ele não chegou a concretizar nenhuma ação.

Em 2003, por meio da Portaria GM nº457 de 16 de abril, foi estruturado outro Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e outras Drogas.

Nesse momento, não só contou com a participação, como foi alocado na área técnica de Saúde Mental da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Segundo Machado (2006), o Grupo contou também com a participação de outras áreas do Ministério da Saúde: Secretaria Executiva, Coordenação de DST/AIDS, ANVISA e SAS (Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção de Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica). A abordagem proposta, portanto, compreende a necessidade de ações intersetoriais e propõe ainda que, em uma área tão complexa, as intervenções não devam objetivar exclusivamente a abstinência de drogas.

Essa perspectiva histórica, acerca das políticas do MS, e dos atores que concorrem pelo modelo de atenção, nos ajuda a compreender não apenas a dicotomização entre modelos. Para além disso, nos permite perceber como na implementação de serviços como os CAPS ad, esse jogo de tensões e lacunas, também deve ser compreendido na análise de uma gestão da atenção. Dias (2008), ao procurar traçar uma análise genealógica das lutas políticas no campo da Reforma psiquiátrica brasileira, bem como acompanhar essas transformações no nível do cotidiano de um serviço, nos mostra como também no nível da atenção diária se dão divergências e disputas sobre as próprias mudanças políticas, como sobre as perspectivas de organização da atenção.

Costa-Rosa (2000), Yasui; Costa-Rosa (2008), notam como os diferentes níveis, políticos e assistências, envolvem formas distintas de compreensão, apropriação e operacionalização entre os trabalhadores, envolvendo adesões ou resistências explícitas, sobretudo, quanto a um modo de atenção. Esses autores nos ajudam a entender que o modo de organização de trabalhadores e equipes, a maneira como instituem suas normas de trabalho e lidam com demandas apresentadas pela população não constituem uma adoção imediata das diretrizes políticas. Como também, que a formulação de políticas públicas não necessariamente compreendem questões cotidianas nos contextos de assistência. Desse modo, é na esfera da implementação, ou no estudo da efetivação de uma política através das práticas de atenção diretas e cotidianas que podemos indagar sobre as perspectivas de gestão do trabalho e atenção a pessoas usuárias de drogas em um serviço de CAPS ad.

Com Dias (2008) encontramos pistas importantes acerca de como as transformações político-assistenciais produzem efeitos nas micropolíticas do trabalho e do cuidado em saúde em um CAPS ad. Mais precisamente, a análise do autor, na medida em que investiga o CAPS Centra – Rio no município do Rio de Janeiro, percebe

o próprio movimento de transformação/reconfiguração de um serviço ambulatorial especializado em álcool e outras drogas para um dispositivo de atenção psicossocial. Essa passagem consiste na construção de uma rede substitutiva, como também consiste na aproximação da RD com a saúde mental, bem como a lógica de trabalho aberto e poroso às demandas de seu território. Dias (2008) nota como as diretrizes e proposições políticas não encontram necessariamente uma recepção homogênea ou pacífica entre os trabalhadores. Tomando como referência as análises de Machado (2006) e Delgado (2005) a lacuna histórica relativa a uma política de saúde pública para pessoas que usam drogas está relacionada também a emergência de noções de atenção ancoradas frequentemente em valores morais, sobretudo, ligadas a internação em hospitais psiquiátricos e o trabalho silencioso dos grupos anônimos. Essa correlação nos é evidenciada quando Dias (2008) analisa algumas tensões na passagem de um funcionamento ambulatorial, próximo a uma concepção de tratamento ligado ao método Minnesota e aos grupos de ajuda mútua, para o regime de atenção diária, da atenção Psicossocial e da RD. O mesmo destaca:

Desde 2007, o CENTRA-RIO está no momento de transição gradativa de ambulatório especializado em álcool e outras drogas para um serviço de atenção diária, aberto e buscando trabalhar na lógica do território, organizando a rede de atenção psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas. É nesse processo atual que o método de RD pode estar integrado nas práticas do CAPS ad e ajudar na construção de redes e mobilização política, além de promover a transversalidade das ações com a participação dos usuários de drogas. (DIAS, 2008. P. 133.)

Os níveis de transformações político-assistenciais, tais como a construção da lógica da atenção diária, do território e da RD, impacta as ações do CAPS ad, no entanto, permanece a questão sobre como essas mudanças são apreendidas do ponto de vista dos trabalhadores, e além disso, como são efetivadas em contextos concretos. O trabalho de Dias (2008) sugere divergências importantes no interior da equipe profissional que analisa, como a indicação da necessidade de regras gerais para o trato com os usuários, uma espécie de linguagem única do equipamento, marcadamente disciplinar e distinta da lógica do regime de atenção diária e proposições da atenção psicossocial e RD. Como havia também o apontamento da Reforma Psiquiátrica brasileira como uma “enganação que vem de Brasília e o projeto CAPS como uma

imposição, de modo que o razoável seria cada serviço propor seu modelo” (Dias, 2008. p.136).

Nessas indicações, a aproximação com uma equipe e com o cotidiano do seu trabalho revelou tensões fundamentais entre uma lógica ambulatorial pautada na mencionada referência aos grupos de ajuda mútua e o próprio regime de atenção diária, nesse contexto, entendido como uma proposição externa. Para além disso, revelou também tensões na construção de uma espécie de identificação do trabalho, segundo Dias (2008):

“Para o mal e para o bem, as pessoas construíram uma cultura de trabalho nessa unidade. Interessante ver que o discurso da saúde pública, da Coordenação de Saúde Mental que começa a vir aqui eram vistas como pessoas de fora, pessoas que estavam vindo atrapalhar o negócio. Dizer como é que tem que trabalhar. [...] As políticas de saúde mental que apregoam que a unidade básica da área de álcool e drogas, que vai organizar o território, que vai planejar as ações, se chamam algo como Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS ad) [...] e o pessoal que estava organizando o fórum dos CAPS ad disse que nós não éramos CAPS e por isso não podíamos ir. Então, não era nada, não era centro especializado e não era CAPS ad. Então, ficou uma crise de identidade que até hoje de certa forma permanece (Entrevista n° 8, psiquiatra). (DIAS, 2008, p. 136-137)

É notável, colocando em diálogo o trabalho de Dias (2008) com a bibliografia que procuramos apresentar, como as transformações no nível da formulação das políticas de saúde mental encontram, na sua implementação, com a autonomia dos atores municipais e dos atores trabalhadores nas unhas da assistência. Nesses contextos concretos, se dá o encontro das proposições políticas com as condições concretas de referências e normas de trabalho, bem como com as condições territoriais em que o mesmo se dá. Nesses níveis, acompanhamos diferentes interrogações à própria proposição das políticas públicas, que se referem tanto a herança de modelos de atenção asilares, ambulatoriais ou de ajuda mútua, como também, a condições de trabalho precárias e a realidade de territórios marcados pela violência.

Conforme colocam Freire, Silva e Ramminger (2015, p. 179), em determinados municípios, do interior do Rio de Janeiro, a Rede de Saúde mental tem como herança comum de todos os seus dispositivos, o ambulatório. O que sustentaria uma lógica

organizativa tomada como “ambulatorizante”, marcada pela restrição do acesso dos usuários e fragmentação das ações de atenção.

As memórias que procuramos reunir no contexto municipal de pesquisa não apenas nos permitem acionar reflexões acerca das tensões entre atenção ambulatorial e atenção diária, mas para além disso, como os movimentos de organização dessa atenção diária, seja pelos grupos, pelos atendimentos, em certa rotina de manutenção e alteração das dinâmicas, sofrem efeitos das procuras e demandas, em um contexto precário de trabalho. Duas coisas nos chamam atenção aqui, a primeira é que se os profissionais procuram manter um regime de atenção com características de segmentação e organização específicas, o funcionamento de uma atenção diária, da presença e fluxo de pessoas pelo serviço, interroga continuamente as normas e disposições instituídas pela equipe. A segunda é que se as normas e regulações instituídas dialogam de diferentes maneiras com as condições de trabalho (recursos precários, poucos profissionais, poucas ofertas de atenção) e com a complexidade de demandas, isso não significa necessariamente que a população deixe de procurar e demandar ao serviço.

A partir desses dois pontos que destacamos é que entendemos a produção de uma gestão da atenção e, por conseguinte, por onde caminha também a produção de uma perspectiva de cuidado. Uma questão aqui incontornável foi como o que tomamos por noções de atenção e cuidado emergem em meio às condições precárias, tanto do ponto de vista da vulnerabilização daqueles que procuram ao serviço, como das condições em que se dá uma gestão das práticas em saúde. Segundo Fazzioni (2018), como exploraremos melhor adiante, noção de condição precária (Butler, 2015) pode ser compreendida como uma condição de existência, politicamente produzida, na qual certas populações são expostas a diferentes formas de violação, bem como têm acesso a redes significativamente fragilizadas de apoio. Esse é o contexto não apenas de determinados territórios e grupos populacionais que procuram serviços de saúde como o CAPS ad, bem como pode consistir também na própria condição em que se encontram determinados serviços de saúde.

A alteração das práticas e dinâmicas de uma equipe, em função de demandas apresentadas ao serviço não prescindem de como no contexto da gestão do trabalho e da atenção são agenciadas formas de distinção dos usuários e formas mais adequadas para organização do próprio trabalho. Segundo o trabalho de Lotta e Pires (2020), existem dados importantes que revelam como as diferenças sociais penetram o mundo das políticas públicas:

“... Por meio da centralidade de práticas de categorização e julgamento dos usuários dos serviços pelos agentes envolvidos na implementação. *Isso ocorre especialmente em contextos marcados por restrições de recursos/capacidade, e junto a públicos submetidos a variadas formas de vulnerabilidade.* Essas categorizações e julgamentos constituem um esforço de delimitação de fronteiras simbólicas (Lamont, 2000), o qual permite aos agentes operarem uma segmentação informal (não oficial) do público atendido baseada na diferenciação de “usuários fáceis” e “usuários difíceis”. Os achados indicam que essa diferenciação social mescla elementos de natureza funcional (i.e., formas de fazer o trabalho dar certo sob condições adversas) com elementos morais associados a uma avaliação sobre a (in)adequação do comportamento dos usuários (i.e., motivação, adesão, docilidade). (Lotta e Pires, 2020. P. 3, grifo meu)

A perspectiva do estudo sobre os agentes de implementação das políticas públicas levantada pelos autores tem para nós uma relevância na medida em que evidencia perspectivas em que em contextos precários ou adversos de trabalho, os próprios trabalhadores podem constituir organizações mais ou menos próprias com fins de lidar com suas adversidades. Segundo essa perspectiva, dos burocratas do nível de rua, considerando o quadro de demandas excessivas, recursos escassos e regras ambíguas, os trabalhadores atuam de modo a organizar sua rotina buscando domesticar as demandas, gerenciar suas cargas de trabalho e fluxo de atividades. A partir dessa perspectiva então, o contexto precário de realização das ações de atenção pode resultar em uma distribuição desigual do acesso ao serviço público.

Retomando novamente nossas memórias, o acesso de grupos populacionais em situação de rua não constituía uma pauta específica do serviço do CAPS ad, bem como o acesso de outros grupos constituía tensionamentos na medida em que indicavam a necessidade de práticas mais ou menos específicas ou mesmo de alteração das já existentes. Aqui não temos como viés analítico a responsabilização no nível de atuação dos profissionais, na gestão que operam, pela reprodução de desigualdades sociais. Mas procuramos colocar em análise a correlação entre condições precárias de vida, a precarização da atuação dos trabalhadores da saúde mental e a intensificação de um ciclo de produção ativa da exclusão social no acesso a um serviço de saúde mental.

Como mencionado anteriormente, no início de 2018 encontramos uma questão nodal enquanto equipe: como manter um serviço operando com “portas-abertas” em

cenário de intensificação da precarização do trabalho, fragilização dos vínculos, demissões, e o diagnóstico de atuação da saúde mental “isolada na rede”? Somando-se a isso, um diagnóstico entre os pares sobre o entendimento da complexidade de demandas, articulando não apenas gestão do uso de substâncias, mas também, comprometimentos orgânicos e psíquicos, demandas pelo acesso a direitos sociais básicos (higiene, alimentação, documentação, moradia, trabalho), entre outras dimensões. Nesse cenário, os dilemas para organização da equipe profissional e suas ofertas terapêuticas, são significativamente atravessados pelas condições estruturais de trabalho; dessa forma, o horizonte de ações possíveis como acolhimento, encaminhamento a outros serviços, fechamento das “portas de entrada”, criação filas de espera, atuação conjunta com outros atores e serviços, ou mesmo desestabilização das rotinas tradicionais, são todos pensados na correlação amplitude e complexidade de demanda e recursos profissionais de atenção.

A relevância de tal projeto, acreditamos, reside na possibilidade de análise das alterações das dinâmicas de atuação de uma equipe de CAPS ad, nas unhas da atenção diária de um serviço. Consideramos a importância dessa análise abrangendo contextos não necessariamente previstos nas políticas públicas.

Enfatizamos o tema da memória, e o próprio esforço de rememoração, enquanto estratégia metodológica de aproximação com outros trabalhadores, bem como a possibilidade de partilha da experiência do próprio trabalho. Entendemos, como coloca Onocko-Campos RT et al (2013), que na saúde coletiva e na saúde mental a investigação das práticas nos serviços vem constituindo campos férteis de análise, ainda que as diferentes variações e implicações metodológicas na construção das investigações venham sendo pouco tematizadas.

E para além disso ainda, entendemos a necessidade de enfatizar também uma especificidade do tema da memória que não apenas compreende uma tentativa de aproximação com experiências encarnadas, como também situa nosso trabalho entre determinadas discussões no campo da história. Ora, os estudos que apresentamos até o momento, sejam aqueles que compreendem as relações entre práticas e políticas, sejam aqueles que analisam as trajetórias das políticas públicas e de um campo de lutas, constituem também uma abordagem histórica do campo. O tema da memória não busca constituir necessariamente uma história da atenção no município da pesquisa, senão trazer a cena uma variedade de narrativas e rememorações que nos permitem nos

aproximar de questões nas próprias condições de produção das práticas de atenção e de sua gestão, problemas não previstos nas regulamentações.

Considerando como a bibliografia destacada apresenta a produção sobre o tema enfatizando disputas entre modelos, coerência ou incoerência entre práticas e políticas, percepção de atores como usuários, profissionais e familiares, buscamos o tema da memória dos trabalhadores na medida em que articula uma percepção das demandas dirigidas ao serviço e as condições concretas para se trabalhar.

As mudanças políticas ocorridas no país, sobretudo a partir de 2016¹¹, produzem impactos diretos no cotidiano de atores trabalhadores e usuários. Alguns dos efeitos que observamos mais diretamente são: o questionamento da efetividade das ações de serviços como um CAPS ad, uma crescente precarização das condições de trabalho nos serviços ligados a um desmonte das políticas de saúde mental, um fortalecimento político de atores ligados a locais de internação como as CTs, que passam também a questionar a atuação das políticas de saúde mental.

Lancetti (2016) e Worcman e Morganti (2019) apontam como é incontornável para a compreensão, tanto das práticas de assistência, como da produção de demandas nos serviços, a noção de que o proibicionismo opera como um motor não apenas de violências, mas também do afã pela resolução rápida de questões complexas, a *Contrafissura*. E nessa chave analítica, as políticas de regulação, são compreendidas como agindo duplamente, instituindo ao mesmo tempo, determinadas substâncias no registro das doenças, devastações e mortes e propondo modelos para resolução mais imediata possível do problema, como colocam Worcman e Morganti (2019). Desse afã podemos colocar em análise uma série de atravessamentos sobre as dinâmicas de equipes profissionais, bem como as divergências e cooperações de serviços como os CAPS ad e as CTs. Mas, para além disso, podemos colocar em análise os aspectos normativos e valorativos produzidos pelos próprios trabalhadores, acerca de seu trabalho.

Com a dimensão da memória temos a possibilidade de construção de trabalhos de análise a partir da experiência vivida por atores que estão no campo de cuidado. E isso indica uma linha dupla de trabalho, ao mesmo tempo em que se busca nas memórias

¹¹ Nesse sentido, vale destacar que, com os marcos já mencionados, e outros como o golpe presidencial a partir de 2016 e governo eleito em 2018, se constituem uma cena política de renovada força para atores ligados a instituições de internação, e também para medidas que se destinam a mudar as políticas sobre drogas e de saúde mental, incluindo as diretrizes assistenciais (Santos E Pires, 2019)

aspectos para o estudo das práticas de atenção, produz-se um efeito de rememorar e um lugar ou espaço para partilhas dessas histórias. O efeito de rememoração e partilha nos parece, atualmente relevante, dados os quadros de desmonte de políticas e serviços, em que acompanhamos um forçar do esquecimento.

1.2 CAPS (c)ad(ê) – Busca bibliográfica sobre os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas.

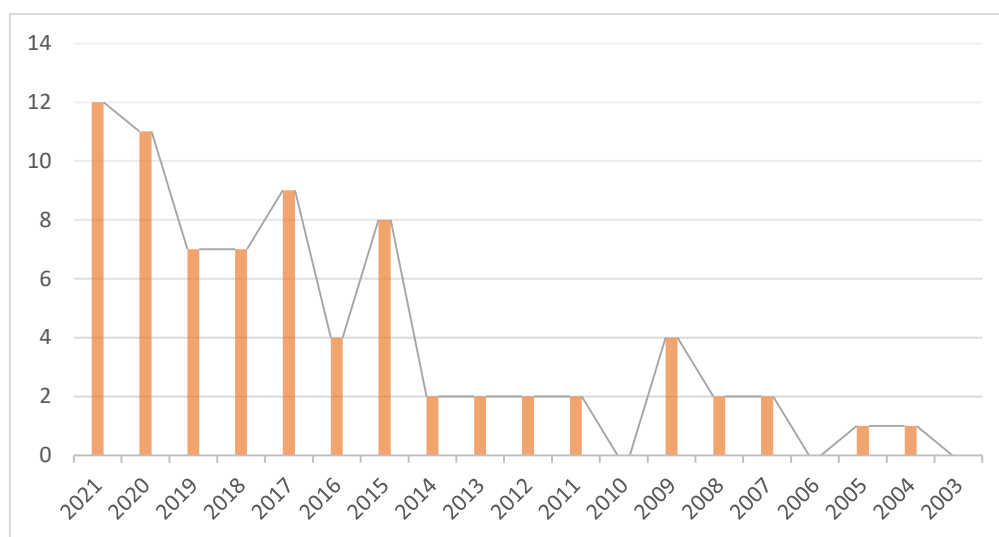
Realizamos busca bibliográfica na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os 2 seguintes termos descritores: Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Tratamento para Abuso de substâncias. Incluímos textos em português e no período de tempo entre 2003 e 2021, considerando o tempo implementação dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas a partir da Portaria GM 336 de 2002. Nosso objetivo foi mapear a produção científica acerca destes serviços.

Com o termo descritor “Centros de Atenção Psicossocial”, com os filtros de texto em português e nos períodos de 2003 a 2021 pesquisados reunimos inicialmente 2.770 artigos. Com o termo “Centro de Tratamento para abuso de substâncias” e os mesmos filtros, reunimos 263 artigos.

Nosso objetivo com a presente busca não foi uma revisão sistemática ou exaustiva da literatura sobre os Centros de Atenção Psicossocial ou sobre os CAPS ad mais especificamente. Entendemos que levantamento bibliográfico pode colaborar para identificar estudos em CAPS ad, com trabalhadores e sobre memória, tal como o nosso. De um somatório inicial de 3.033 materiais resultantes da pesquisa na BVS, reunimos 76 materiais por meio da leitura dos resumos. Dentre estes, separamos 4 teses e dissertações, 3 artigos de revisão, e o restante de 71 textos encontrados são oriundos da produção de artigos científicos.

Dentre os materiais levantados, percebemos que a partir de 2015 há um aumento nas publicações sobre a atenção a usuários de drogas e, particularmente, sobre os CAPS ad, sendo que entre 2015 e 2021 se concentram 46 das 76 publicações levantadas por nós, mantendo uma média de 6,8 publicações ao ano. Enquanto nos anos entre 2004 e 2014 foram levantados 16 textos, mantendo uma média de publicação 1,6 ao ano.

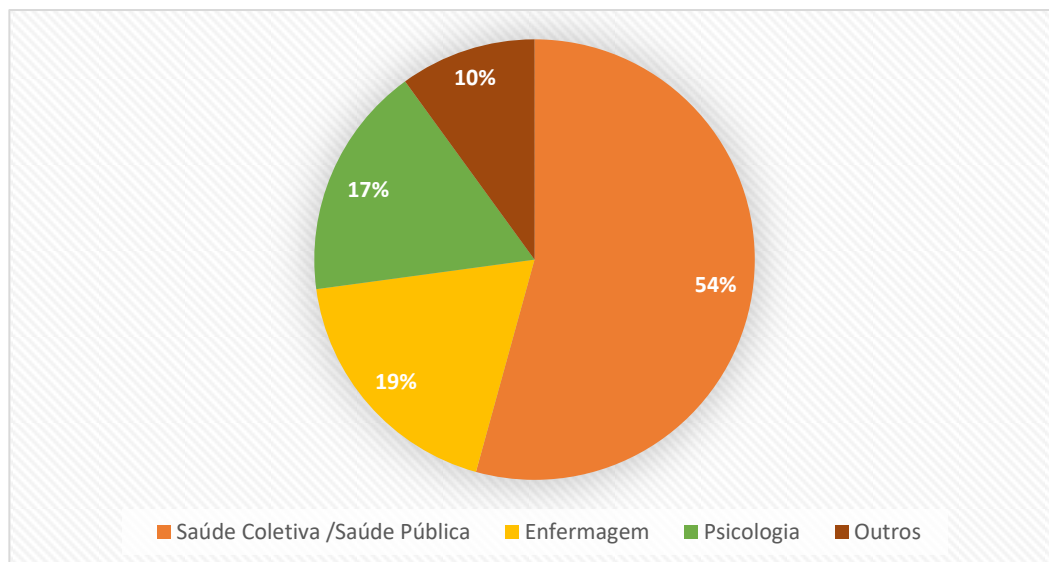
Gráfico 01: Publicações por ano (2003 - 2021)



Fonte: Arquivo próprio montado a partir da busca bibliográfica.

Entre as principais áreas de publicação observamos os campos vinculados à Saúde Coletiva e Saúde Pública, concentrando 38 textos e representando mais de 50% de toda produção levantada sobre o tema. Em seguida, observamos as publicações de enfermagem com 13 textos (19%), psicologia com 12 textos (17%) e terapia ocupacional, de saúde mental álcool e outras drogas, entre outras, com 10% da produção.

Gráfico 02: Distribuição por áreas de conhecimento.



Fonte: Arquivo próprio montado a partir da busca bibliográfica.

Para sistematização dos estudos sobre CAPS ad recorremos às categorias formuladas por Campos et al. (2020), em revisão de estudos de saúde mental publicados na Revista Ciência e Saúde Coletiva ao longo dos últimos 25 anos. Nessa pesquisa foram analisados 278 artigos organizados segundo categorias temáticas: Transformações socioculturais relacionadas à loucura e sua abordagem; Mudanças legislativas; Implantação, Capilaridade e funcionamento da Rede de serviços substitutivos; Clínica e cuidado desenvolvidos nos serviços substitutivos; o papel e as possibilidades da Atenção Básica; problemas relacionados ao uso de drogas; saúde mental de crianças e adolescentes; estudos epidemiológicos e categoriais psiquiátricas e uma categoria denominada Outros em que foram reunidas questões étnico raciais, de violência, suicídio, saúde da população idosa, entre outras questões ligadas a processos de vulnerabilização e saúde mental. Organizamos o material levantado segundo essas características.

1.2.1 Transformações ligadas à loucura e sua abordagem

Segundo Campos et al. (2020), é o marco legal da lei 10.216 - lei da Reforma Psiquiátrica - que caracteriza o início da produção bibliográfica no escopo da revista. A

ênfase entre 2001 e 2008 se concentra em movimentos sociais, militância em Saúde Mental e promoção de cidadania, as transformações no cuidado e a saúde do trabalhador do campo da saúde mental. Apenas a partir de 2009 as publicações passam a se concentrar nas relações entre cidadania, suporte social e cuidado territorial, em que se enfatiza a implementação dos serviços e a implantação de legislação para reorientação do modelo de atenção. Nos anos subsequentes, é novamente destacado o tema da participação social tanto para construção das políticas, quanto para o desenvolvimento das pesquisas nos serviços. Sendo que, nos últimos anos, particularmente até 2019, os estudos passam a abordar relações de retrocesso no campo das políticas públicas.

No que se refere a produção sobre os CAPS ad, notamos três estudos relacionados com a temática. Tais trabalhos localizam a existência dos serviços de CAPS ad no bojo da Reforma Psiquiátrica brasileira, compreendem que os mesmos se localizam em zonas de tensão e disputa no próprio campo das políticas públicas e irão enfatizar alguns aspectos específicos, tais como: a participação do usuário de drogas na organização de cuidado como estratégia para superar o caráter tutelar das práticas no CAPS ad (Santos et al. 2018); a existência de paradigmas divergentes no campo das drogas, por um lado a mudança de paradigma abrangendo prevenção e cuidado em saúde, por outro lado, os ideais de um mundo livre das drogas operando de formas moralistas e autoritárias (Wandekoken e Dalbello, 2015); a análise dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e pelas Comunidades Terapêuticas apresentando suas semelhanças conceituais, apontando ainda, como é a falta de regulamentação das Comunidades Terapêuticas no Brasil o que contribui para o descrédito deste modelo de tratamento (Perrone, 2014).

Podemos notar, de modo geral, que as publicações apresentam as contradições e dificuldades ligadas as políticas sobre drogas, sobretudo ligadas a noção da droga como mal, a exigência da abstinência e os impactos sobre o cuidado enfrentados por usuários e também trabalhadores. Bleicher e Viana (2012) apresentam continuidades e descontinuidades entre o modelo asilar e os atuais tratamentos para usuários de drogas, compreendendo também as fazendas de recuperação, e os grupos de ajuda mútua. Todos os estudos levantados nessa categoria dataram a partir do ano de 2012.

1.2.2 Mudanças Legislativas

Segundo Campos et al. (2020), nessa categoria os estudos datam a partir de 2009 e irão abordar possíveis avanços no campo de implementação das políticas de Saúde Mental, e a própria participação social como forma de construção da Reforma Psiquiátrica, considerando ainda a necessidade de fazer avançar a lei 10.216 de 2001 e constituir uma assistência em SM em consonância com as diretrizes do SUS.

Nessa categoria aparecem ainda as interfaces entre SM e justiça, o campo de atenção às pessoas em conflito com a lei, e particularmente a partir de 2016, também o campo da Redução de Danos como um paradigma ético e político no campo da política sobre drogas e as mudanças gradativas nos sistemas normativos superando uma visão psiquiátrica e se aproximando a um modelo Psicossocial para o atendimento a usuários de drogas.

Em nosso levantamento, pudemos identificar 10 estudos que se debruçam sobre a temática das mudanças legislativas, concentrados na trajetória dos marcos que fundamentam a assistência à usuários de drogas. De modo geral, estes estudos colocam em debate os modelos de atenção e as diretrizes clínicas para o cuidado. Tais pesquisas se distribuem entre 2007 e 2020. Entre os anos de 2007 e 2009 a ênfase dos estudos recai na importância da caracterização dos modelos de atenção à saúde para usuários de drogas, na identificação dos fatores associados a construção das políticas de saúde, suas diretrizes, potencialidades e fragilidades (Machado e Miranda 2007; Alves, 2009; Pereira 2009).

Machado e Miranda (2007) indicam como as práticas de atenção sanitária, constituídas em um arcabouço jurídico do início do século XX, não necessariamente correspondiam às demandas ligadas ao uso de drogas. Apontam, portanto, como a assistência em saúde não necessariamente correspondia a uma lógica da saúde pública. A partir de 2003, com a constituição de uma política de Atenção Integral aos usuários de drogas, ainda que hajam antecedentes como serviços e práticas propiciadas pelo próprio aparato jurídico repressivo, houve a emergência de um direcionamento pela redução de riscos e danos que estabeleceu uma ruptura com uma tradição moralista no campo.

Outras autoras ainda como Alves (2009), Pereira (2009) e Borges e Baptista (2008) se concentram também na constituição de um modelo de atenção, potencialidades, fragilidades ou mesmo inviabilidades, bem como as linhas de atuação que foram priorizadas. As autoras enfatizam que ainda que tenha havido avanços importantes na implementação de serviços permaneceram contradições importantes.

Particularmente a partir de 2013 os estudos irão se debruçar principalmente sobre os desafios da atenção nos CAPS ad, discutindo a racionalidade da Redução de Danos, as divergências em relação a sua apropriação, bem como o estabelecimento da disputa entre o modelo de tratamento pelas Comunidades Terapêuticas e a atenção diária nos CAPS ad.

Destacamos o trabalho de Oliveira (2017), que procurou investigar junto a 17 profissionais de saúde que atuam em diferentes modelos de atenção, em clínica médica (modelo biomédico), nos Centros de Atenção Psicossocial (denominado no estudo modelo sociocultural) e em Comunidades Terapêuticas (denominadas no estudo modelo psicossocial) todos localizados no município de Curitiba - PR, qual o embasamento e fundamentação sobre a noção de cuidado. Em sua análise vemos que os trabalhadores não necessariamente apresentam definições específicas sobre noções como dependência ou mesmo sobre tratamento, e que suas abordagens não necessariamente correspondem a lógica de atuação das instituições em que trabalham. De modo conclusivo nos indica que diferentes modelos ou propostas de tratamento não necessariamente efetivam uma concepção norteadora específica, havendo a incidência de outras dimensões nessa efetivação, como formação profissional e as próprias incongruências na compreensão sobre o fenômeno do uso de drogas. De modo geral, o autor ajuda a compreender como os trabalhadores montam suas concepções de tratamento e cuidado a partir de suas experiências profissionais em distintos locais de trabalho. Além disso, mostram também como é comum que os trabalhadores atuem em distintas instituições que corresponderiam a distintos modelos de tratamento, sendo através do trânsito por esses diferentes locais que vão se desenhando as perspectivas profissionais. Portanto, as próprias instituições apresentam mescla de abordagens com distintos pressupostos.

1.2.3 Implantação, capilaridade e funcionamento da rede de serviços substitutivos

No período entre 2001 e 2009, segundo nos apontam Campos et al. (2020), os estudos se concentram nas dificuldades de implementação da SM na dimensão cotidiana dos serviços, caracterizando uma convivência com práticas consideradas asilares. Parte considerável desses estudos irão buscar resgatar a perspectiva dos trabalhadores sobre a produção das práticas. Cerca de 40% dos estudos foram publicados no ano de 2011 e entre suas principais temáticas veremos: satisfação no trabalho e suas correlações com

questões internas e externas aos serviços; papel da psiquiatria na Reforma; importância da infraestrutura e da equipe. Outros 40% da produção compreendidos entre 2013 e 2019, irão abordar temas como: sofrimento moral dos trabalhadores, consolidação de rede serviços para autistas, discrepâncias de cobertura e funcionamento entre municípios.

Com essa temática emergem pesquisas avaliativas sobre o acesso aos serviços para pessoas com problemas com drogas, constatando não apenas a centralidade do CAPS ad nessa rede, mas também processo crítico sobre a estruturação do processo de trabalho, bem como o reconhecimento da ampliação de acesso advinda da rede substitutiva, convivendo com dificuldades de base estrutural, tal como insuficiência de recursos humanos, de formação continuada e estrutura física.

A partir de 2007 tema abordado nos estudos foi a condição de trabalho e a perspectiva dos trabalhadores sobre o seu ofício. Jorge et al. (2007) a partir de pesquisa realizada em Fortaleza - CE, apontou a flexibilização das relações de trabalho, diversificação de formas de contratação caracterizadas por uma desproteção social dos trabalhadores de saúde mental. De forma ampliada, indicam como a área da gestão de recursos humanos foi negligenciada, dados os quadros de precarização do trabalho, bem como a ausência de políticas públicas para disponibilização e regulação de oferta de trabalho no SUS (Jorge et al, 2007). Outro aspecto relevante que o estudo traz relacionado a gestão do trabalho nos CAPS foi a ausência de estrutura física e de equipamentos adequados nos serviços o que não proporciona condições para que efetivem seu trabalho e interfere nas próprias relações entre trabalhadores e instituição.

Nos anos subsequentes notamos que os estudos mantêm a consideração acerca das relações profissionais e procuram abordar quais outros fatores são intervenientes nos processos de trabalho das equipes. Souza et al. (2011) apresentaram como a violência territorial pode ser um fator impactante na organização das equipes, a partir de uma realidade territorial na zona norte do Rio de Janeiro evidenciaram como a própria produção do cuidado no serviço convive diariamente com uma realidade marcada pela pauperização, pelo tráfico, pela precariedade e violência armada. E nesse sentido indicaram como a equipe profissional discutia e agenciava estratégias distintas, por vezes entrando em conflito, compreendendo desde uma abordagem ampliada dessas dificuldades vividas até o estabelecimento de formas de controle e vigilância como seguranças e câmeras. Ponto fundamental que as autoras trouxeram é que nos serviços de saúde mental, pelas características dos mesmos de se tornarem serviços de referência

para os usuários, as demandas que chegam até suas portas extrapolam as possibilidades de atuação de sua equipe, demandando dos profissionais capacidade de articulação com outros profissionais e pontos de atenção.

A produção levantada e organizada nesta categoria encontrou-se em consonância com o apontado pelas autoras Campos et al. (2020), compreendendo abordagens que privilegiam a perspectiva e saúde dos trabalhadores, a centralidade e por vezes isolamento dos dispositivos da Atenção Psicossocial nas redes de atenção, bem como a atenção as condições estruturais de organização e gestão do cuidado nos serviços. Alvez e Ribeiro (2013) analisam as relações entre vínculos organizacionais e a efetivação dos CAPS e CAPS ad, e indicam a falta de formação teórica, precarização do trabalho, ausência de reconhecimento profissional como fatores que interferem na dinâmica institucional dos serviços.

Cerca de 12 estudos nessa categoria irão apontar a precarização do trabalho, a falta de comunicação e desarticulação dos serviços que compõem a RAPS, as estruturas físicas inadequadas nos serviços, a falta de formação profissional e a falta de equipamentos e insumos para o trabalho como elementos centrais para compreensão dos modos pelos quais os serviços vêm se efetivando. Todos estes estudos partem da perspectiva de interlocução com trabalhadores.

Destacamos o trabalho de Barros e Bernardo (2017) que procuram evidenciar como há uma lógica neoliberal absorvida na saúde pública que tem significativas repercussões na própria saúde mental dos trabalhadores. Segundo nos indicam, existe condição ampla da precariedade nos serviços que pode ser identificada por diferentes fatores como: formas de contratação, vínculos de trabalho, quantidade de profissionais para trabalhar, insuficiência de equipamentos, entre outros. Aspectos capazes de aumentar os desgastes que já seriam próprios ao trabalho na saúde mental e impactam os trabalhadores através de uma perspectiva fatalista, de modo que a percepção sobre possível transformação em uma realidade precária se esvazie.

Silva, Albad e Monteiro (2018) procuram analisar variáveis como área de abrangência, recursos disponíveis, práticas de cuidado e suas relações com o modelo Psicossocial, apontando que a infraestrutura e abrangência distinta da recomendada produzem dificuldades de acesso, dificuldades na articulação do cuidado e adesão dos usuários, bem como no desempenho dos profissionais.

Costa, Rongani e Colugnati (2018) apontam a centralidade do CAPS ad no atendimento a usuários de drogas no âmbito da RAPS, e também como a

implementação em número insuficiente e os problemas estruturais interferem nas capacidades de resiliência na rede, ocasionando ainda a recorrência de atendimentos centralizados e de urgência, em detrimento de perspectivas territorializadas.

Tibiriça, Luchini e Almeida (2020) colocaram em análise a perspectiva dos usuários sobre sua inserção no CAPS ad, bem como a articulação de seus cuidados no âmbito da RAPS. Em conclusão, também apontam a fragmentação do cuidado dos usuários de drogas, a centralidade do cuidado nos serviços de saúde mental, bem como também sua sobrecarga.

Nessa categoria foram localizados ao todo 28 textos, sendo apenas 2 artigos referentes ao estado do Rio de Janeiro, mais precisamente o município. Identificamos uma primeira publicação em 2004 indicando obstáculos na implementação de serviços como os CAPS ad, passando anos sem publicações, e uma maior concentração de estudos a partir de 2015. Apenas dois estudos, dentre os levantados, se concentram na perspectiva dos usuários, seja sobre suas demandas e tratamento, seja sobre a articulação dos cuidados em uma rede de atenção. Destacamos, sobretudo, o volume de estudos que colocam em análise a perspectiva dos profissionais e os contrastes entre a atuação diária nos serviços e as diretrizes previstas nas políticas. Vale destaque também, como nessa categoria o tema da precariedade, como uma condição ampliada de escassez, atravessa uma quantidade significativa de estudos, sendo compreendida como um dos fatores que interferem nas redes e na própria Gestão do cuidado.

1.2.4 Clínica e cuidado desenvolvidos nos serviços substitutivos (CAPS e RAPS)

Nessa categoria, conforme Campos et al. (2020) nos apontam, emergem pontos consensuais tais como: uma mudança de uma perspectiva psiquiátrica para um modelo psicossocial; dificuldades estruturais na RAPS e o apoio matricial produzindo bons resultados enquanto uma forma de integração entre os CAPS e as Unidades Básicas de Saúde. Nessa categoria também emergem o sofrimento nas equipes, entre os familiares e a produção de novas formas de cronicidades nos serviços, e ainda o Acompanhamento Terapêutico e o trabalho com grupos no CAPS, discutindo sobre o modelo de atenção territorial e a promoção da integralidade na atenção. Nesse sentido, os estudos apontam a necessidade de que ofertas estejam adaptadas para as diferentes demandas e experiências dos usuários dos serviços.

No tocante ao nosso levantamento sobre os CAPS ad, localizamos 11 textos abordando essa temática. Os anos de 2020 e 2021 concentraram mais de 50 % das produções levantadas.

Entre os principais temas abordados encontramos o debate entre os saberes acadêmicos e os saberes da experiência dos trabalhadores, procurando investigar quais recursos e quais normas circulam nos serviços e participam da gestão do trabalho em saúde mental. Incluímos em nosso levantamento o texto de Ramminger e Brito (2012) que indicaram que os trabalhadores de CAPS enfrentam uma ausência de normas e distintos impedimentos para o desenvolvimento e partilha de suas atividades, como também que o próprio trabalhar em um CAPS mantém continuidade com a divisão sexual e social do trabalho, com distintos modos de hierarquização e subalternidade dos saberes da experiência dos trabalhadores. Isso, segundo as autoras, faz com que se reproduza nos CAPS os modos de atenção asilares que se pretendia superar. Chamam atenção sobre como as atividades da Atenção Psicossocial, ao borrarem fronteiras entre especialidades, não são evidentes no tocante ao que estes podem ou não fazer. Em sua pesquisa com a equipe de um CAPS em município do interior do RJ, fica evidenciado pelos próprios trabalhadores a falta de condições e meios para realização de suas atividades. Ausência de equipamentos como impressora, carro, por vezes até mesmo as condições para troca de uma lâmpada, ocasionando atendimentos em salas no escuro. Considerando ainda a regulamentação administrativa rígida não condizente com as práticas do serviço, a baixa remuneração dos trabalhadores e o fato destes terem de trabalhar em mais de um local e por vezes até em mais de um município.

Terada et al (2012), Costa (2015) Machado et al 2020, Macedo e Souza (2021) abordam as estratégias de atendimento coletivo, e reafirmam como nessas estratégias se constituem modos de relação entre usuários e profissionais que permitem apreender como há uma demanda ampla dirigida aos serviços CAPS ad, que não se resume a interrupção do consumo de substâncias. Macedo e Souza (2021) relatam a história de um grupo de mulheres por meio do qual se constitui uma grupalidade própria através de modos de identificação levantadas pelas mulheres usuárias do serviço. Dentre essas questões, são levantados relacionamentos com filhos, maridos, decepções relacionadas à família, violências físicas e psicológicas e dependências emocionais e financeiras. Sendo que o próprio fazer grupal, constitui um espaço de produção de sentidos e da possibilidade de expressão dessas vivências, constituindo-se também enquanto espaço terapêutico para amplas questões enfrentadas pelas mulheres.

Fonseca e Galassi (2021) e Machado, Modena e Zélia (2020), desenvolveram suas análises compreendendo o contexto ampliado das ações desenvolvidas em CAPS ad. Fonseca e Galassi (2021) ao se concentrarem nas experiências dos sete CAPS ad do Distrito Federal concluíram como nos serviços investigados haviam práticas extramuros do serviço consideradas exitosas no sentido de serem ações de geração de renda, atividades esportivas, de participação comunitária. No entanto, enfatizaram também como essas ações se mantêm apenas pontualmente, de modo temporário. Concluindo pela necessidade de capacitação dos trabalhadores e construção de condições para que essas estratégias de trabalho possam ocorrer de forma continuada. Machado, Modena e Zélia (2020) irão nos afirmar como os serviços investigados na região de Belo Horizonte, MG buscam distintas ações para promoção do acolhimento, de construção de relações sociais, além da atenção aos agravos em saúde, compreendendo as lógicas da Redução de Danos e a Atenção Psicossocial como diretrizes para atenção. Apresentando o desafio de pouca articulação com recursos comunitários ou do território.

Finalmente, os estudos de Quintas e Tavares (2020) e Machado, Modena e Luz (2020), são os dois únicos estudos nessa categoria que irão se debruçar sobre as perspectivas dos usuários sobre os sentidos de busca por cuidado em serviços de CAPS ad. Em ambos os trabalhos a análise das perspectivas dos usuários evidencia que a demanda no CAPS ad é diversificada compreendendo o cuidado do ponto de vista psíquico e orgânico, a possibilidade de resgate ou reconstrução de relações sociais, e também o acesso a direitos básicos como higiene e alimentação. Da mesma forma, a análise da busca pelas Comunidades Terapêuticas evidencia procura por abrigo, saída temporária das ruas, busca espiritual. Ponto de convergência entre os distintos motivos de procura por tratamento está no momento em que os usuários referem estar em uso intensivo de substâncias.

1.2.5 O papel e as possibilidades da Atenção Básica

Nessa categoria são as relações entre os CAPS e a Atenção Primária em Saúde o ponto central de preocupação. Discutindo principalmente integralidade do cuidado, articulação, papel do Agente Comunitário nos casos de SM e a superação do modelo biomédico. Na esteira dessas discussões emergiram também a questão da saúde infanto-juvenil na Atenção Primária, a avaliação do consumo de psicofármacos em unidades

PSF, como também o apoio matricial como ferramenta de qualificação para o cuidado psicossocial.

No bojo dessas discussões, encontramos apenas dois estudos que procuram colocar em discussão a integração e articulação entre CAPS ad e Unidades Básicas de Saúde. Tirando dessa experiência de articulação reflexões e proposições para arranjos de gestão do cuidado em saúde, como o apoio institucional, procurando constituir uma promoção do cuidado articulada aos territórios dos usuários.

Souza e Resende (2015) analisam a gestão do cuidado a partir de ações de agentes redutores de danos em territórios de atuação de equipes de CAPS ad e de Unidades Básica de Saúde em Campinas – SP. Em sua análise procuram evidenciar como pode emergir uma gestão do cuidado através da atuação nos territórios existenciais pelos agentes redutores de danos e pela construção do apoio institucional.

Siniak et al. (2021) investigam a rede social de um CAPS ad no Estado do Rio Grande do Sul a partir de encaminhamentos e recebimentos de casos. Em seus resultados indicam que são o CAPS ad e a Atenção Primária em Saúde são os principais envolvidos nesses fluxos, que recebem demandas dessa população. No entanto, vão apontar a necessidade de planejamento, descentralização e conectividade entre os atores, pensando uma atuação mais integrada e cooperativa. Ressaltamos aqui que, se a discussão acerca das dificuldades de integração e articulação entre os CAPS ad e outros serviços de saúde ou outras redes intersetoriais é fator observado em número relevante dos estudos.

1.2.6 Problemas Relacionados ao Uso de drogas

As autoras Campos et al. (2020), apontaram como estudos sobre a temática são mais esparsos, inclusive, não sendo observado aumento de publicações a partir de financiamento do governo federal em programas como “Crack, é possível vencer”. Nota-se ainda como pesquisas podem reproduzir visão estigmatizante dos usuários e como a própria RD é preocupação de apenas um estudo. Alguns trabalhos apontam ainda dificuldades de mensuração de resultados, abrangência e eficácia da Redução de Danos, problemas ligados ao consumo de substâncias como álcool, tabaco, medicamentos psicotrópicos, drogas injetáveis, e as necessidades por mudanças nas abordagens profissionais e fomento da intersetorialidade entre saúde e educação.

Em nosso levantamento sobre os CAPS ad, encontramos 8 textos que irão se concentrar nas perspectivas profissionais, sobretudo, em atitudes e percepção dos trabalhadores em face do uso e dos usuários de drogas. Nessa perspectiva, surgiram considerações sobre sentimentos desses profissionais em face de processos denominados como de abandono de tratamento, e também as considerações sobre os motivos de procura pelo mesmo. Destacando dentre os motivos de procura, não apenas os agravos em saúde, mas também a fragilização dos laços comunitários e familiares.

De modo geral os estudos colocaram em discussão distintas representações sobre o uso e os usuários de drogas privilegiando as perspectivas profissionais. Localizamos apenas um material que compreenda as representações ou perspectivas sobre uso de drogas pelos próprios usuários. Em consonância com o apontado pelas autoras, os estudos são esparsos sendo que o maior número de estudos encontrados data do ano de 2021.

Lacchini et al (2015) procuram investigar as percepções de uma equipe profissional de CAPS ad no Rio Grande do Sul a respeito dos usuários de crack. Trataram o próprio uso da substância como um problema de saúde pública de natureza multifatorial e o perfil do usuário de crack como uma especificidade quando em comparação com o perfil de outros usuários de drogas. Na construção da discussão a respeito do perfil do usuário, indicam como a equipe do CAPS ad qualifica essas pessoas com demandas como emergenciais e imediatistas, ligando tal característica ao próprio consumo das substâncias. Segundo o estudo, a definição da equipe para usuários de crack seria: 1- esses usuários demandam urgências para a equipe, questões nem sempre de resolução imediata; 2 – usuário considerado difícil, compreendendo tanto a adesão ao serviço quanto ao seu manejo; 3 – o usuário de crack tem vários perfis. A partir dessas características, os profissionais narram a precariedade da vinculação com os serviços, compreendendo a necessidade de se repensar o próprio funcionamento dos mesmos, incluindo como alternativas as parcerias com equipes de Consultório na Rua, equipes itinerantes em deslocamento pelo território e horários ampliados.

Silveira, Oliveira e Correio (2016) procuram investigar quais as vivências dos profissionais do CAPS ad, bem como as implicações para o campo de práticas. Nesse sentido apontam três categorias temáticas em relação as discussões colocadas pelos trabalhadores: 1 - O processo de trabalho e suas repercussões no cuidado aos dependentes de substâncias psicoativas, em que os profissionais narram a ausência de materiais básicos e de apoio para realização de atividades, bem como falta de

qualificação e identificação com a área; 2 - Impotência diante do abandono do tratamento, os trabalhadores atribuem características de instabilidade, descontinuidade, recaída ou abandono para os usuários e a partir disso relatam o desgaste, frustração e sensação de fracasso com a situação; 3- O relacionamento do profissional com os dependentes de substâncias psicoativas e a família, partindo da consideração das dificuldades o estudo ressalta a produção do vínculo como essencial para a construção do cuidado. De modo geral, a pesquisa aponta uma correlação entre a ausência de infraestrutura para o trabalho, os desgastes profissionais e a consideração sobre os usuários de drogas como pessoas que não necessariamente mantêm uma regularidade no tratamento, implicando ainda em maiores desgastes para os profissionais.

Siqueira et al. (2018) realizaram uma das poucas pesquisas localizadas que procuram compreender os motivos de procura por um serviço de saúde pela perspectiva dos usuários de drogas. Foram elaboradas duas categorias dos motivos de porque procuraram um serviço de saúde: agravos em saúde e relacionamentos sociais. Como também emergiram duas categorias relacionadas ao para o quê buscam o serviço de saúde: reconstrução das relações familiares e expectativa de reinserção social. O texto reforça como dentre os motivos de procura por atenção em saúde não estão apenas os agravos físicos, mas também os impactos nas relações familiares, na perda de amores, perda de confiança e bens materiais, abandono de pais e filhos, como também as dificuldades relativas a marginalização e exclusão que ocasionam o desemprego e isolamento.

Lopes LLT, et al. (2019) também nos apresentaram pela perspectiva profissional, práticas de identificação de padrões de consumo de drogas para definição das ações de cuidado. Esse estudo se concentra na definição de dependência química e apresentam como uma equipe de CAPS ad formula suas ações com foco na prevenção ao desenvolvimento de formas mais intensas de dependência, sobretudo através da identificação dos padrões de uso, e aconselhamento em relação aos possíveis riscos.

1.2.7 Saúde Mental de crianças e adolescentes

A Saúde Mental de crianças e adolescentes é um tema abordado por um conjunto amplo de perspectivas e aspectos, algumas das mais numerosas compreendem as violências sofridas pelo grupo infanto-juvenil, a caracterização dos jovens em conflito com a lei, as condições das instituições de medida socioeducativa e a oferta de

cuidados pelos serviços substitutivos. As autoras Campos et al. (2020) destacam ainda como no tocante aos jovens em conflito com a lei é apontada uma baixa oferta de tratamento nos serviços do CAPS AD e CAPS I.

No tocante a essa temática não foram levantados estudos através de nossa busca bibliográfica. Devemos ressaltar que os termos descritores utilizados, bem como a seleção dos estudos compreendendo nossas questões relativas a gestão do cuidado em CAPS AD, não envolvem especificamente a temática da infância e juventude nos serviços de saúde mental, o que certamente contribui para a ausência de estudos relativos ao tema em nosso levantamento.

1.2.8 Estudos Epidemiológicos e Categorias Psiquiátricas

Compreendendo estudos descritivos com objetivo de medição de prevalência de transtornos mentais, como também condições de saúde, qualidade de vida, acesso aos serviços de saúde mental. São mais expressivas as pesquisas sobre prevalência de transtornos em idosos, em profissionais de saúde e pessoas institucionalizadas.

Em nosso trabalho não objetivamos reunir estudos sobre categorias psiquiátricas ou estudos quantitativos sobre incidência de transtornos relacionados ao uso de substâncias, dessa forma não constam também estudos com essa temática.

1.2.9 Outros

Na categoria outros, foram reunidos estudos com temáticas diversificadas e apontando a importância de maiores investimentos de pesquisa em alguns temas como: relações entre SM e questões étnico-raciais e de gênero; das condições de vida em territórios periféricos como favelas e suas relações com a saúde mental. Foram publicadas também pesquisas relacionadas à metodologia de pesquisa em SM, o uso de narrativas, técnicas de entrevista e abordagens etnográficas.

Com essas temáticas localizamos 11 publicações. Sendo um primeiro estudo em 2005 procurando discutir as perspectivas de gênero na atenção a usuários de drogas no estado da Bahia. Posteriormente, apenas em 2014 notamos outra publicação procurando investigar relações entre vulnerabilização social e questões de saúde mental, as demais publicações (80% dos estudos nessa categoria) datam a partir de 2018. De modo geral, essas publicações irão ressaltar a intersecção entre questões de gênero, uso de drogas e vulnerabilidade. Alguns estudos irão compreender também a questão da

situação de rua como elemento de vulnerabilidade que impacta as questões de saúde mental, as violências de gênero enfrentadas pelas mulheres e o rompimento dos vínculos familiares e as fragilidades sociais como fatores que impactam o tratamento.

Gama, Campos e Ferrer (2014) procuram refletir sobre os conceitos de saúde mental e vulnerabilidade social, bem como sobre manuais diagnósticos e pesquisas epidemiológicas tomando como pano de fundo as políticas públicas de saúde. Apontam a necessidade de incorporação dos saberes ligados à experiência dos sujeitos afetados pelo sofrimento e também a necessidade de superação da lógica tecnocientífica tradicional.

Lopes et al (2018) apontam que existem diferenças significativas de faixa etária e de gênero entre os usuários dos CAPS ad de Florianópolis SC. Em seu levantamento indicam que há diferenças de faixa etária entre homens e mulheres, e que entre diferentes faixas etárias as preferências por consumo de substâncias podem ser diferentes. Desse modo, os fatos como gênero e faixa etária apresentam dimensões importantes para a gestão do cuidado.

Menezes et al. (2020) buscam caracterizar o perfil de mulheres que acessam os leitos noturnos de um CAPS ad na cidade de São Paulo. Identificam que essa utilização está principalmente atrelada a necessidades por desintoxicação e por questões ligadas a vulnerabilidade social. Identificam que entre essas mulheres (127 mulheres que utilizaram os leitos em um período de 5 anos) a média de idade foi de 38 anos, com mais de 60% das mulheres em situação de rua, 83% sem vínculos de emprego, 52% com vínculos familiares conflituosos ou ruins. O estudo destaca ainda a ausência de informações sobre raça cor, sobre escolaridade e renda nos prontuários, prejudicando as possíveis correlações com outros fatores. Em relação ao uso de substâncias, foi identificada que a maioria das mulheres utilizam mais de uma substância, com destaque para o consumo de crack (77%) associado ao consumo de álcool (67%), considerando que o total de mulheres que utilizam alguma substância foi de 88%. Após a alta, sugerem dificuldades enfrentadas para organização e manutenção de um acompanhamento. As autoras concluem este estudo apontando a necessidade por maiores informações acerca das mulheres usuárias de drogas como: gestações, prostituição, violências, estigmas, raça/cor, renda, entre outros.

Para além da abordagem inicial que procura analisar algumas intersecções, notamos que os estudos com essas temáticas refletem também os limites enfrentados nas ofertas dos serviços de saúde mental. Apontando a necessidade de superação de uma

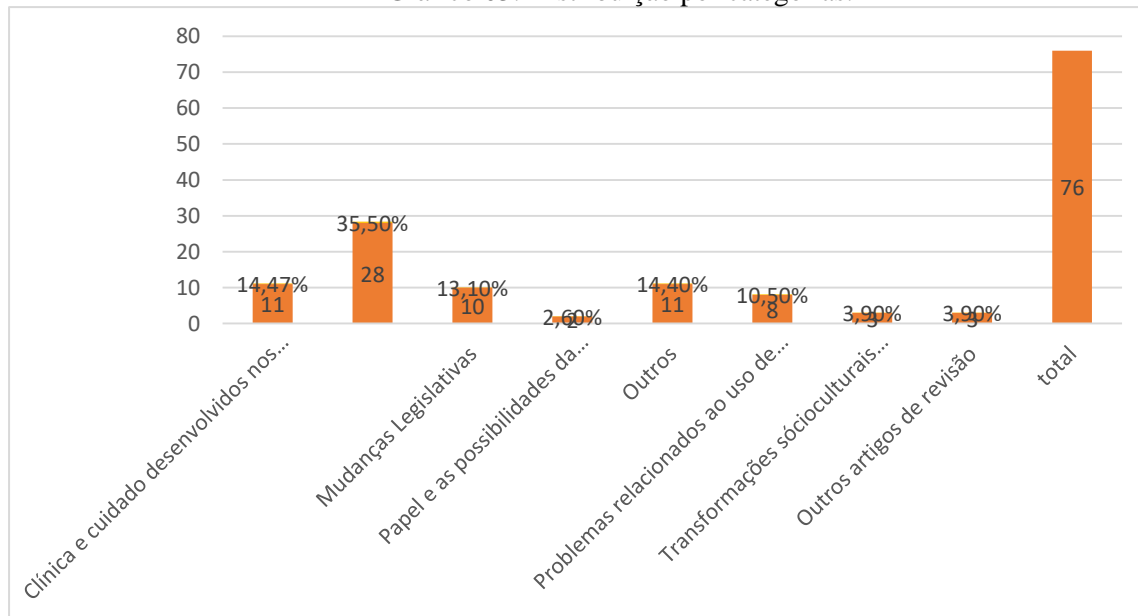
lógica técnico científica tradicional procurando atentar as singularidades dos sujeitos que procuram tratamento. Gama, Campos e Ferrer (2014) apontam ainda de modo significativo a necessidade de incorporação dos saberes e experiências dos usuários, bem como articular os serviços a outras redes com o objetivo de favorecer o acesso as estratégias de cuidado. Nesse sentido, nesta categoria notamos 4 estudos que se aproximam das perspectivas, trajetórias ou caracterização de demandas em diálogo com os próprios usuários dos serviços.

1.3 Análises e conclusões iniciais

No trabalho empreendido por Campos et al. (2020) vemos que as categorias de estudos epidemiológicos e categorias psiquiátricas reuniram 51 estudos, sendo seguido pelos estudos que abordaram as Transformações Socioculturais relacionadas à loucura e à sua abordagem, com 48 trabalhos. A categoria Clínica e cuidados desenvolvidos nos serviços substitutivos vindo em seguida com 43 estudos. Sendo que as demais reúnem menor quantidade de estudos. Implantação, capilaridade da rede de serviços substitutivos e Possibilidades da saúde mental na Atenção Básica com 28 estudos cada e, Saúde mental infanto-juvenil e problemas relacionados ao álcool e outras drogas com 28 e 19 estudos respectivamente. A categoria Outro apresenta ainda 28 estudos.

No levantamento sobre os CAPS ad notamos como a categoria Implantação Capilaridade e funcionamento dos serviços substitutivos é aquela com maior número de estudos, compreendendo proporcionalmente mais do que o dobro de outras categorias, contando 35, 5% de toda produção levantada. Em seguida temos a categorias Clínica e cuidado desenvolvidos nos serviços substitutivos e Outros compreendendo cerca de 14,4% da produção levantada cada uma. A categoria Mudanças Legislativas compreendeu 13,1% da produção levantada, Problemas relacionados ao uso de drogas 10,5%; Transformações Socioculturais relacionadas à Loucura e sua abordagem 3,9%; Artigos de revisão, 3,9%; O papel e as Possibilidades da Atenção Básica, 2,6%. Cabe a ressalva de que diferentes fatores podem ter contribuído para essa maior distribuição na categoria Implantação Capilaridade e funcionamento dos serviços substitutivos, dentre eles o nosso próprio foco de pesquisa, direcionado a partir do interesse nas práticas de gestão do cuidado nos serviços.

Gráfico 03: Distribuição por categorias.



Fonte: Arquivo próprio montado a partir da busca bibliográfica.

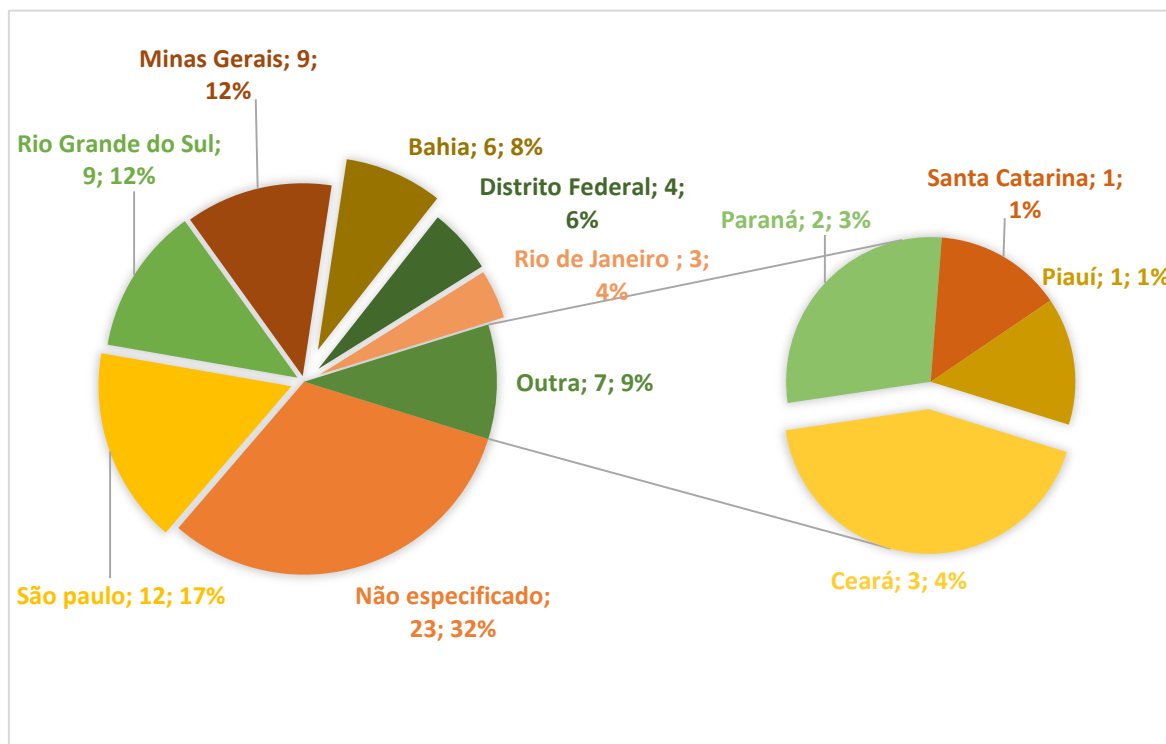
No tocante às regiões em que tais pesquisas são realizadas, procuramos atentar (quando pertinente ao estudo) onde são realizadas as pesquisas de campo. Notamos o seguinte: 23 pesquisas não conseguimos encontrar referência de município ou Estado, sendo necessário justificar que há estudos que se debruçam sobre a temática das políticas, normas ou arcabouços teóricos, não sendo necessariamente pertinente, portanto, a menção a municípios ou Estados.

Temos ainda o estado de São Paulo reunindo 12 pesquisas; Rio Grande do Sul e Minas Gerais reunindo 9 estudos cada, Bahia, 6 estudos; Distrito Federal, 4 estudos; Rio de Janeiro e Ceará, 3 estudos cada; Paraná 2 estudos; Santa Catarina e Piauí com 1 estudo cada. Notamos uma concentração das publicações nas regiões Sul e Sudeste, compreendendo estados como Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais.

Como apontado nos estudos de Dantas e Oda (2014) as pesquisas em saúde mental se referem majoritariamente as regiões Sul e Sudeste do país, compreendendo principalmente estados como Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro. Havendo praticamente ausência de regiões do Norte e Centro Oeste. Segunda as autoras ainda, mesmo no Sudeste as pesquisas se referem a um número significativamente restrito de municípios, Rio de Janeiro, por exemplo, com uma ampla concentração de publicações em referência a capital, poucas pesquisas relacionadas aos municípios do interior do estado (Dantas e Oda 2014).

No caso do Rio de Janeiro a produção levantada não se mostrou expressiva, reunindo 3 trabalhos. No entanto, nos estudos levantados percebemos congruência com o apontado pelas autoras Dantas e Oda (2014) quando referem que no Rio de Janeiro há uma concentração de estudos na Capital e uma escassez de trabalhos sobre a realidade de municípios do interior. Apenas em uma pesquisa é analisada realidade de um serviço de saúde mental em município do interior do estado, em que são apresentados contrastes em relação à experiência da capital (Ramminger e Brito, 2011). No entanto, para além deste estudo, não encontramos referências que nos permitam analisar ou compreender as distintas realidades municipais no estado.

Gráfico 04: Distribuição por Estados



Fonte: Arquivo próprio montado a partir da busca bibliográfica.

Outro elemento também indicado por Dantas e Oda (2014) se refere a apresentação dos resultados das pesquisas, principalmente em diálogo com referências

teóricas e documentais, menos com experiências empíricas de avaliação de serviços ou construção de práticas nos mesmos. Tomamos esse dado como significativo e congruente com o levantamento sobre os CAPS ad. Se por um lado a própria bibliografia nos indica que as práticas nos serviços ainda precisam ser melhor investigadas, por outro, notamos como a própria bibliografia sobre pesquisas avaliativas em CAPS ad coloca em análise as práticas e suas relações com diretrizes, normas e princípios orientadores dos serviços e do SUS. Notamos, nesse sentido, que a bibliografia reunida que analisa as práticas nos serviços, sua implementação e funcionamento, dialoga menos com outras experiências de implementação ou de práticas e mais consistentemente com as discussões teóricas e normativas sobre os serviços.

Ainda em conformidade com o apontado por Dantas e Oda (2014), em relação ao tipo de serviço de saúde mental mais estudado, seja de forma isolada ou em articulação com outros serviços, há uma predominância do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), seguido dos CAPS I (Infanto-Juvenis) e, por fim, dos CAPS ad (para usuários de álcool e drogas). Sendo, ainda segundo as autoras, a Atenção Primária em Saúde e os serviços hospitalares ou mesmo Redes de Atenção, alvos de menor ênfase nas pesquisas avaliativas. Notamos como os CAPS ad, dentre os serviços de saúde mental, vem ganhando maior atenção particularmente a partir do ano de 2015 e como nessa bibliografia é apontada a centralização do dispositivo na rede de atendimento à usuários de drogas, seja de modo direto pela literatura¹², seja pela tímida produção acerca das articulações setoriais e intersetoriais que os serviços concretamente constituem¹³.

No tocante à produção de dados sobre os serviços, notamos também como as pesquisas reunidas utilizam como principal fonte de interlocução ou de informações os trabalhadores ou gestores dos serviços, em menor proporção usuários e familiares. Esse dado é também concordante com o que nos apresentam Dantas e Oda (2014) ao afirmarem que as pesquisas apresentam um maior número de trabalhos sobre a dimensão cotidiana dos próprios serviços, bem como um foco nas práticas organizacionais ou clínicas que compõem o funcionamento da atenção diária.

¹² Conforme apontam: Sampaio e Bispo (2021); Siniak et al. (2021); Machado, Modena e Luz (2020);

¹³ Apenas dois estudos apontam ou analisam relações entre serviços de CAPS ad e serviços de Atenção Primária e notamos apenas 1 estudo que menciona articulação intersetoriais, mencionando serviços como Centro Especializado para Atendimento à População em Situação de Rua (Centro Pop), dispositivo do Sistema Único de Assistência Social.

Que sejam os trabalhadores e gestores os mais frequentes interlocutores das pesquisas é relevante para analisarmos quais são as perspectivas de trabalho e de funcionamento dos serviços que emergem dessas análises. Segundo Dantas e Oda (2014) e Campos et al. (2020), o trabalho em CAPS é, frequentemente, tomado como desgastante, e ainda para além disso, há significativos questionamentos quanto à carência de recursos (humanos e materiais), dificuldades na gestão do cuidado, na divisão de responsabilidades, a centralização no Técnico de Referência, bem como precariedade dos contratos de trabalho, além de uma demanda generalizada por formação continuada.

Entendemos que esses dados apresentam uma significativa relevância também quando nos focamos na produção sobre os CAPS ad. É importante notar como Pinho, Souza e Esperidião (2018) ao realizarem uma revisão integrativa sobre os processos de trabalho dos profissionais de CAPS, analisam 57 artigos divididos em três categorias: Fatores Intervenientes nos processos de trabalho, Práticas desenvolvidas nos CAPS, e dissonâncias na proposta de desinstitucionalização e as seguintes subcategorias:

- Fatores intervenientes nos processos de trabalho: Inadequação da estrutura física e material; Formação deficiente para o trabalho; Vínculo precário com o serviço e baixos salários; Dificuldades em desenvolver o trabalho em equipe; Permanência da hegemonia da especialidade médica; Medicalização da assistência
- Práticas desenvolvidas nos CAPS: Acolhimento; Projeto Terapêutico Singular; Técnico de Referência; Grupos e oficinas Terapêuticas; Apoio Matricial; Visita Domiciliar; Atendimento Familiar; Manejo em Situação de crise; Reinserção pelo trabalho; Reunião de equipe e assembleias
- Dissonâncias na proposta de desinstitucionalização: Articulação com a rede ineficaz; Institucionalização dentro do CAPS.

Quando Pinho, Souza e Esperidião (2018) abordam as temáticas mais frequentes nos estudos levantados nos indicam que: no tocante ao Fatores Intervenientes nos processos de trabalho, as temáticas de Inadequação das estruturas físicas e materiais tem uma frequência de 22%, seguida pela Formação deficiente para o trabalho (17,5%), e hegemonia médica em terceiro (15,8%) totalizando as temáticas mais frequentes nessas categorias. Em relação a categoria das Práticas realizadas nos serviços,

Acolhimento aparece em 36% dos estudos, seguido por Projeto Terapêutico Singular (28%) e Grupos e oficinas terapêuticas (26,3%). Quanto as Dissonâncias na proposta de desinstitucionalização, as dificuldades de territorialização aparecem em 38,6% dos estudos analisados e a institucionalização nos serviços aparecem em 24,5 % dos estudos.

Entendemos que há notável concordância entre a revisão das autoras e o levantamento sobre os CAPS ad, com destaque para as temáticas que aparecem com maior frequência: inadequação das estruturas, formação deficiente, acolhimento e projeto terapêutico singular entre as atividades mais afirmadas, dificuldades de territorialização e articulação dos serviços também como uma dimensão recorrente. A temática de precariedade, no que os dados indicam, atravessa a produção sobre os serviços de saúde mental e vai além da discussão sobre contratação e vínculos trabalhistas, envolvendo também as próprias dinâmicas de construção de redes de cuidado, por conseguinte, de ações de acolhimento e projeto terapêutico.

Ramminger e Brito (2011) apontam como a fragilidade dos vínculos trabalhistas e sua baixa remuneração fazem com que os profissionais acumulem vínculos trabalhando em diferentes serviços. Oliveira (2017) ao investigar as concepções de tratamento para usuários de drogas entre diferentes profissionais que atuam em distintos modelos (clínicas particulares, Comunidades Terapêuticas e CAPS ad) conclui que a concepção dos profissionais não corresponde necessariamente a lógica da instituição em que trabalham. Essas concepções são produzidas a partir de um entrelaçamento de fatores, capaz de produzir uma miscelânea de compreensões, com mescla de abordagens entre os distintos modelos de atenção. Segundo o autor, alguns fatores que concorrem para a produção dessa mescla estão relacionados a diversidade de formações de profissionais e agentes que atuam na área de saúde, as influências de assimilação cultural e política desses profissionais, e as condições de trabalho e intervenção sobre as questões que emergem no campo (Oliveira, 2017). Desse modo, ainda que em teoria os modelos para atendimento a usuários de drogas sejam modelos específicos e distintos entre si, na prática as ações em saúde são alicerçadas nas concepções dos profissionais da ponta e na atuação destes as distinções entre os modelos não são necessariamente evidentes (Oliveira, 2017). Portanto, um dos elementos destacados pelo autor, se refere a como a ausência de formação qualificada, bem como as diferenças nas condições de trabalho faz com que parte significativa dos serviços sejam organizados principalmente na implicação e empenho de seus

profissionais, não necessariamente segundo as diretrizes dos mesmos. Portanto, os efeitos das condições precárias de trabalho podem impactar não apenas os modos de gestão do cuidado nos serviços, como também podem impactar sobre as compreensões sobre estratégias e tratamento para usuários de drogas.

Apesar da prevalência do tema da precarização, os estudos que vão procurar se debruçar sobre o tema de modo ampliado ganham volume a partir de 2016¹⁴. Entendemos que há congruência entre o indicativos de que são os trabalhadores e gestores os mais frequentes interlocutores de pesquisa, e as perspectivas de trabalho e gestão do cuidado que emergem desses estudos. No entanto, notamos pouca menção a quem são os profissionais convidados para interlocução, quais os cargos, quais os modos de distinção, divisão e hierarquia nas equipes. Por conseguinte, quais os impactos desses modos de diferenciação sobre a gestão do cuidado nos serviços.

Entendemos a necessidade de diálogo com Campos (2019) quando a mesma afirma que após 2011 a expansão da rede de serviços comunitários está praticamente estagnada e que após o ano de 2015 carecemos de dados atualizados sobre o avanço da saúde mental no Brasil. A autora ressalta como além de uma tímida expansão de determinados serviços, tivemos também o não avanço com determinados dispositivos como Programa de Volta para casa, os Centros de Convivência e os Centros de Geração de Renda. Poderíamos acrescentar aos apontamentos da autora, o questionamento sobre qual foi o avanço, e de que modo se deu, dos serviços destinados ao cuidado de usuários de drogas (os CAPS ad).

Campos et al. (2020) indicam que determinadas temáticas parecem não ter acompanhado a indução de políticas públicas (ao menos considerando o âmbito da saúde coletiva) e como exemplo, apontam o cuidado aos usuários de drogas. De outro modo, ainda que com o esfriamento na implementação de serviços a partir de 2011, há ao que parece uma importante expansão dos CAPS ad III (Campos, 2019). Sendo que a partir desse momento, a expansão do CAPS III se deu modo tímido, enquanto a expansão do CAPS ad III teve uma expansão mais significativa alcançando em quatro anos quantitativo próximo ao que os CAPS III levaram mais de dez anos para registrar (Campos, 2019). No entanto, chama atenção o indicativo de que essa expansão ocorreu de forma pouco equânime pelo território nacional e nos ajuda pouco a compreender um

¹⁴ Barros (2016); Veloso e Brito (2016); Barros e Bernardo (2017); Silva e Lima (2017); Bispo, Molesine, Pitta (2016); Silva, Albad e Monteiro (2018); Lima et al. (2018); Silva, Morais, Albuquerque, Guimarães (2021); Sampaio e Bispo (2021).

cenário nacional sobre o cuidado aos usuários de drogas, como também se houve e como se deu a expansão e distribuição dos CAPS ad.

De modo congruente com o questionamento, Campos (2019) nos aponta como as pesquisas avaliativas sobre saúde mental não acompanham a expansão dos serviços, bem como também revelam que há uma preocupante falta de participação de usuários e familiares na construção dessas pesquisas. E ainda, além da carência de informações a partir de 2015 com a perda de produção de informações pelo Ministério da Saúde, a autora procura apontar que houveram avanços no sentido de integração entre serviços, mantendo-se um problema estrutural de subfinanciamento (Campos, 2019).

Podemos notar que existem lacunas importantes na literatura reunida que dialogam amplamente com as pesquisas avaliativas em saúde mental. A produção sobre os CAPS ad de modo concordante com as pesquisas mais amplas, reúne amplo material apontando a precarização das condições de atuação nos serviços, parte majoritariamente da interlocução com profissionais e gestores, apresenta amplamente dificuldades de organização e articulação em rede / territorial, bem como também tem as práticas narradas mais em termos éticos, do que propriamente descritas. Notamos também, que a temática sobre o cuidado aos usuários de drogas vem ganhando mais fôlego principalmente a partir de 2015, no entanto, as pesquisas ainda nos permitem saber pouco sobre este cenário seja em nível nacional, mas também em níveis estaduais.

As diferentes realidades de implementação, as práticas de cuidados agenciadas, as diferentes perspectivas de quem passa pelos serviços, bem como diálogo e comparação entre diferentes realidades são questões menos explicitadas na literatura de modo geral. Como também é, importa notar, pouco explicitada as condições objetivas de realização das pesquisas e interlocução com os atores dos campos, o que nos permite compreender pouco sobre como se produzem as perspectivas apontadas, mesmos as mais frequentes de profissionais e gestores.

Essas considerações são para nós de grande relevância e procuraremos retornar a elas nas próximas sessões procurando trabalhar duas dimensões que nos parecem fundamentais: a noção de precariedade e seus impactos sobre serviços e gestão do cuidado em saúde mental e a memória como fio condutor e estratégia metodológica de uma pesquisa na interlocução com outros profissionais. Através dessas duas dimensões esperamos dialogar e contribuir com a literatura situando uma realidade localizada no interior do estado do Rio de Janeiro, ainda que mantendo determinadas limitações.

2 O QUE PODE SER CONSIDERADO TRABALHO PRECÁRIO?

Ao início de nosso texto mencionamos como o que na trajetória pessoal levou a aproximação com o CAPS ad. Aqui recuperamos algumas notas a fim de evidenciar ao leitor o que insistimos como trabalho precário. Com a equipe do Consultório na Rua não apenas houve a inviabilização da atuação da equipe por conta da saída dos poucos profissionais. Além disso, o carro de uso do dispositivo não apenas tinha o apelido de maestro (dado que a cada esquina precisava de um concerto), mas em dado momento ao ir para o mecânico, em função de uma pane elétrica esse carro pega fogo. Em 2022, encontrei diferentes modelos de carros na garagem municipal, alguns queimados, outros quebrados, de um total de mais de 120 carros, mais do que 74 iam para leilão por não terem condições de funcionamento. Alguns funcionavam com defeito, outros, aguardavam manutenção.

Delimitamos nosso esforço no escopo de uma micropolítica das práticas de atenção e processos de trabalho de uma equipe. Essa delimitação não exclui, notadamente, uma discussão acerca da formulação e trajetória das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no contexto brasileiro, mas nos ajudou a pensar a efetivação dessas políticas nos agenciamentos e estratégias na atenção diária no serviço, sobretudo, a partir das dinâmicas entre trabalhadores. Para uma melhor delimitação do que tomamos por micropolítica do trabalho recorreremos a conceituação de Cecílio (2011), ligada à gestão do cuidado, à multidimensionalidade própria às tecnologias e

ofertas de saúde. Segundo o autor, por gestão do cuidado podemos entender a própria disponibilização de tecnologias de saúde a partir das demandas singulares apresentadas pelos usuários. Quanto à sua multidimensionalidade, o autor nos aponta como essa gestão envolve cinco dimensões imanentes e interpenetradas entre si: uma *dimensão individual*, envolvendo o cuidado de si, um modo de conduta singular; uma *dimensão familiar* localizada no mundo da vida, tendo como atores principais a família, amigos, vizinhos; uma *dimensão profissional*, que tem como ponto nodal o encontro entre profissionais e usuários e baliza a micropolítica em saúde; uma *dimensão organizacional* que se realiza nos serviços por uma divisão técnica e social do trabalho, envolvendo atuação em equipe e organização dos processos de trabalho; uma *dimensão sistêmica* que constitui relações formais ou linhas de conexão mais ou menos regulares entre serviços, da perspectiva de construção de uma integralidade do cuidado; por fim, uma *dimensão societária* da gestão do cuidado que trata da esfera de formulação de políticas públicas e da elaboração de um papel para o Estado, sobretudo nas esferas de criação e implementação.

Quanto ao nível da micropolítica da produção do cuidado, Cecílio (2011), o situa em uma complexa relação tanto com o campo da saúde pública e movimento sanitário, quanto com o campo de pesquisa e de avaliação em saúde. Segundo o autor, um movimento analítico que acolha as dimensões citadas, respeitando suas relações de interpenetração, deve também constituir um processo de gradação capaz de perpassar as várias dimensões. Portanto, se aproximar de uma dimensão última da implementação das políticas, do ato de atenção e cuidado e intimidade dos serviços e equipes de saúde. Segundo coloca, a multidimensionalidade e a micropolítica do cuidado mantém significativa relação de externalidade com os campos da gestão em saúde e processos avaliativos sobre o cuidado (CECÍLIO, 2011). Concretamente, o que podemos acompanhar é que a multidimensionalidade mencionada é frequentemente apreendida do ponto de vista da gestão e da avaliação, como território a ser normalizado e controlado.

Entendemos que a organização de uma equipe, bem como das práticas que procuram agenciar, atravessam mais de uma dimensão das tecnologias de saúde. E nesse sentido, entendemos que a questão de pesquisa que procuramos delinear perpassa as dimensões profissionais, organizacionais e sistêmicas. Ainda que não desprezemos as outras dimensões apontadas pelo autor, entendemos que o escopo de nosso trabalho e de

nossa interlocução com outros trabalhadores, nos permitem uma análise nas interpenetrações dessas três dimensões.

Nossos objetivos consistiram, de forma geral em elaborar conjuntamente memórias com trabalhadores de um CAPS ad sobre as relações entre as demandas dirigidas ao serviço e a gestão das práticas de atenção pela equipe. E de forma mais específica consistiram em:

- Reunir e analisar memórias do trabalho em equipe no CAPS ad;
- Identificar e analisar as estratégias coletivas de acolhimento, organização de demanda e gestão da atenção com a equipe do CAPS ad;
- Correlacionar as demandas com os atuais desafios de consolidação das políticas de atenção para pessoas que usam drogas, ao desmonte do SUS e precarização do trabalho em saúde no contexto local;

Como mencionado anteriormente através das memórias e que retorna nas conversas com outros trabalhadores, a equipe do CAPS ad é composta em sua maioria por profissionais contratados como autônomos, terceirizados e os concursados se encontram em minoria. As pessoas que atuam como serviços gerais, como recepção, bem como aqueles que atuam mais diretamente com a assistência como enfermagem, serviço social, medicina, psicologia, em sua maioria são profissionais autônomos. Entre 2017 e 2018, quando inicio o trabalho no CAPS ad, a permanência no serviço aparece como tema de discussão entre profissionais, seja pela insegurança de permanência, seja pelo desgaste de anos em uma condição irregular e de ausência de direitos.

O vínculo por Recibo de Pagamento Autônomo, principal forma de contratação no município, prevê uma vinculação direta com a administração pública através da prestação de serviços de determinada categoria por uma remuneração fixada, tendo apenas o desconto para INSS como assegurado nessa modalidade de contratação. O próprio salário, que em dado momento (meados dos anos 2000) foi tomado como interessante pelos profissionais, se manteve sem reajuste ao longo dos anos. Desse modo, a partir de 2018 notamos que as contratações são realizadas para regime de 40 horas, com faixa salarial entre 1800 e 2000 reais brutos para categorias como: serviço social, psicologia, enfermagem. Cerca de 1400 reais para categorias como cuidadores em saúde, oficineiros e demais cargos de nível médio. Em decorrência do reconhecimento do baixo valor, e da necessidade de vinculação a outros empregos, é comum que os trabalhadores cumpram cargas horárias adaptadas à sua realidade, no

sentido de fazerem menor carga horária e organizarem seus dias nos serviços de modo a atender a necessidade de estarem em outros trabalhos, cursos ou afazeres.

Tal vinculação é percebida e discutida no próprio âmbito profissional pela sua precariedade, e disso decorre frequentemente que os próprios compreendam sua inserção no serviço de saúde mental como algo temporário e como meio de sobrevivência ou complemento de renda. Tal percepção constitui uma das marcas de sua vinculação ao serviço. Outra percepção também presente, porém, menos discutida, é a de desligamento do cargo, que em determinados momentos chega até a equipe através de comunicações repentinas de demissão, ou como na situação da realização do concurso público no ano de 2019, que gera a necessidade de desligamento do pessoal contratado como autônomo. Ainda que tal perspectiva se mostre como real, ela é menos discutida entre os trabalhadores.

Cabe mencionar ainda como, a partir da contratação, as pessoas que chegam aos serviços são integradas à equipe profissional e tomam conhecimento das dinâmicas e do funcionamento do próprio CAPS ad. Segundo nos conta nosso (Interlocutor 1), após a conversa com área técnica de saúde mental, em que ele havia apresentado o interesse de começar a trabalhar em um CAPS II do município, recebeu orientações de iniciar no CAPS ad. Relata como não apenas não mantinha interesse com o público, mas conhecia menos sobre o serviço. E nesse sentido, não percebeu quais as razões para sua inserção, bem como não percebeu nenhuma estratégia no sentido de integração ao serviço. Mantendo hoje cerca de 7 meses atuando no mesmo, afirma como não se sente absolutamente perdido por causa de um curso de pós graduação em saúde mental que ele realizou na região com professores que eram também profissionais na rede de saúde, e que de algum modo o prepararam para o próprio funcionamento da rede. Sendo a partir dessas referências que ele consegue se localizar no serviço.

Uma caracterização sobre a noção de precariedade nos serviços implicou inicialmente considerarmos um contexto em que estavam em jogo a insuficiência ou inadequação das estruturas físicas, de instrumental, das condições de trabalho, da cobertura e articulação entre diferentes serviços ou de uma rede ampliada e intersetorial. Para além disso, houve uma correlação entre os níveis estruturais ligados a subfinanciamento e desmonte de políticas públicas e os níveis micropolíticos, sobretudo ligados a convivência e relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários do SUS. Nosso objetivo com esse capítulo é tentar aproximar esses níveis de reflexão a respeito das distintas relações de precariedade e investigar como as mesmas mantiveram

correlação com os modos de organização de uma equipe multiprofissional e os arranjos de gestão do cuidado para usuários de drogas.

Ponto reiterado na bibliografia sobre o processo de trabalho em um CAPS ad são os vínculos de trabalho com a administração pública. Frequentemente são vínculos temporários, sem qualquer garantia de estabilidade, sem formação ou critérios de seleção específicos para atuação no cargo, entre outros fatores. É importante notar como a partir dos anos de 1990, com a Reforma Administrativa do Estado na Saúde, surgiu não só uma forma de compreender o papel do Estado frente ao SUS, mas também surgiram estratégias de gerenciamento do sistema. Dentre essas estratégias, tivemos as que implicaram no aparecimento de distintas formas de inserção e de estabelecimento de vínculos dos trabalhadores com o SUS (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004).

Essas mudanças foram capazes de atingir tanto uma dimensão macropolítica, quanto uma dimensão micropolítica da gestão da força de trabalho no SUS. Portanto, traçaram condições de possibilidade para o trabalhar, bem como deram contornos para o interior do processo de trabalho e cuidado no SUS. Quando utilizamos o termo *precarização do trabalho no SUS* entendemos que essas distintas dimensões devem ser consideradas, compreendendo suas combinações entre as dimensões macro e micropolíticas.

A noção de trabalho precário ganhou atenção no conjunto das discussões sobre gestão de recursos humanos em saúde e vem sendo relacionada, principalmente, para indicar que há um déficit na garantia de direitos nas situações de trabalho mantidas na administração pública (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004. p. 2). Existem alguns pressupostos importantes nessa discussão: 1 – existem direitos constitucionais destinados a todos os profissionais, de setores públicos ou privados como: férias; décimo terceiro salário, aposentadoria, FGTS, entre outros; 2 – O Estado como empregador, mais do que qualquer agente privado, deveria garantir aos trabalhadores esses direitos ligados ao seus ofícios. Contudo, no SUS, uma parcela significativa dos trabalhadores não usufrui destes direitos, caracterizando uma relação precária (e de irregularidade) criada e mantida pela administração pública.

É importante demarcar que os anos 80 e 90 são significativos para pensarmos transformações expressivas nos modos pelos quais o trabalho é organizado, seja na sua estrutura, seja no seu funcionamento e distribuição. Uma das marcas dessas transformações é o fluxo de desregulamentação de mercados de capitais, do próprio trabalho, uma espécie de diminuição do poder de intervenção do Estado sobre a

economia. Nesse sentido, é importante o reconhecimento que essas transformações em níveis estruturais impactam de modo negativo as condições de vida e de trabalho de assalariados. É nesse sentido que a reemergência do trabalho escravo e servil no século XXI são exemplos de uma realidade em que se debate o descumprimento das normas de proteção social ao trabalho (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004). Ainda que este tema seja mais evidenciado nos setores produtivos, também é notado nos serviços públicos, dentre eles, os de saúde.

Ora, é uma discussão que perpassa os debates sobre como se constituem as relações de trabalho no SUS, e isso ocorre desde as reformas administrativas nas décadas de 1980 e 1990, no entanto, a bibliografia nos sugere que os próprios conceitos de informalidade e precariedade estão ligados a noções que precisam ser assinaladas. Inicialmente, as relações de informalidade e precariedade no trabalho caracterizam uma situação de déficit ou ausência dos direitos trabalhistas. As relações decorrem também de uma instabilidade na vinculação do trabalhador com o empregador, compreendendo o ponto de vista do empregador. Estão ainda vinculadas a situações capazes de produzir vulnerabilidade social aos empregados.

A primeira noção sinaliza como a precariedade diz respeito à situação de desproteção social no trabalho, portanto, a ausência de direitos clássicos como os mencionados anteriormente. A segunda noção sinaliza a extensão temporal dos vínculos. Vínculos por tempo determinado são considerados precários, uma vez que sua duração curta ou bem delimitada no tempo tem capacidade de produzir instabilidade na própria situação de trabalho e garantias para o trabalhador. Por fim, a terceira noção toma como objeto de consideração a vulnerabilidade produzida a partir da condição de emprego. Nesses casos, a vulnerabilidade do trabalhador não é considerada em termos de inexistência de proteção social, ou de limitada duração do contrato, mas pelo fato de que esses empregos podem facilmente serem extintos, possivelmente pela falta de vigor ou competitividade que os produz (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004).

Segundo os autores, dois dos principais temas de maior importância nas convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) estão ligados aos itens da precariedade e irregularidade no trabalho (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004). Nessas convenções a própria compreensão da vulnerabilidade do trabalhador está ancorada em uma compreensão de trabalho decente, fundada em quatro bases substanciais: 1 – Promoção de emprego assalariado ou por conta própria; 2 – que o emprego tenha adequada proteção social; 3 – que o emprego respeite os princípios fundamentais e

direitos no trabalho; 4 – que a situação de trabalho e o seu vínculo se realize com diálogo social (entendimento entre os atores envolvidos) (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004).

A noção de vulnerabilidade social do trabalhador é definida pela OIT como sendo “um estado de elevada exposição a determinados riscos ou incertezas, combinado com uma capacidade diminuída para se proteger ou defender-se deles e para fazer frente a suas consequências negativas”. (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004. p.5).

Para a OIT é de importância poder determinar o nível de vulnerabilidade de acordo com sua situação no mercado de trabalho. Os trabalhadores de alta vulnerabilidade são os dotados de escassa qualificação, que trabalham por conta própria ou trabalham em empresas com menos de seis empregados, ou ainda, os que se encontram sem remuneração ou estão desempregados. Nesse sentido e com essa tipologia, o trabalhador da administração pública é compreendido como sendo de baixa vulnerabilidade, assumindo que ele conta com proteção social em relação a direitos considerados básicos. Em suma, a OIT toma o foco de aspectos sociais e econômicos da noção de informalidade. Nesse sentido, trabalho vulnerável passa a ser trabalho informal (em setores com baixa produtividade, instáveis, de baixos salários, em setores marginais).

Essa definição não vai corresponder à noção de precariedade de trabalho que tem a ver, de modo geral, com grau de proteção social bem como os níveis de estabilidade ou continuidade da própria relação de trabalho em que se insere, independentemente do setor econômico. Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004), em decorrência das formas específicas de conceituar o trabalho informal, torna-se difícil identificar documentos da OIT que abordem o tema da precarização e despreciação do trabalho no setor público. No entanto, ressaltam como tal tema deve ser abordado tomando por base o princípio de entendimento entre empregador público e trabalhadores estabelecido pela convenção 151 (OIT, 1978) que trata no seu artigo 7:

“Deverão ser adotados, se necessário, medidas adequadas às condições nacionais para estimular e fomentar o pleno desenvolvimento e utilização de procedimentos de negociação coletiva entre as autoridades públicas competentes e as organizações de empregados públicos acerca das condições de emprego, ou de quaisquer outros métodos que permitam aos representantes dos empregados públicos participar da determinação das ditas condições. (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004. p.8)

Os autores apontam ainda o que consideram um equívoco persistente acerca da noção de precariedade do trabalho no SUS, sobretudo, relacionadas a certas características fundamentais do Estado na qualidade de empregador. O próprio Estado não deveria ser tomado como um agente empregador comum, certamente que empregadores públicos ou privados estão submetidos a um ordenamento jurídico, mas eles mantêm uma diferença importante entre si: o direito público está acima do direito privado; o Estado só poderia fazer o que está legalmente determinado.

Ora, se a norma pública é superior às normas de aplicação privada, se os interesses do Estado são considerados superiores aos interesses privados, então como garantia democrática, o próprio Estado deve se submeter aos ordenamentos elaborados na Constituição. Esse princípio de legalidade se dirigiria à ação do Estado, procurando evitar questões como despotismo, clientelismo e corrupção (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004 p. 9).

Ponto fundamental é que, se por um lado, o trabalho em instituições regulares (em acordo com as leis vigentes) é um trabalho socialmente protegido e não poderia ser considerado como precário, por outro, há o aparecimento de situações de trabalho nos serviços públicos incapazes de garantir proteção social aos trabalhadores, vínculos precários decorrentes da criação de situações irregulares de atividades pelos gestores públicos. E uma das formas predominantes dessas irregularidades é a própria contratação sem observância da necessidade concurso ou processo seletivo público.

O Estado só poderia contratar trabalhadores para empregos públicos que sejam tornados públicos aos brasileiros que preencham os requisitos previstos, bem como aos estrangeiros segundo inciso I, do art. 37º da constituição (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004 p. 13). Considerando isso, os contratos irregulares e temporários não respeitam as normas constitucionais para acesso a cargos públicos e dessa forma poderíamos dizer que o trabalho precário neste setor pode ser equiparado a trabalho irregular ou mesmo trabalho ilícito. E, portanto, quando nos referimos a administração pública não se trata apenas de uma incapacidade de proteção social de trabalhadores, mas de uma situação administrativa irregular criada e mantida pela administração pública que contraria o princípio de legalidade para as ações do Estado. (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004)

Gostaríamos de destacar ainda que quando o Estado tem a iniciativa de contratação sem a observação dos dispositivos legais, o próprio ato pode ser

considerado juridicamente nulo e, portanto, os sujeitos envolvidos podem não encontrar amparo para reivindicação a quaisquer direitos da situação de trabalho. No que diz respeito a esses atos irregulares, não há a necessidade de cumprir com qualquer previsão contratual ou dos direitos trabalhistas por parte administração pública. Desse modo, os direitos trabalhistas não podem ser reivindicados em toda sua extensão, isso ainda que pessoas possam ter sem envolvido com a prestação de serviços em períodos de tempo mais ou menos extensos.

É importante analisar a situação do poder público como contratante e observar em quais situações pode ser considerado lícito a contratação de terceiros. Segundo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) alguns dos critérios legais que devem ser examinados são: a contratação deve ser precedida de processo licitatório, nos termos da lei (garantindo impessoalidade e publicidade do processo); os contratos só podem atuar em funções de apoio (tal como limpeza, segurança, alimentação); não podem, portanto, ocupar-se das atividades fim próprias da instituição de modo que não caracterize possível substituição de funções e de servidores do quadro permanente da instituição em causa, por exemplo, os serviços de saúde, e o ensino em escolas ou faculdades (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004).

Elemento frequentemente destacado nessa discussão é o impacto da dimensão econômica, particularmente do ajuste fiscal através da lei de Responsabilidade Fiscal que estabelece tetos de gastos bem definidos para a gestão pública. Reencontramos aqui a produção da narrativa dos recursos finitos para uma demanda infinita (Freire, 2020). Nesse sentido, argumenta-se que os vínculos e contratações precárias e terceirizadas estão ligados a estratégias de gestão para lidar com esses limites ou tetos de gasto. Ainda que não seja possível afirmar categoricamente se essas relações de precarização e terceirização implicam necessariamente menores gastos para administração pública, considerando, por exemplo, que para algumas categorias como a medicina, a remuneração praticada pode ser o dobro do que convencionalmente se paga nos contratos regulares, uma realidade conhecida do Programa de Saúde da Família (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004).

Ora, se até aqui caminhamos no sentido de situar que existem limites significativos nas conceituações sobre trabalho precário na administração pública, por conseguinte, encontramos limites significativos para a noção de desprecarização do trabalho no SUS. Considerando essa discussão apenas brevemente esboçada, toda a discussão sobre uma política de desprecarização do trabalho nos serviços públicos

esbarra também em algumas dificuldades. A primeira delas é que a situação de inconstitucionalidade nos atos de contratação. O caráter de nulidade jurídica dos próprios contratos não permite que hajam bases positivas no campo do direito para afirmarmos que os trabalhadores admitidos nos serviços públicos sem processos seletivos públicos estejam enfrentando relações de desproteção social e precariedade no trabalho, de formas igualadas a falta de observância dos direitos trabalhistas em situações de trabalho “regulares”. Ou seja, considerando o caráter inconstitucional dessas contratações torna-se difícil, no âmbito do próprio direito, aludir factualmente ao descumprimento dos direitos trabalhistas.

Se a irregularidade contratual se assenta em uma relação de ilicitude administrativa no Estado, o modo pelo qual se passa de uma situação precária (de irregularidade) para uma situação de garantia de direitos é pela entrada mediante concurso público nos serviços. E nesse caso, trata-se de produzir um novo vínculo com a administração pública, portanto, não é cabível garantir aos trabalhadores que acessaram ao serviço sem processos seletivos públicos que seu vínculo de trabalho será regularizado. Não há política pública capaz de corrigir uma situação inconstitucional (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004).

De modo amplo advoga-se que são as medidas contidas na Reforma administrativa do Estado na Saúde, somando-se a Lei de responsabilidade Fiscal, que ao imporem a redução dos investimentos em saúde são responsáveis pela configuração do cenário drástico das formas de vinculação dos servidores aos serviços públicos de saúde. (Rizzo e Santos 2017). As administrações estaduais e principalmente municipais, pela redução de recursos, são levadas aos convênios e contratos de gestão para garantir contratação rápida e o provimento de serviços por valores menores. Foi esse movimento que resultou na proliferação de contratos precários de trabalho, seja de vinculação direta ou de vinculação indireta por meio de contratos para a oferta de profissionais na Atenção Básica.

Considerando o exposto, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecariza SUS) através da portaria nº 2692 GM/MS em 2004. Esse programa tem por objetivo a elaboração de políticas e diretrizes para desprecarização do trabalho e estímulo a realização de concursos públicos. A partir desse programa a definição de precário está relacionada a:

Vínculos de trabalho no SUS que não garantem direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei seja por meio de vínculo direto ou indireto. [...] E mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. Inclui-se, para as entidades sindicais que representam os trabalhadores do SUS, o trabalho precário na ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS. (Brasil, 2006, p. 13)

Essa perspectiva da política está em consonância com o apontado por Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) e Nogueira (2006), quando os autores compreendem o trabalho precário como aquele que legalmente não atende a observação do critério do processo seletivo ou concurso público na administração pública, donde decorrem perda de direitos trabalhistas e sociais.

Ponto que gostaríamos de destacar colocado pelo autor, é que grande parte dessas situações é representada por contratos de prestação de serviços entre os órgãos públicos e terceirizadas ou cooperativas. Isso abre margens para falta de critérios de legalidade, moralidade, impessoalidade que seriam exigidos para concursos públicos.

“Os direitos de um trabalhador celetista sem concurso não podem ser plenamente arguidos em tribunal, já que o contrato que lhe deu acesso ao serviço público é juridicamente nulo, tanto quanto um contrato sem carteira de trabalho assinada (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004. P. 15)”.

Isso coloca uma questão determinante: não é possível desprecarizar o trabalho no SUS passando de um vínculo de trabalho precário a uma situação de plenos direitos, mediante correção da irregularidade. Rizzo e Santos (2017) procuram nos evidenciar que existem complexificações em relação aos impactos dos distintos modos de gestão adotados na esfera pública sobre o processo de precarização do trabalho em saúde. Nesse sentido, as autoras sugerem uma compreensão sobre precariedade não apenas ligada aos vínculos trabalhistas ou apenas como questão de uma micropolítica do processo de trabalho, o que tornaria tais abordagens insuficientes. Mas uma compreensão que nos permita identificar de forma combinada as dimensões micro e macro do trabalho em saúde.

O próprio processo de trabalho pode ser compreendido como prática social com sentidos que compreendem uma relação com os modos de reprodução da vida, sendo atravessado por valores e necessidades determinadas histórica e socialmente.

(Rizzo e Santos (2017). Segundo os estudos de Laurrel (1995) e Soares (2005) o tempo político de avanço da lógica neoliberal que se dá a partir da década de 1990 faz emergir novos valores e compreensões sobre o papel do Estado e novas necessidades de atuação diante dos serviços públicos. O processo de trabalho, nesse sentido, passa a tecer correspondência com a ofensiva neoliberal. Considerando o capitalismo em sua fase de expansão marcada pela busca de liberdade de mercado e de amplo incentivo ao consumo é marcante a ligação entre direitos sociais e a possibilidade de acesso a bens e serviços, o campo da garantia de direitos passa a ter correlação com a possibilidade de direito de consumo. Essa correlação passa a impactar nos modos de gerência, estabelecimentos de metas e quantificação das ações exigidas nos serviços.

Ou seja, as autoras enfatizam como mesmo em trabalhos em que não há a produção de mercadorias, como os serviços de saúde, há alguma espécie de vinculação entre a atuação do gerenciamento nesses estabelecimentos e a atuação de um supervisor em linha de produção (Rizzo e Santos, 2017 P. 105). Estratégias gerenciais, com inspiração toyotista, correlacionam os produtos de trabalho com os procedimentos a serem realizados. A centralidade no procedimento causa um prejuízo na relação usuário e profissional, como também uma fragmentação ligada à capacidade de escuta e construção das necessidades em saúde, bem como a construção e corresponsabilização entre usuários e profissionais por projetos terapêuticos. Nessa discussão é o desequilíbrio entre técnica, instrumentos e força de trabalho acabaram dando protagonismo ao que deveria ser instrumento de trabalho. O cuidado passa a se apresentar principalmente na forma de um procedimento mercadoria.

O processo de trabalho em saúde, conforme aponta Meirelles (2006), tem como pressuposto uma relação entre profissional e o seu objeto de trabalho, seja um indivíduo ou uma coletividade. Essa relação se estabelece por noções como simultaneidade, copresença e coprodução com aquele quem demanda atenção. Ponto fundamental é que nem profissionais, como também nem os usuários entram em relação de forma independente das condições de reprodução da vida em que estão inseridos. Ou seja, eles entram em relação, mas existem condições previamente firmadas acerca da distribuição das condições do processo de cuidado estabelecido entre ambos. Assim:

“Evidencia-se que os profissionais de saúde advindos de modalidades de contratação diversas se relacionam de formas distintas com as condições para produção do seu trabalho e com o

conjunto da equipe de profissionais, corroborando o estudo de Lacaz et al. (2014). Assim a questão dos vínculos para produção do cuidado integral, centrada na relação usuário-profissional e na necessidade de superação da própria fragmentação entre as distintas categorias profissionais na busca pelo trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde necessita incorporar com relevância esse desafio: *as determinações gerenciais macropolíticas que institucionalizam a desintegração inter e intraprofissional e oferecem previamente condições distintas de produção e cobrança diferenciadas sobre o processo de trabalho* (Rizzo e Santos, 2017. P. 107, grifos meus).

Os profissionais de saúde não necessariamente respondem a um proprietário privado de sua força de trabalho, no entanto, é possível que se veja alheio ou desapropriado das objetivações (meios e produtos) de seu trabalho no quando do contato com usuários. Como também que sua própria atividade pode ser tornar externa ou estanha a si própria, impactando os modos pelos quais pode compreender sua participação e contribuição com um projeto de cuidado. Nessas condições, portanto, o trabalho enquanto uma atividade inerente à humanização do gênero humano, transforma-se em atividade de sobrevivência individual, potencialmente desvinculando-se das possibilidades de produção do comum e reconhecimento mútuo entre diferentes atores (Gomes, 2012).

Segundo Rizzo e Santos (2017), há uma unidade existente entre profissionais concursados e contratados que se fundamenta no entendimento de que a gestão do trabalho público em saúde é não só submetida a uma exigência de produtividade, como na iniciativa privada, mas também sua avaliação se dá pelos mesmos parâmetros. Nesse sentido, a gestão perpassa principalmente pela cobrança e controle de resultados, menos pela gestão dos processos de produção com os coletivos de profissionais. Segundo ainda as autoras, essa dinâmica constitui uma espécie de afastamento nas relações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, como também enseja uma atuação marcada por pragmatismo e espontaneísmo de forma a esvaziar a gestão e o sentido que profissionais podem produzir sobre seu próprio trabalho. Fundamentalmente, a próprio cuidado e trabalho em saúde passam a ser traduzidos em atos individuais ou coletivos em forma de mercadoria a ser consumida (Rizzo e Santos, 2017).

Na esteira da argumentação das autoras, os indicadores que seriam uma ferramenta para análises do trabalho em saúde, passam a constituir o principal cerne do trabalho a partir de uma lógica econômica de produção de dados a partir da reprodução de procedimentos. Na interlocução com os profissionais do CAPS ad notaremos como essa lógica passa a se reproduzir através do alto número de pessoas acolhidas e que por diferentes motivos são mantidas referenciadas ao CAPS ad. Centenas de usuários referenciados a cada profissional, a realização diária de acolhimentos, com capacidade limitada de articulação com outros serviços de saúde, a própria centralidade do serviço em uma rede mais ampla no que se refere ao atendimento de usuários de drogas corroboram uma narrativa profissional que insiste em se perguntar o que um CAPS tem a ofertar para pessoas que tem por demanda políticas sociais amplas e um processo de vulnerabilização e de ausência de proteção social. Situações de vida que podem ter maior ou menor grau de correlação com uso de drogas, mas constituem elemento importante na produção de demandas dos usuários. No entanto, alguns relatos dos profissionais nos indicam a pouca atenção direcionada a estes aspectos de suas demandas e a maior atenção dada em atender, vincular a uma atividade e dentro da necessidade agendar consulta médica.

Esse modo de funcionamento é atravessado por práticas de gerenciamento dos serviços e pode produzir como um de seus efeitos a própria divisão técnica e social do trabalho. Isso primeiramente marcado pela perda ou dificuldade na discussão do processo de cuidado na sua integralidade (memórias dos trabalhadores narraram como se sentiam sozinhos ao tentar dialogar com outros serviços), mas também como entre os trabalhadores passou a haver uma maior cobrança de atendimentos com especialistas, médicos, psicólogos, além das práticas de encaminhamento e receitas.

Destacamos nos estudo de Rizzo e Santos (2017) a noção de que a progressiva perda de sentido e da capacidade de gestão do processo de trabalho se apresentam também como marcadores significativos das formas de precarização. Isso considerando que os mesmos se apresentam através da dificuldade de construir transformações não apenas no trabalho, mas também nas formas de reconhecimento, produção do comum e do cuidado na interação entre profissionais e usuários do SUS. Não obstante, o estranhamento e a perda de sentido, também produziram a perspectiva e a memória acerca das próprias dificuldades no processo de gestão do cuidado o que constitui condição fundamental para reflexão das condições de organização e execução do trabalho em saúde.

Os dados indicam que as condições de trabalho atuais não suportam mais as demandas de saúde dos municípios, sendo significativos os relatos de sobrecarga influenciando no aumento de casos de adoecimento motivado pelo trabalho. A perda de sentido pelos profissionais, seja a partir do distanciamento / fragmentação entre objetos e produtos de seu trabalho seja pelo estranhamento à redução destes usuários a relatórios ou números não se origina no interior do processo de trabalho, nem é atributo particular de municípios, mas que estão sob uma profunda e desagregadora influência da política evidenciada pela Reforma Administrativa do Estado na Saúde.

Essa Reforma em concomitância com o SUS condensa objetivos de empresariamento do SUS e fragmentação das práticas em saúde. Existem lacunas na saúde coletiva e na saúde do trabalhador para abordagem de tais questões. Uma delas é a fragmentação da própria discussão compreendendo apenas dimensões macro ou micropolíticas.

2.1 Era uma vez as “crises”: em um povoado, uma fábrica, um hospital, um CAPS ad?

A autora Ruiz (2003) apresenta como o município no interior do estado tem sua história construída de modo intimamente próximo a fase de industrialização brasileira pós 1930, que é seguida por um projeto político econômico getulista chamado nacional desenvolvimentismo. Nesse sentido que se dá um intenso processo de industrialização em meio a uma sociedade agrária e escravagista, com profundas marcas de degradação sobre o território da região e sobre a própria vida do povoado.

A relevância desse processo de industrialização se dá em função de sua influência radical sobre o desenvolvimento urbano que irá ocorrer simultaneamente. Nesse sentido há um duplo aspecto que marca o desenvolvimento local, por um lado, a emergência de equipamentos sociais destinados ao atendimento e garantias de proteção ao trabalhador industrial. Por outro lado, as dificuldades de acesso de todos os que se dirigem para localidade, mas não possuem o estatuto de industriais, e enfrentam situações de ampla desproteção social (Ruiz, 2003). O aumento populacional, o acirramento de tensionamentos políticos e sociais que vão constituindo o caminho para emancipação municipal, e por conseguinte, constituem também a trajetória desse município. É notável como nessa trajetória, a indústria é central para pensarmos a criação de uma cidade e o agenciamento de um série de fluxos de trabalho, capital e

mercadorias circulando por um município do interior do Rio de Janeiro. Assim como também é notável a centralidade da questão do trabalho e a articulação deste com direitos sociais amplos de uma população. No âmbito de nossa pesquisa, nos deteremos em alguns aspectos gerais em termos de uma história social municipal, pensando uma breve contextualização acerca das Reforma Sanitária e Psiquiátrica municipais.

Pinto (2012) demarca que a história de construção dessa cidade pode ser dividida nas seguintes fases: 1 – Entre 1941 e 1954 com predomínio do poder da indústria sobre o território, ainda não emancipação e, conseqüente, pertencimento enquanto distrito a outro município; 2- de 1954 a 1957 como emancipação distrital e construção do município, no entanto, com manutenção do território, patrimônio e poder da indústria; 3 – A partir de 1967 quando a indústria inicia a transferência de parte de seu patrimônio para o poder público municipal; 4 – e ainda um quarto momento apresentado pela autora, marcado pela privatização da indústria, o que reflete grande impacto na vida da própria cidade.

Será na década de 1970, após a criação do INAMPS, a construção de alguns primeiros serviços de saúde para além daqueles hospitais destinados exclusivamente aos trabalhadores industriais. Este aspecto torna-se um marco, e segundo Pinto (2012), é partir desse período que podemos observar o credenciamento, pelo próprio INAMPS, de serviços ambulatoriais privados, incluindo também os hospitais psiquiátricos que voltaremos a mencionar posteriormente.

É importante demarcar como a partir de 1973 a área municipal foi considerada Área de Interesse da Segurança Nacional, durante a ditadura militar, o que implicou a suspensão das eleições municipais de prefeitos e indicação direta de interventores pelo poder militar. Sem eleições municipais por um período de 13 anos, houve no município uma incipiência na atuação de uma gestão municipal em saúde, conforme apontam Pinto (2012) e Pinheiro (2001).

Apenas a partir do ano de 1985 esse cenário começa a ser alterado, sobretudo, a partir do início das Ações Integradas em Saúde (AIS)¹⁵, momento a partir do qual torna-se possível um debate sobre a saúde pública local aproximando o dialogo dos atores sociais ligados ao movimento sanitário local. É principalmente a partir de 1993 e até o

¹⁵ Para maiores referências sobre as Ações Integradas em Saúde enquanto estratégia de gestão em saúde capaz de contribuir com o movimento democratizante; com planejamento e administração descentralizados; com participação popular e com viabilização para implantação do SUS ver: Paim, Jairnilson Silva Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1986, v. 2, n. 2 pp. 167-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1986000200005>. Ultimo acesso em: 29/07/2022

ano de 2004, que podemos notar um intenso debate sobre a construção das políticas públicas de saúde no município, realização de Conferências Municipais de Saúde, implementação de uma malha de serviços de saúde organizados hierarquicamente, além de múltiplas ações de qualificação de trabalhadores (Pinheiro, 2001; Pinto, 2012).

Marcadamente a partir da década de 1950 o município começa a passar por mudanças e perder suas características de “company town” para que de fato houvesse emancipação. No entanto, conforme nos aponta Ruiz (2003) essa emancipação pode ser compreendida como relativa, uma vez que a cidade passa a estar submetida tanto a um poder da indústria (enquanto uma autarquia federal), quanto a um governo municipal. Segundo a autora, ao município caberia o governo dos “desurbanizados” como aquelas pessoas que não possuíam vínculos de trabalho na indústria. Como demonstração do respeito da cidade pela indústria vemos em documento oficial disponibilizado para pesquisa da autora: “... *quem merece viver é a usina; à cidade cumpre acomodar-se ou retirar-se de sua proximidade*” (Ruiz, 2003, p. 24).

A década de 1960 marca o início de uma decadência, particularmente, a partir de 1964 com o golpe militar e transformações nos quadro econômicos do país. São precisamente essas transformações que passam a reconfigurar relações entre indústria e cidade. Ainda que ambas não possam ser compreendidas de modo dissociado, o processo de uma espécie de empresariamento da fábrica, com sua abertura a capitais estrangeiros, transformação dos proprietários em acionistas e a ampliação do trânsito de capitais, possibilita que o próprio trânsito ganhe maior independência do espaço físico. Algumas das marcas da relação entre indústria e cidade estão ligadas a degradação das relações de trabalho, das relações com o território com intensa emissão de gases poluentes, descarte de material tóxico e manutenção de grandes áreas urbanas sob domínio da empresa sem qualquer uso ou atendimento ao interesse público. Tais relações se iniciam marcadamente a partir dos anos 1960, se intensificam ao longo das décadas, culminando na década de 1990 com a privatização da fábrica.

Segundo o que os autores Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003) procuram apresentar em seu estudo, a trajetória municipal pode ser contada segundo diferentes perspectivas: Uma primeira do historiador, uma segunda conforme os sindicalistas da época e uma terceira denominada “o que diziam de nós”, compreendendo memórias e narrativas sobre as imagens e experiências da cidade. O estudo dos autores traz algumas perspectivas importantes para nosso estudo. Primeiramente, em uma perspectiva historiográfica, ao longo da década de 1990, o presidente Fernando Collor de Melo

estabelece o fim da Siderúrgica Brasileira S.A, em um movimento mais amplo no sentido de privatização de instituições públicas. No tocante a grande indústria municipal, a presidência, em 1990 estabelece as seguintes prioridades: 1- O enxugamento estatal; 2 – Regularização da Comercialização; 3 – Dissolução do cartel do transporte do aço.

Com um quadro industrial marcado por dívidas, perda de crédito, fechamento de linhas de produção, uma indústria quebrada, é amplo processo de demissão, compreendendo quase cinco mil pessoas em distintos cargos e municípios, a ação mobilizada para regularização econômica. A cidade se movimenta em função da crise na indústria. Várias ocorrências nas instalações da mesma, tentativas de envenenamento na água do seu escritório central, furtos, incêndios, mobilização sindical pela democratização nas relações e decisões, anunciam o tom de tensão política neste período (Quaresma, Marchi e Cordeiro 2003). Entre as tensões e mobilizações, a solução apresentada para uma situação de crise, era a de colocar a produção industrial no mercado externo, o agendamento para a privatização da estatal em 1993 e uma ligeira observação para os trabalhadores com a reserva de uma oportunidade de adquirir 10 % do capital social com subsídios de 70% e mais 10 % com subsídios de 11 % (Quaresma, Marchi e Cordeiro 2003).

Conforme o apresentado pelos sindicalistas da época, no quando da privatização da estatal, há uma profunda transformação do município. O Sindicato de Engenheiros reúne informações sobre: desemprego, violência, crise econômica, bem como outros fatores que a crise e o modo de gestão na indústria impõem como efeito na cidade (Quaresma, Marchi e Cordeiro 2003).

Ao longo da década de 1990, com a demissão de milhares de pessoas, a indústria não apenas sobreviveu, como passa a adquirir outras empresas de outros segmentos, alcançando um nível de competitividade mundial. A continuidade desse modo de gestão não encontrou barreiras significativas, produziu em larga medida, nos próprios trabalhadores, o receio de perder seus empregos (na medida em que se mantém como principal empregador na região), ainda que seja a empresa no segmento que figura entre os piores salários do mundo. Segundo os dados apresentados ainda, o contingente de trabalhadores industriais no município é alterado de 23.200 para 8.000 ao longo dos anos de 1990. Nesse sentido, passa-se a compreender um modo de gestão industrial enquanto um grande sucesso, rodeada por uma cidade em crise (SENGE VR – O peso da Realidade – Julho 1997, p.28 apud Quaresma, Marchi e Cordeiro 2003).

Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003) nos deixam algumas pistas sobre as condições da cidade. Até o ano de 1999 haviam 175 áreas de posse, com cerca de 10.000 famílias (50.000 pessoas), sendo que a média de construção era de cerca de 4 barracos por dia nessas áreas, dados de inadimplência de consumidor registraram aumento de 500% até o ano de 1997, o aumento de ocorrências policiais se deu em 200% entre os anos de 1992 e 1997. Segundo os mesmos autores, esses dados vão evidenciando os quadros de miséria em que a cidade entra, em larga medida relacionado aos modos de gestão da grande indústria.

Como terceira perspectiva, o que diziam de nós:

“Como a cidade é um broto, pois nasceu durante a guerra e nasceu de pais esclarecidos, que fazem exame pré-nupcial e dosam o cálcio e as vitaminas maternas, durante a gestação. Isso explica o milagre. As casa de operários são casa de gente em suas ruas largas e limpas. Casas de jardins na frente, de sala e quarto habitáveis, com cozinha onde se pode mesmo até cozinhar.

A gente fica mais descansada, pensando que já possível pensar em não viver no Rio ou em São Paulo, mas numa nova cidade destas, com cinema e praça de esporte, colégio para os filhos, loja para as mulheres, num pouco mais de sossego e paz para todo mundo, neste Brasil que cresce a despeito de todos nós...

Não são técnicos estrangeiros estes operários de macacão de zuarte e luvas imponentes de couro, são mineiros, cariocas, paulistas e fluminenses de fala mansa, que entendem daquele mundo de metal, cimento e carvão que nos deixa meio assombrados.

O Brasil já pode andar para frente, com seus próprios trilhos, com seu próprio aço meus senhores, numa cidade industrial que a gente, tão pessimista, não acreditava que pudesse acontecer, assim tão graciosamente esparramada em casas e jardins e prédios novos e ruas largas e escolas e creches e hospitais.

Com esses pulmões de aço incandescentes, o Brasil vai mesmo para frente. Nem que a gente não acredite.” (Lessa, Elsie. O GLOBO, 18 de Outubro de 1952 apud QUARESMA, MARCHI E CORDEIRO, 2003. P. 20).

Tanto a cronista Elsie Lessa, quanto o escritor José Lins Rego registram suas percepções da grandeza de uma indústria implantada em um vale consumido historicamente por lavouras suicidas. São registros e memórias de uma promessa para um Brasil, para um vale, uma cidade e um povoado. Se em uma perspectiva da história os dados sugerem uma decadência intensificada em todas as dimensões da vida na

cidade a partir da privatização da estatal, na memória e narrativa de distintos atores, acompanhamos tanto perspectivas de uma cidade que incorpora uma promessa nacional, quanto que é também palco de lutas sociais.

Santana (2006) procura nos mostrar, através da memória de pessoas ligadas ao sindicato dos metalúrgicos, bem como com os movimentos sociais ligados à igreja, a luta por moradia e direitos humanos na região, como os próprios trabalhadores se envolvem com a sindicalização a fim de combater o caráter pelego (passivo) da prática sindical a partir do fim dos anos 1970. Aponta como a partir da década de 1980 setores progressistas assumem dianteira no sindicato e que este promove uma abertura para outros movimentos sociais da região, ainda que essas relações mantiveram uma série de questões e tensões segundo a memória de militantes (Santana 2006). Através desse movimento o autor procura indicar como trabalhadores e sindicalistas se articulam aos demais movimentos sociais pujantes na época, e relatam tensionar com a própria indústria diante das condições degradantes impostas aos trabalhadores e à própria cidade. Toda a articulação produziu importantes efeitos não apenas de uma inserção de movimentos sociais no espaço da cidade, mas também na inserção de atores ligados aos movimentos sociais em posições estratégicas no âmbito da gestão pública.

Dois relatos mobilizados por Santana (2006) nos chamam atenção:

“A gente tinha vida, sabe, podia não ter comida, mas tinha vida, sabe, a gente tinha vontade, a gente acreditava, a gente tinha proposta, a gente tinha projeto, tinha coragem de correr atrás, sabe, de juntar, as organizações pipocavam em todos os lados, cada provocação, cada semente que você jogava era um monte de coletivos que surgiam.” (Militante do movimento pela moradia)

Olha, eu acho que essa cidade, governo nenhum gosta dela, nem o governo popular. Porque é uma cidade que se você puser o fósforo faz fogo, entendeu? Sempre foi assim. [...] a gente fazia junto qualquer coisa. Se fosse ocupar uma terra, lá tinha movimento sindical... Tinha a igreja e tinha as associações de moradores, a comissão de posseiros, a comissão de direitos humanos, sabe? Então, era uma coisa muito pesada pro sistema... juntando esse povo todo é muito pesado pra eles aguentarem.” (Militante do movimento pela moradia). (SANTANA, 2006. P. 99, grifo meu)

As memórias locais, de sindicalistas e outras pessoas ligadas aos movimentos sociais evidenciam uma cidade a qual não cumpre apenas se acomodar ao redor da

indústria e lhe servir subsídios, sobretudo, trabalhadores adequados para manutenção de seu funcionamento. Evidenciam outra cidade que anuncia disputas francas nas relações entre a população, o território, a urbanização, a indústria e o poder público. Dessa perspectiva, ainda que uma série de condições degradantes sejam impostas a área municipal, é também o desenvolvimento das mobilizações sociais por direitos e democratização que marca o município como uma referência entre os municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro.

No entanto, é a partir da década de 1990 que Santana (2006) também nos relata um esfriamento no caldo das mobilizações sociais. Segundo o autor a reunião de fatores como abertura comercial, privatização, desregulamentação dos mercados de trabalho, impacta a vida industrial, a cidade, os trabalhadores e as agências de organização e representatividade. Não apenas a privatização da indústria, mas a morte de atores antes ligados aos setores sociais que ingressavam na gestão pública, a assunção de setores políticos mais “negocistas” e, ainda que com posterior retorno de setores progressistas, a gestão pública, uma intensa onda divisões e conflitos nos movimentos sociais, produziu uma significativa fragmentação e, em decorrência, uma perda de força política no campo das mobilizações por direitos de trabalho, moradia, Direitos Humanos, entre outros.

Se Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003) indicam uma redução ao atacado dos trabalhadores na indústria e da condição de emprego no município, Santana (2006) resgata a narrativa de um trabalhador industrial:

“A adversidade econômica trazida pelo afastamento do trabalho na empresa rebate nas demais esferas da vida social dos indivíduos, atingindo mesmo o nível da saúde e existência das pessoas. Neste sentido, o militante prossegue no relato de suas dificuldades, representando a trajetória narrada como um processo de “quebra” física e política, que coroa a derrota “pela falta de condição de subsistir”.

No meu caso ai eu cheguei num limite... que eu estava num estresse total, eu tomava remédio, só dormia tomando remédio né? Foi um estresse. Hoje nem eu mesmo mais consigo ter a dimensão daquele estresse que a gente viveu. Mas foi uma coisa assim que... eu tive uma hemorragia digestiva quase que fui para o tombo, fiquei quase precisando de transfusão de sangue. O outro companheiro teve enfarto. Ai chega uma hora eu não suportei mais, não tinha mais como eu

caminhar. Então eu fui derrotado, minha política foi derrotada ali naquele momento. Vamos falar assim, no popular, eu quebrei mesmo.” (SANTANA, 2006. P. 103, grifo meu).

Essas memórias fornecem portas e janelas de entrada para pensarmos certa história e memória de uma cidade e seu povo. No entanto, não figuram como retrato estático da própria cena da cidade, havendo possibilidade de outras memórias confrontarem essas próprias perspectivas constituindo outros modos de concepção dessa própria trajetória. Notamos, certamente, que a partir da década de 1990 ocorrem transformações políticas e sociais relevantes com profundo impacto sobre a cidade. Na memória de atores ligados a movimentos sociais a década de 1990 é marcada por período de crise (Santana, 2006). Segundo Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003) com a privatização da indústria percebe-se aumento expressivo em taxas de desemprego, desfiliação social, miséria, sinais de má qualidade de vida, violência social, o que se correlaciona com a formação de quadros de sofrimento, ansiedade e “quadros de dependência química”. Os autores notam ainda o crescimento de demandas para o atendimento para usuários de drogas e População em Situação de Rua. Contudo, é precisamente nesse período que veremos a emergência da Reforma Sanitária e Psiquiátrica nessa cidade.

A partir da década de 1990 que as autoras Pinheiro (2000), Ruiz (2003) e Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003) localizam importantes movimentos no âmbito da secretaria do município no sentido de adoção dos princípios do SUS e início de amplas reformas no setor saúde. A partir de 1992, com as eleições municipais e a conquista do poder por uma frente popular a secretaria de saúde municipal passa a reunir um corpo técnico afinado com os princípios de construção de um sistema descentralizado e público de saúde (Pinheiro, 2000). Nesse momento, segundo a autora é patente o estado de pauperização da Secretaria Municipal de Saúde, com unidades praticamente fechadas.

A partir do ano de 1993 e da organização da III Conferência municipal de saúde do município emergem alguns pontos tomados como fundamentais para um processo de reestruturação da própria secretaria de saúde municipal, mas também da implantação do Sistema Único de Saúde através de um avanço quantitativo e qualitativo na oferta de serviços e ações em saúde (Pinheiro, 2000). Algumas das preocupações que

aparecem elencadas são: Montagem e representações do Conselho Municipal de Saúde; Criação de um Fundo Municipal de Saúde; Aprovação de repasse de 25 % do faturamento do SUS para aplicação de complementação salarial.

Segundo Pinheiro (2000, p.129):

“A partir das deliberações da III conferência municipal a Secretaria Municipal de Saúde define cinco pontos estratégicos para sua reestruturação: Gestão democrática; definição de uma política de Recursos Humanos; formulação de uma política de financiamento; qualificação da assistência; comunicação voltada para educação, saúde e marketing.” (PINHEIRO, 2000. P. 129)

Esse período de tempo é analisado pelas autoras como significativo quando nos referimos a uma expansão quantitativa e qualitativa de serviços, o alcance do município à condição de gestão plena do sistema conforme norma operacional básica 01/96 como também é significativo nos problemas que elege como de prioridade. Segundo dados apresentados por Pinheiro (2000), entre os anos de 1987 e 1999 é expressiva tanto quantitativamente, quanto em seus níveis de organização e hierarquização os avanços em termos de implantação de serviços em Volta Redonda. A autora nos apresenta através dos seguintes dados:

Tabela 1. Rede de serviços ambulatoriais no município entre 1987 e 1999:

Tipo de serviço	1987	1993	1995	1997	1999
Total	59	54	118	121	123
Centro de Saúde	25	25	32	32	29
Policlínica	3	3	4	4	4
Ambulatório Especializado	0	0	5	7	7
Pronto Socorro	3	1	1	1	3
Centro/ Clínica Especializada	4	4	10	12	13
Consultório Odontológico	8	8	29	29	34
Clínica de Fisioterapia e reabilitação	0	0	1	1	1
Clínica de Psiquiatria	12	11	13	13	13
Centro/ Núcleo de Atenção Psicossocial	0	0	8	6	6
Centro/ Núcleo de Reabilitação	0	0	2	2	2
Outros serviços auxiliares de diagnose e terapia	4	5	8	9	10

Unidade de Saúde da Família	0	0	5	5	5
Hospitais Gerais	1	1	1	1	2

Fonte de dados: Prefeitura municipal (1987); CIDE-RJ e SAI/SUS (1993;1999). (PINHEIRO, 2001, 141).

Segundo a autora Pinheiro (2000), através desses dados é possível notar o avanço expressivo na implantação do SUS no município, tanto pela implantação de uma rede de Unidades Básicas, como também de serviços especializados. Evidenciando algumas áreas estipuladas como prioridade, tais como: Assistência Odontológica, Intervenção no hospital psiquiátrico e construção de Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Saúde da Mulher e Centro de Saúde do Trabalhador. Focaremos, no decorrer de nosso trabalho, em questões relativas ao campo da saúde mental e das políticas de gestão de Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em saúde.

Segundo Ruiz (2003) até o ano de 1993 o município tem o seu “setor de psiquiatria” composto por dois hospitais e um ambulatório para atendimento de adultos. Ainda segundo a autora, ambos hospitais enfrentavam crises, tendo entre os seus motivos a incapacidade de continuarem conveniados ao SUS em função da falta de condições de atenderem as exigências do Ministério da Saúde (portaria 88/93). É a partir da greve de trabalhadores, de denúncias de maus tratos e da morte de uma usuária que um dos hospitais é fechado e o outro, a partir do ano de 1994, entra sob intervenção do poder público municipal. A intervenção é justificada pela impossibilidade do município se ver sem a oferta, dada a precariedade dos demais equipamentos existentes em ofertar atendimento em saúde mental, como também da necessidade de operar uma transição para a construção de uma rede de saúde mental (Ruiz, 2003).

Ponto de destaque que a autora vai argumentar é que, se no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde se inicia um movimento rumo a construção de modos de tomada de decisão e de gestão mais democráticos, no programa de saúde mental as discussões ocorriam em espaço denominado “Fórum de coordenadores” (Ruiz, 2003). Participavam efetivamente os gestores, coordenadores de ambulatório, do hospital, do programa de saúde mental e do quadro central da Secretaria de Saúde. Não havendo menções à presença de usuários ou mesmo trabalhadores da ponta da assistência no espaço de tomada de decisão.

Tal situação, segundo Ruiz (2003) produziu uma distinção importante no campo, entre trabalhadores denominados como Gestores (responsáveis pela discussão dos rumos das políticas e tomada de decisão) e trabalhadores (considerados locais, aos quais era demandada apenas a discussão sobre qualificação da assistência). Essa cisão

constituiu um dos principais pontos de tensão e embate ligados a hierarquização entre diferentes atores e as condições trabalhistas como precariedade dos vínculos, ausência de direitos e carga horária. Segundo Ruiz (2003) uma parte significativa dos trabalhadores vinculados à saúde mental eram contratados como profissionais autônomos (vínculo RPA, sem contrato formal), e outra parte significativa era contratada como celetista com carteira assinada pelo próprio hospital que se esperava fechar.

Pinheiro (2000) e Ruiz (2003) afirmam a realização de concurso público no município no ano de 1996, por meio do qual se buscava garantir o acesso de trabalhadores aos serviços públicos de saúde de modo regular, enquanto uma das pautas presentes nas Conferências municipais de saúde e da própria estruturação dos serviços de saúde. No entanto, segundo Ruiz (2003), no mesmo ano em que trabalhadores com vínculos RPA são substituídos por concursados, os RPAs voltam novamente a serem contratados. E se essas temáticas de vinculação de trabalhadores nos serviços de saúde, plano de cargos e salários, incentivo por desempenho foram pautadas de forma ampla na secretaria de saúde na época, conforme indica Pinheiro (2000), o mesmo parece não ter ocorrido quando nos referimos a saúde mental mais especificamente. Segundo Ruiz:

“Embora essas questões estivessem relacionadas de forma direta com as formas de organização dos serviços, conseqüentemente, com a assistência prestada, os vínculos empregatícios passaram a ser um tema que não deveria ser pautado nos Fóruns Ampliados de Saúde Mental”. (Ruiz, 2003. P.31)

Por meio da compreensão de que tal tema estaria fora da competência da área de Saúde Mental do município, dizendo respeito às leis federais sobre orçamento e precarização do trabalho. Ainda assim, a autora argumenta sobre significativos investimentos em qualificação da assistência, por meio de capacitações, cursos, convênios de estágio e congressos, tendo como dificuldade a alta rotatividade profissional que fazia com que os profissionais que se qualificavam não permanecessem nos serviços.

Chama atenção como em Pinheiro (2000), quando a mesma trata as preocupações e deliberações das Conferências de saúde municipais, sobretudo a partir do ano 1992, a questão do trabalho e do financiamento aparecem não apenas como pautas, mas como questões prioritárias para efetiva ampliação e qualificação da oferta em saúde do município. A autora chama atenção sobre como mais de 600 profissionais

acessam aos serviços públicos por meio de concurso e como eram minoria aqueles que acessavam como celetistas ou como profissionais autônomos nesse período após o concurso no ano de 1996.

No âmbito de nosso estudo não temos pretensão de explorar exaustivamente essas temáticas e dados, os consideramos relevantes para levantar a questão de que no recorte do município há um dado significativo para implantação das reformas em saúde que são as condições de trabalho. Que pelo lugar que ocupam na breve bibliografia que encontramos, revelam a centralidade que a discussão sobre precarização do trabalho mantém para as políticas de saúde. Não só pelo histórico dos modos de vinculação de profissionais à administração pública, mas fundamentalmente é um município que nasce e se desenvolve em torno de uma centralidade da discussão sobre trabalho e direitos sociais. É notável como a discussão sobre gestão do trabalho e memórias de trabalhadores representa, no contexto municipal, importante artefato tanto para discussão do processo de construção e desenvolvimento da cidade, quanto de construção e ampliação da saúde pública na mesma.

Para destacar este aspecto, da centralidade da gestão do trabalho e das memórias de trabalhadores, devemos considerar alguns aspectos. Primeiramente, de que há uma produção relevante sobre os processos de urbanização e industrialização do município e que essas produções contam tanto com alguns registros históricos, como também com a memória de diferentes atores que compõem uma história e uma memória social municipal. Dentre essa produção podemos notar como é na memória dos trabalhadores que se expressa uma visão permeada de tensões, disputas e conflitos de interesses que marcam as relações entre indústria, governo militar, poder público, distintos movimentos sociais, população. E através dessas memórias temos acesso uma trajetória de lutas históricas nesse município que não necessariamente o admitem apenas segundo a narrativa de desenvolvimento nacional ou segundo a ideia de decadência social e política neoliberal. Percebemos também, com Freire, Silva e Ramminger (2015) e Pinto (2012) que quando nos referimos especificamente à Reforma Psiquiátrica municipal, há pouca documentação oficial. Portanto, é comum nas autoras as perspectivas de que o resgate, análise e compreensão da construção da Rede de Atenção Psicossocial se dá em maior medida através das narrativas e memórias de seus trabalhadores.

No tocante a Reforma Psiquiátrica, com o fechamento dos dois hospitais psiquiátricos privados no município, construção de uma rede substitutiva e

transformação dos modos de gestão do trabalho, a autora Pinto (2012), ainda destaca como pautas relativas ao cuidado de usuários de drogas não estavam em debate nesse momento. Ainda segundo a autora, ao chegar em 2010, o município com mais de 250 mil habitantes, com uma rede pública de saúde com mais de 90 serviços, sendo pelo menos 10 deles destinados mais diretamente a atenção em saúde mental, potencialmente uma rede robusta, ao mesmo tempo deixa dúvidas quanto ao cuidado de usuários de drogas no SUS e se de fato para essa população haveria um modelo *Em defesa da vida* (Pinto, 2012. P. 49).

É importante notar a trajetória das formas pelas quais os usuários de drogas e a própria pauta do uso de drogas vai sendo apreendida pela saúde pública no município. Segundo Pinto (2012) com a ausência de documentação sobre a temática, é principalmente através das memórias dos atores gestores, usuários e trabalhadores que é possível pensar essa trajetória. E segundo os resgates que a autora empreende, se por um lado até a assunção do primeiro secretário de saúde no município a partir do ano de 1981 o uso de drogas não era pauta em saúde pública, por outro, no Pronto socorro municipal os usuários levados pelo Corpo de Bombeiros, eram alocados contidos em macas no chão de uma enfermaria sem leitos. Com um sistema de ventilação indireto e sem iluminação adequada, a ala destinada aos usuários de drogas era designada como “suíte” (Pinto, 2021. P. 50). Do primeiro atendimento na rede de urgência essas pessoas eram encaminhadas aos hospitais psiquiátricos municipais ou regionais.

Se um dos principais diagnósticos das internações nesse período era o de alcoolismo, é interessante notar como a própria administração pública local passa a elaborar estratégias de diagnóstico, prevenção e educação sobre o abuso de bebida alcoólica, como o Programa de Conscientização dos Funcionários no Combate ao Alcoolismo. Em relação a indústria municipal, há o desenvolvimento, no decorrer da década de 1980, de formas específicas de atendimento no interior da indústria, tendo como justificativa os dados de acidente de trabalho por consumo de bebida alcoólica.

Ao longo da década de 1990, segundo Pinto (2012) evidenciavam-se também o consumo de outras substâncias como maconha, cocaína e benzodiazepínicos pelos trabalhadores da cidade. A partir de então se constitui o Programa de prevenção e Tratamento da Dependência Química prevendo ações a nível primário, secundário e terciário com os trabalhadores. Essas ações envolviam desde atendimentos grupais e familiares até internação em clínicas conveniadas a indústria. No município, mantinha-

se o atendimento centrado na urgência e emergência e internação nos hospitais psiquiátricos.

A partir do ano de 1997, se constituiu um grupo de trabalho, formado por profissionais do Cais Aterrado, do Programa de Saúde mental e do próprio hospital psiquiátrico em intervenção com o objetivo de formulação de políticas de saúde mental. Este propôs uma reorganização da estrutura e fluxo para o atendimento da urgência em saúde mental no município. Segundo Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003) e Pinto (2012) nesse momento o atendimento predominante na própria porta de urgência e emergência eram a Pessoas em Situação de Rua e aos “alcoolistas” com quadro de intoxicação alcoólica aguda. Nessas situações as pessoas eram diretamente encaminhadas para “suíte”. Foi a partir desse grupo de intervenção que o espaço designado foi fechado, houveram mudanças estruturais com a construção de leitos e organizacionais como, por exemplo, com a implantação de um plantão de psiquiatria 24 horas.

Ponto que nos chamou atenção, ainda que fuja ao escopo do nosso trabalho, é que em 1998 algumas das iniciativas envolvendo a reestruturação do Cais Aterrado compreenderam também a implantação de um Programa municipal de controle do tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. Tais ações envolviam estratégias de prevenção e criação de grupos em parceria com a população, como por exemplo, através dos Fumantes Anônimos. Tal ponto nos chamou atenção uma vez que atualmente não encontramos discussões ligadas ao cuidado a situação de consumo de tabaco atrelada ao desenvolvimento de estratégias de cuidado em saúde mental para usuários de drogas.

A partir de 2001 foi constituído, também a partir do próprio ponto de urgência e emergência desse Cais Aterrado, o Núcleo Especializado no Tratamento do uso abusivo e Dependente de Substâncias Psicoativas (NETA) envolvendo tanto uma unidade ambulatorial, quanto uma unidade de internação para desintoxicação. Inicialmente essa estrutura compreendia uma enfermaria com quatro leitos masculinos, dois leitos femininos, dois leitos para adolescentes e uma central de emergência. Na parte ambulatorial, haviam uma recepção, duas salas para atendimento grupal, e uma sala para atendimento individual. Segundo Pinto (2012), até a publicação da portaria GM 336 de 2002 do Ministério da Saúde, o programa de saúde mental do município não formulou nenhuma estratégia específica para o atendimento das pessoas usuárias de drogas. Após a publicação da portaria, é que o programa solicita à coordenação do NETA a construção de um projeto para implantação de um CAPS ad no município.

A partir do ano de 2004 que efetivamente o serviço do CAPS ad foi implantado no município. Iniciou com uma equipe multiprofissional composta por Conselheiros em Dependência química, médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, assistente social e enfermeiro. A demanda referenciada ao serviço, a partir desse período inicial, eram os atendimentos das pessoas que saíam da unidade de urgência, demandas espontâneas que chegavam ao serviço e aquelas referenciadas pelas Unidades Básicas de Saúde. Foi também nesse período inicial que notamos, segundo argumenta Pinto (2012), a construção de articulação entre diferentes serviços para o acesso de usuários de drogas como: Serviço de abrigo municipal, vinculado a assistência social; Programa Municipal de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer; hospital psiquiátrico do município; além dos outros CAPS, do Corpo de Bombeiros, Alcoólicos Anônimos e Dependentes e Amor e Sexo anônimos. Caberia destacar ainda, a parceria com o Grupo de Apoio Integral aos Adolescentes (GAIA) para o atendimento de jovens com problemas ligados ao consumo de substâncias, uma vez que o CAPS ad não atendia menores de idade e o CAPS Infantil municipal não atendia essa demanda.

Houve um dado relevante sobre este momento, apontado ainda pela autora Pinto (2012), ligado a uma diminuição no número de internações psiquiátricas por conta do abuso de álcool, no entanto, simultaneamente, notou-se aumento de internações em Clínicas Especializadas do Estado e ONGs da região, por conta de situação ainda narradas em sua maioria como de abuso de álcool.

A autora Pinto (2012) ao nos trazer análises críticas sobre os modos de gestão do cuidado no CAPS ad nesse período inicial, colocou alguns pontos que entendemos serem significativos. A autora sugeriu que, mesmo sendo um dispositivo para o garantir um cuidado integral em saúde, ele sofreu interferências e ingerência de políticos ligados ao poder público municipal. Ainda que o mesmo mantivesse atendimento diário em sua unidade, se manteve na unidade de emergência uma rotina de atendimento psiquiátrico e renovação de medicação psicotrópica. Tal arranjo contribuiu para o que se observa nos níveis de consumo de medicação psicotrópica pela população municipal, sobretudo, benzodiazepínicos, o que passou a depois também ser um objeto de intervenção pelas políticas de saúde mental municipais.

Ainda para além disso, a autora apontou descontinuidades entre o vivido no cotidiano da unidade e o previsto pela portaria 336 de 2002 do MS. Indicando a permanência de um cuidado “ambulatorizado” e não comunitário (Pinto, 2012; Freire, Silva e Ramminger, 2015). Aspecto conclusivo dessas análises, foi que uma série de

aspectos contribuíram para dificultar o acesso de pessoas usuárias de drogas a um cuidado tal como preconizado pela Reforma psiquiátrica e defendido em larga medida pelos profissionais de saúde mental do município. E dessa análise podemos notar particularmente, como a autora referiu, para além da ingerência dos políticos locais na discussão, um distanciamento significativo entre as mobilizações da Reforma Psiquiátrica municipal e pauta da atenção a usuários de drogas. Inclusive com uma aparente distinção no campo do trabalho, de um lado trabalhar na saúde mental, de outro, trabalhar com usuários de drogas, o que reflete esse distanciamento.

Quando busca resgatar a percepção dos trabalhadores sobre o processo de gestão de seu trabalho, Pinto (2012), evidenciou questões determinantes do ponto de vista dos Modelos de atenção para usuários de drogas. Compreendendo não apenas o atraso histórico relacionado ao desenvolvimento de estratégias de acolhimento e atenção a partir da saúde pública, mas também uma série de outras questões de ordem social e política. Dentre algumas dessas questões determinantes veremos: a dificuldade do atendimento à crise no serviço do CAPS ad; dificuldades na construção de relações de apoio com as Unidades Básicas de Saúde; entendimentos pouco claros ou conflitantes sobre a compreensão da política de Redução de Danos; qual a noção de cuidado em um CAPS ad e, por conseguinte, quais os parâmetros para se pensar o próprio trabalho; Falta de pessoas nas equipes, ingerência política do município na gestão de Recursos Humanos.

Da imagem fotográfica que Pinto (2012) nos possibilitou apreender sobre o CAPS AD que propomos investigar, notamos alguns aspectos que ultrapassam o próprio serviço, dizem respeito aos modos de gestão do trabalho, da atenção aos usuários de drogas, da Reforma psiquiátrica, do contexto social e político municipal da década de 1990 até os anos 2000. É patente como os movimentos pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica constituem processos complexos, não se tratando apenas de implantação de serviços e modelos assistenciais que substituem anteriores, mas também de desconstrução de uma série de instituições e modos de trabalho. O período histórico das Reformas Sanitárias e Psiquiátrica no município reúnem uma complexidade de dimensões políticas, legislativas, administrativas, culturais, científicas, entre outras. Se as mudanças operadas a partir das mesmas tiveram como efeito um avanço expressivo na quantidade de serviços de saúde, em seus modos de organização e no debate democrático sobre a saúde, é notável como isto ocorre na década de 1990 em um

período em que o modo de gestão e privatização na indústria mergulha a cidade em uma profunda crise social.

Pinto (2012) procurou destacar que apesar da implantação de serviços e de sua organização e hierarquização inicial, a própria Rede de Atenção Psicossocial não se efetivara enquanto uma rede integrada propriamente dita. A ausência de integração, como ressaltado pela autora, implicou na perda da dimensão de cuidado e, por conseguinte, na garantia de uma integralidade em saúde. Contudo, conforme vemos com Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003) e com o apontado pela própria Pinto (2012), existem memórias e modos de contar da experiência de construção do SUS e do CAPS ad ligados a experiência de seus trabalhadores, assim como de usuários, familiares, dentre outros atores.

A dimensão das memórias dos trabalhadores nos permitiu uma análise das práticas de gestão do trabalho e do cuidado no CAPS ad a partir de uma perspectiva que não se resume necessariamente ao que está previsto nas políticas, mas pode implicar inclusive um modo de interrogação ao campo de formulação das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, os temas levantados por Ruiz (2003) nos pareceram valorosos, na medida em que indicaram como a Reforma Psiquiátrica municipal produziu uma hierarquização entre trabalhadores e gestores, na qual aos primeiros era relegada a tarefa assistencial, enquanto aos segundos, a gestão do caminho da Reforma. Foi notável ainda, como a autora apontou, o quanto as questões trabalhistas não ganhavam grande espaço ou relevância pelo programa de saúde mental, sendo a precarização do trabalho tomada como algo fora da alçada da própria coordenação (Ruiz, 2003). Isso, ao mesmo tempo em que toda a cidade mergulhava em um cenário de profunda dificuldade em decorrência das demissões em massa da indústria, além das condições degradantes cronicamente colocadas aos trabalhadores e à cidade. O que, conforme a própria bibliografia sugeriu, parece ter produzido impacto nas demandas que a própria cidade produz em termos de processo saúde-doença (Quaresma, Marchi e Cordeiro 2003; Pinto, 2012; Santana, 2006)

3 MEMÓRIAS DE TRABALHADORES: À TOQUE DE CAIXA

Iniciamos esboçando uma narrativa escrita acerca de ações coletivas no contexto do trabalho em saúde mental, recorrendo ao tema da memória em diferentes passagens. Em que consiste, finalmente, nos planos teórico e prático, esse esforço de rememoração e descrição? Como podemos caminhar de modo que, por narrativas e memórias, seja possível uma análise de práticas agenciadas por uma equipe de CAPS ad? Como, por esse fio teórico e analítico, podemos constituir interrogações sobre uma gestão da atenção, agenciada pelos profissionais, e como esta seria impactada pela procura dos usuários? Supomos, certamente, que pela elaboração conjunta de memórias temos perspectivas acerca dessas práticas, no entanto, isso ainda nos exige uma discussão mais detida sobre as relações entre a memória e a noção de verdade, como também, as relações entre as memórias e as práticas concretas. Para além disso, somos levados ainda a uma interrogação acerca do como essa temática nos posiciona em um momento presente, ou seja, memória não apenas como um resgate do passado, mas como um ato no presente.

Com esses questionamentos, que nos acompanham da escrita das memórias como na elaboração deste projeto, encontramos uma interlocução com a autora Gagnebin (2006), que nos faz questionar não apenas as relações entre memória, narrativa, passado e presente, como também a própria preocupação com o campo da memória. Para além do que as narrativas escritas podem nos dizer das práticas, por que nos envolvemos em uma pesquisa acerca da atenção em saúde mental recorrendo ao

tema de memória? Uma das grandes contribuições que encontramos com a autora é a preocupação com a rememoração enquanto uma relação ético-política com as ações presentes, mais do que a uma preocupação de adequação entre palavras, narrativas e fatos concretos (Gagnebin, 2006, p. 39).

Para articular melhor essa problemática, a autora recorre a Walter Benjamin. Em suas teses Sobre o conceito de história, o autor formula uma noção de articulação do passado que não consiste apenas em um reconhecimento de um evento ou passagem tal como foi exatamente, mas a figuração ou emergência de uma lembrança em um instante determinado (Benjamin, 1940 apud Gagnebin, 2006). As teses de Benjamin consistem em uma recusa de uma ciência da história que se pretenda a uma descrição exaustiva e guardiã do passado, sendo ela própria a-histórica. Há aqui uma espécie de denúncia de um modelo de se pensar a história, segundo um paradigma positivista, que implica na formulação de um discurso universal e universalizante, uma espécie de história verdadeira, única possível. Essa recusa, é importante ainda destacar, consiste também em uma ação epistemológica, além de ético-política. Segundo Gagnebin (2006) são as relações históricas da memória, ou seja, como o ato de lembrar não ocorre em um tempo vazio, mas se compõe em um tempo e espaço determinado, que constitui em Benjamin uma preocupação epistemológica com o campo da história.

Com Pierre Nora (1993), também acompanhamos como memória e história não se confundem. A memória própria do campo do vivo, segundo Nora (1993), se encontra sempre em permanente movimento, carregada pelos grupos em seus deslocamentos e permanentemente sujeita as obras da lembrança e do esquecimento. Nesse sentido, ela seria inconsciente de suas próprias deformações e vulnerável a diferentes usos e manipulações. O campo da história, diferente, se refere a um esforço de reconstrução sempre problemático e incompleto de algo não mais existente, de maneira que o esforço histórico demandaria trabalho intelectual, análises e discursos críticos, enquanto a memória, se alimentando de lembranças vagas e flutuantes, sustenta relações de grupos dos quais ela própria emerge. Desse modo, haveria tantas memórias quanto grupos (Nora, 1993).

Seguindo por essa definição, múltipla, desacelerada, coletiva, plural e individualizada, a memória se enraizaria no concreto, no corpo, no gesto, na imagem e no objeto. Enquanto o campo da história, pertencendo a todos e a ninguém, manteria um compromisso com as linhas de continuidade e evolução temporais. Esses modos de distinção apontados por Nora (1993), bem como por Gagnebin (2006), nos interessam

não pela inserção, por assim dizer, de uma dicotomização entre dois modos de fazer história ou de uma separação absoluta entre as dimensões de memória e história. Eles nos interessam, pois sustentam um debate aberto acerca de temas como revisionismo, negacionismos ou mesmo relativismos apáticos sobre conhecimentos históricos. Portanto, nos auxiliam na orientação em um campo em que, se o ofício da história pode passar por terrenos diferentes, isso não implica em uma banalização de seus conteúdos, bem como também nos permite entrever que sua luta não pode ter por fim a produção de uma verdade indiscutível (Gagnebin, 2006).

Essa distinção entre memória e história ou, de modo mais amplo, entre diferentes maneiras de se conceber a história é para nós importante uma vez que também se encontra em estudos acerca da gênese do cuidado em saúde mental, bem como das práticas agenciadas em serviços de saúde. Freire, Silva e Ramminger (2015), ao procurarem analisar o cuidado em saúde mental, nos apresentam também uma distinção importante entre histórias de saberes locais legitimados ou não é uma história linear e cumulativa, caracterizada pela necessidade de registrar a verdade dos fatos. É a partir dessas considerações, que as autoras irão focar em uma valorização da experiência dos trabalhadores.

Ora, a ênfase nessas distinções, ou entre diferentes modos de interrogação ao campo da história, não nos posiciona necessariamente em uma dicotomia. Consideramos aqui que pelo fio das memórias são possíveis relações entre atores e práticas capazes de preceder as relações de sujeito e objeto no campo histórico. Para tanto, Gagnebin (2006) nos apresenta o pensamento de Ricoeur lembrando como a história é simultaneamente narrativa (incontáveis histórias em sua composição) e um processo de realidade, remetendo-nos a dimensões da ação, da linguagem, e da narração. Segundo a autora, há um esforço em Ricoeur por deslocar a questão (adequação entre memória, narração e fatos concretos) e propor não um modo de referência entre narrativas e realidade, mas de refiguração: “a ficção fazendo remodelar a experiência dos leitores nos meios de sua irrealidade, a própria história trabalhando em favor da reconstrução do passado a partir dos rastros deixados” (Gagnebin, 2006, p. 43).

A noção de rastro emerge como uma produção conceitual ligada à figuração de lembranças de algo que não está ou não existe mais, como também pode desaparecer definitivamente. O trabalho com os rastros, a figuração de lembranças em determinados instantes e a possibilidade de narrar ou escrever memórias constituem movimentos

contra o esquecimento (Gangnebin, 2006). Nesse sentido, a narração, o texto e a lembrança dão lugar a uma experiência no mundo e a partir desses lugares tornam possível a transfiguração de nossas próprias experiências e ações (Onocko-Campos RT *et al.* 2013). Portanto, as implicações de um investimento sobre o campo da memória não se esgotam em um resgate do passado, mas nos possibilita posições de interrogação acerca do tempo presente. Como também, para além disso, nos permite iniciar uma reflexão sobre como a compreensão das práticas de atenção não se resumem aos modos de apreensão individuais e intersubjetivos, como também não se restringem a uma pura determinação estrutural dos signos ou processos políticos mais amplos (Onocko-Campos RT *et al.* 2013).

Os autores citados não partem das mesmas premissas nas discussões acerca dos temas da memória e da história, ainda que partilhem de elementos comuns. Nosso objetivo, nesse momento, é apontar tanto uma especificidade em torno da discussão sobre memória, narrativa e história que permita que nos localizemos no campo, como também, situar a contribuição que buscamos. Nisso salta ainda uma preocupação acerca das implicações metodológicas para construção e delineamento da investigação. Como colocam Onocko-Campos RT *et al.* (2013), recorrer a abordagens narrativas na pesquisa em saúde possibilita a análise da experiência de diferentes sujeitos em seus contextos. A partir desse eixo teórico e metodológico, a narrativa pode ser compreendida como uma função que media relações entre acontecimentos, estruturas, indivíduos e sociedades, experiência cotidiana e comunicação, narrador e ouvinte, bem como testemunho e história. Tomando a memória como uma via de experiência da atividade de trabalho não há, de um ponto de vista metodológico, uma espécie de técnica narrativa correta. Além disso, não procuramos pelo esforço de elaboração de memórias, uma história linear, evolutiva e única. Disso decorre a necessidade de situarmos nossas opções metodológicas, bem como suas implicações. Em diálogo com o campo de estudos, procuramos localizar nossa contribuição através de uma elaboração conjunta de memórias com outros trabalhadores do CAPS ad pesquisado.

3.1 Procedimentos metodológicos

Produzimos inicialmente, a partir das experiências de trabalho no CAPS ad, um caderno de memórias. A partir dele procuramos destacar tópicos, trechos, ou mesmo a

menção a algum eixo de discussão, pensando-os como materiais que podiam suscitar memórias de outros trabalhadores que estavam atuando ou atuaram mesmo serviço.

Após a qualificação do projeto de pesquisa, e submissão ao comitê de ética da universidade obtivemos a aprovação ao início de Novembro de 2021. Em seguida a aprovação pelo Comitê de Ética da universidade reunimos toda documentação na secretaria municipal de saúde para obtenção de anuência para realização de pesquisa de campo. Foi nos sinalizado que pela secretaria municipal de saúde, não havia necessidade de submissão a outro comitê de ética, apenas apresentação dos documentos de aprovação referentes ao comitê da universidade. Submetemos o projeto e documentação necessária em Novembro de 2021, e tivemos como retorno que a documentação estava correta, seria somente o tempo de trâmite pela secretaria de saúde. Até Março de 2022, após sucessivas procuras por retorno só obtivemos a informação que havia tido atraso na tramitação dos documentos. Em Março o primeiro retorno que tivemos solicitava esclarecimentos a respeito de como o tema da precarização seria abordado em nosso estudo, como objeto de estudo ou problematização de pesquisa¹⁶. Após as respostas aos questionamentos tivemos o retorno com a autorização para início da pesquisa de campo ao início de Maio de 2022, com a assinatura do documento que havíamos deixado na secretaria em Novembro de 2021 sem que houvesse qualquer justificativa para o tempo de espera entre o início de Novembro de 2021 e Maio de 2022. Entendemos que esse tempo de espera constitui ele próprio um dado de pesquisa e uma sinalização importante sobre as tensões inclusive a nível político e de gestão, em decorrência do tema da precarização das relações de trabalho a nível municipal. As formas de fazer esperar e de questionar a tematização podem se constituir em formas de burocratização e estímulo a que determinadas temáticas não sejam exploradas enquanto objeto de estudo. Entendemos que ainda que não houvesse intenção específica com o atraso do estudo, foi o funcionamento do poder público um importante agente no sentido dessa burocratização. E além disso, esse tempo de espera foi determinante para as restrições e limitações nas interlocuções com outros trabalhadores e, sobretudo, para o amadurecimento e amplitude das análises sobre as memórias.

A partir de nossas memórias escritas, compartilhamos alguns trechos em conversas orais presenciais ou em encontro virtuais. Em conversas abertas, utilizamos os trechos das memórias como norteadores da interlocução de modo que os outros

¹⁶ O documento enviado pela Secretaria de Saúde consta em anexo II desta dissertação.

trabalhadores pudessem colaborar com suas memórias, adicionando elementos, alterando ou se contrapondo ao apresentado nas memórias pessoais¹⁷. O grande objetivo da escrita das memórias pessoais, além de dispararem inquietações iniciais do projeto de pesquisa, foi o de nos auxiliarem enquanto norteadoras e disparadoras para uma reunião conjunta de memórias com outros trabalhadores. Respeitando o próprio trabalho de rememoração que se compõem de convergências, divergências, semelhanças e diferenças nas memórias. Desse modo, tínhamos por base que não havia apenas uma perspectiva ou memória sobre as atividades desenvolvidas e as trajetórias no serviço de saúde mental, no entanto, como próprio aos estudos sobre memória, nos preocupamos mais com o ofício de rememoração e com pontos comuns que ele nos proporcionou do que propriamente com a formulação de um histórica única sobre o serviço e seu cotidiano.

As estratégias de montagem de áudios de até 1 minuto não foram mobilizadas, bem como também a maior parte de nossos interlocutores optaram para que fizéssemos nossas conversas de forma presencial. Diferentes fatores poderiam ser assinalados como justificativa para isso, no entanto, não nos aprofundamos nessas questões. Com o avanço da vacinação, diminuição das curvas de contágio por Covid 19 e a preferência de nossos interlocutores, a maior parte dos encontros foi realizada de forma presencial. Sendo realizada de forma online com os trabalhadores que se encontravam sem disponibilidade alguma de horário ou não se encontravam no município no momento combinado para conversa. Ainda assim, foi possível a entrega dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de forma presencial para todos os participantes.

Além disso, em função do tempo disponível para realização da pesquisa de campo uma das estratégias de interlocução, através dos registros em diários de campo das discussões de casos não foi utilizado no âmbito da dissertação. Considerando que tais estratégias envolveriam que pudéssemos ter uma capacidade mais ampla de descrição não apenas da discussão de caso, mas também das estratégias de atenção concretamente mobilizadas, entendemos que o tempo disponível não favoreceu essa estratégia.

As estratégias de comunicação virtual por meios remotos, ocorreram por *Zoom* e *Google Meeting*, e apenas em um caso foram gravadas em som e imagem, nos outros

¹⁷ Os materiais norteadores para conversa com outros trabalhadores constarão no Anexo III desta dissertação.

foram construídas diários de campo a partir da conversa. Da mesma forma, os encontros presenciais foram gravados apenas em áudio, não havendo registros audiovisuais.

3.2 Memórias Preliminares: a dança das cadeiras

Nesse capítulo objetivamos uma descrição mais detida de nossas interlocuções com outros trabalhadores do CAPS ad e, inicialmente, a fim de mantermos uma organização dessas descrições e reunião de memórias, importa explicitarmos como os próprios interlocutores são trabalhadores que passaram em diferentes momentos pelo CAPS ad no município. Nesse sentido, passaram em distintas épocas pelo serviço, trabalharam em distintos períodos de tempo no mesmo, construindo percepções mais ou menos comuns não apenas a respeito do serviço, como também da rede de saúde do município, e dos modos de atenção para usuários de drogas.

Essa interlocução se deu com pessoas que trabalharam em distintos momentos em função de alguns fatores, dentre eles, principalmente, o fator da variação de profissionais no serviço. Não apenas a partir dos quadros de demissão mencionados em memórias pessoais, como também a manutenção de uma rotatividade de trabalhadores que não se resume ao momento atual do serviço. Em Maio de 2022, momento a partir do qual a Secretaria Municipal de Saúde autoriza nosso trabalho de campo, o CAPS ad contava com 16 profissionais, incluindo os 3 profissionais médicos, dos quais apenas 6 estavam quando apresentamos nosso interesse de pesquisa para a equipe em novembro de 2021, após aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ. Dentre os motivos dessa discrepância podemos mencionar a rotatividade profissional.

No momento em que iniciamos o trabalho de campo, dos profissionais mencionados atuantes no serviço, seis¹⁸ são profissionais chamados de técnicos, atuantes na atenção diária¹⁹, e cinco profissionais administrativos, que não necessariamente atuam atendendo usuários e se concentram em tarefas relativas a arquivos e documentos. Entre os profissionais chamados como técnicos, uma começou a trabalhar em 2010, tendo anteriormente uma história com o projeto NETA (Núcleo Especializado no Tratamento do Uso Abusivo e Dependente de Substâncias Psicoativas)

¹⁸ Cabendo pontuar que dois meses após o início da pesquisa de campo, um dos profissionais com mais anos no serviço manteve o vínculo com a prefeitura mas foi desvinculado de suas funções no CAPS ad.

¹⁹ Todos os profissionais chamados por técnico no serviço são contratados como profissionais autônomos, tendo seu vínculo por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA).

que levou a implantação do CAPS ad em 2003, outra profissional inicia no serviço em 2017 e sai em 2019 e outro ainda inicia em 2018 e sai em 2020, estes dois últimos retornando em 2022. Dentre os outros três profissionais técnicos, dois foram contratados em meados de 2021 e uma recém-contratada em 2022.

Entre os profissionais considerados administrativos, incluindo o cargo de coordenação, há uma mulher que assumiu concurso nível médio em 2017, um homem que assume como nível superior ao fim de 2019 e outro homem que assume também como nível médio em 2019. Os profissionais considerados administrativos, como também os profissionais de serviços gerais e recepção, ainda que lidem diariamente com os usuários não eram considerados como profissionais que atendem, não tendo necessariamente participação nas reuniões de equipe ou mesmo nas discussões de caso e elaboração de planos de cuidado.

Tornou-se um desafio no âmbito do nosso trabalho tentar delinear um quadro mais ou menos estável de profissionais que estavam atuando ou mesmo que já haviam atuado no serviço, com os quais compartilharíamos as memórias e percepções sobre o trabalho. Como veremos em nossas interlocuções, são reiterados diferentes momentos em que a equipe profissional passa por profundas modificações: se em nossa memória escrita notamos como isso ocorre a partir de 2016, outros trabalhadores marcaram como isso ocorreu também em outros anos como: 2006, 2011, 2012, 2019, 2020, 2021 e 2022. Como exemplifica um de nossos interlocutores a respeito de sua situação em 2022:

“Cara, estamos com uma rotatividade tão grande de pessoas, que algumas delas eu nem consigo me lembrar o nome, teve gente que eu acho que eu nem cheguei a ver o rosto.

E dizem que os estagiários não podem assumir referência porque eles ficam por um tempo limitado no serviço... Cara, eu não lembro de profissionais que ficaram aqui por mais de 6 meses nos últimos tempos.”

(TRECHO DIÁRIO DE CAMPO INTERLOCUTOR 7).

Além das recorrentes demissões, houve também o caso de pessoas que saíram do CAPS ad por oportunidade em outros municípios ou serviços e que, posteriormente, ou pelo desligamento desses outros serviços, ou pela combinação de cargas horárias acumulando vínculos para complemento de salário, retornaram ao serviço. Tal como esboçado por um de nossos interlocutores:

“Como eu cheguei aqui... tinha saído de outro emprego, tinha sido demitido, procurei um vereador conhecido para ver se não estava precisando de gente em algum lugar. Ele ficou de ver para mim e aí me retornou: olha, estão precisando de gente lá no CAPS ad. Eu disse vamos! Eu estou precisando trabalhar, então vamos lá ver o que é. Eu nem sabia o que era, fui ver chegando aqui”. (TRECHO GRAVADO – INTERLOCUTOR 11).

Tais aspectos não constituem preocupação central de nosso estudo, no entanto, como procuramos esboçar em capítulo anterior, essa realidade reflete as fragilidades no tocante à vinculação de trabalhadores à administração pública por outros meios que não concurso ou processo seletivo público. E ainda que essas trajetórias individuais não constituam nosso objeto, ao procurarmos atentar para quem trabalhou no CAPS ad nos últimos anos, notamos como a rotatividade foi um fenômeno absolutamente recorrente. É válido ressaltar como a saída e entrada de profissionais foi frequentemente apreendida, por um lado, como uma perda irreparável para o serviço, por outro lado, como veremos adiante, a chegada de novos profissionais também configurou uma narrativa de reestruturação dos serviços de saúde mental em âmbito municipal. Ora, tal enquadre nos levou a considerar haver um modo de gestão perpassando os diferentes anos lembrados pelos trabalhadores, que opera a partir da reprodução de cenário mais ou menos precário e de escassez (Freire, 2019). Em diferentes interlocutores essa dimensão da rotatividade profissional saltou como aspecto determinante.

“O serviço ele fica ruim, ele quebra toda vez que tem uma mudança de gestão. Troca o prefeito, troca todo mundo. Troca o prefeito, troca coordenação, não adianta. Troca coordenação, troca também os cargos, os comissionados, os RPAs. Porra aí o serviço fica fraco.”. (TRECHO GRAVADO – INTERLOCUTOR 11).

Alguns trabalhadores apontam como uma série de mudanças ocorrerem seja por movimentações políticas, ou seja por questões emergenciais em termos de assistência, como exemplificam:

“Eu chego umas duas semanas depois do coordenador que era uma indicação política né. Coordenador meia boca que estava ali só para dizer: hahahah meu amigo coordena saúde mental e eu ganhei a coordenação do CAPS ad.” (TRECHO CONVERSA - INTERLOCUTOR 6)

“Eu tenho a impressão que a troca de todas as últimas coordenações foram por uns motivos emergenciais sabe. Tipo, ah deu um problemão lá aí vamos ter que trocar a coordenação.” (TRECHO DE CONVERSA – INTERLOCUTOR 7)

Outro de nossos interlocutores apontou como em 2019, quando realizou o concurso municipal e ingressou na equipe profissional, sentiu um clima de tensão entre todos os demais profissionais, pois a promessa da gestão municipal de reestruturação dos serviços de saúde era a de substituição dos profissionais autônomos (RPAs) por cargos concursados. Dessa forma se garantia uma estabilidade no cargo público, no entanto, também com a demissão dos profissionais autônomos.

Em 2019, segundo os trabalhadores lembraram conosco, apenas uma pessoa na equipe era concursada, todos os demais profissionais autônomos, de modo que havia um medo geral de demissão. Um de nossos interlocutores lembrou que quando chegou a expectativa era de demissão de quase toda a equipe e a coordenação de saúde mental afirmava que iria manter o cargo de profissionais autônomos, o que lhe tranquilizava. No entanto, no primeiro mês de trabalho viu metade da equipe ser demitida e, por conseguinte, sentiu perder as referências profissionais de sua categoria no serviço. Relembrou ainda a demissão da coordenação na época, profissional que havia sido transferida de outra secretaria, trabalhou até o início de janeiro de 2020 no CAPS ad sem saber que tinha sido demitida em novembro de 2019.

Após as demissões em 2020, o serviço permaneceu alguns meses sem coordenação, em seguida outra profissional foi remanejada para assumir a vaga e permaneceu até meados de 2020, momento em que foi remanejada para coordenação das Residências Terapêuticas, por outras questões emergenciais. Depois desse novo remanejamento, foi indicada uma profissional de dentro da equipe, que permaneceu até meados de 2021 até o momento de ser novamente remanejada pela coordenação de saúde mental e novo coordenador “interino” foi indicado. E por fim, alguns meses depois, o coordenador indicado pediu demissão da saúde mental. Ao todo, entre 2020 e 2022, o CAPS ad passou por 5 coordenações diferentes. E não conseguimos resgatar quantos profissionais ingressaram e saíram do serviço neste tempo.

É notável como dentre os próprios profissionais essa rotatividade não foi apropriada como a causa última da descontinuidade das ações no serviço, mas um

dentre vários outros fatores que atravessavam o seu trabalho. A própria rotatividade das coordenações foi vista pelos nossos interlocutores mais como um efeito das condições do município, do que propriamente causa de problemas no CAPS ad.

Conforme nos lembra também em relação ao ano de 2020:

“Foi um ano muito difícil, muito cansativo e com três profissionais. Éramos eu e mais dois. Porque um já tinha sido demitido. **Foi demitido, depois de um mês voltou, foi recontratado e foi demitido de novo depois.** Demitiram ele no final de Junho, voltou em Agosto. Aí uma profissional pediu exoneração, ficamos eu e mais um. A coordenadora não ajudava em nada. Quando o outro foi recontratado ficávamos nós três atendendo e **muita gente procurando, chegava gente na janela do serviço e nós ficávamos do lado de trás da recepção falando, gritando, para não ter que chegar lá na frente.** Entendeu? Nós tínhamos medo. Medo mesmo, a gente não sabia o que ia fazer. Não tinha orientação, não tinha EPI. A médica surtando nós todos, dizendo que todos iam morrer.” (TRECHO INTERLOCUÇÃO - INTERLOCUTOR 8, grifos meus)

Segundo apresentamos inicialmente, Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) discutem que as noções de precariedade no trabalho envolvem três caracterizações essencialmente: Primeira, de que há um déficit ou total ausência de direitos trabalhistas; segunda, de que há a instabilidade do vínculo, considerando o interesse dos trabalhadores; e terceira, está associada a situações de trabalho que produzem vulnerabilidade social para os trabalhadores. Em seguida, os próprios autores nos auxiliam na compreensão do que seria vulnerabilidade social dos trabalhadores, definindo-a como estados ou situações que configuram a exposição a riscos ou incertezas de forma combinada com a diminuição da capacidade de defesa ou resolução em face das possíveis consequências negativas provocadas pela própria situação (Nogueira, Baraldi e Rodrigues, 2004). Os autores se baseiam em documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e apontam como nessas perspectivas haveriam maiores dificuldades em compreender o trabalho vinculado a administração pública como trabalho precário, ou como produzindo vulnerabilidades no trabalhador.

O que reunimos nas memórias com outros trabalhadores levantou sobre um cenário estrutural do trabalho no setor saúde profundamente marcado pela instabilidade dos vínculos, não correção de salários (com pessoas ganhando por vezes o limite do salário mínimo), a exposição a uma série de situações de trabalho que, seja pelo excesso

de demanda, ou seja pela exposição aos receios e incertezas provocados pela pandemia, diminuíram nos trabalhadores sua capacidade de normatização ou resolução no seu ambiente de trabalho. O que por sua vez, foi frequentemente lembrado como muito desgastante, desanimador, e no limite, adoecedor nas lembranças de alguns trabalhadores.

Jorge et al. (2007) mostram como a política de Recursos Humanos no SUS é amplamente impactada pelas distintas formas de contratação de trabalhadores, seus contratos temporários, ausência de direitos trabalhistas e de proteção social. Além disso, o estudo notou ainda como foi relevante dentre os trabalhadores pesquisados, como na sua maioria haviam passado por qualificação como especializações ou mestrado e se mantinham trabalhando nos Centros de Atenção Psicossocial por projeto próprio, ainda que manifestaram uma ausência de políticas de educação permanente em serviço. A análise dos autores é para nós relevante e podemos tomá-la como uma grade de comparação com os trabalhadores com os quais construímos a pesquisa. Primeiramente, apenas três deles tiveram a oportunidade de cursar um curso de especialização ligado a área de saúde mental, e apenas um narrou aproximações entre sua especialização e o trabalho no CAPS ad.

Ademais, como veremos, aqueles profissionais que ingressaram no serviço a partir de 2016 com quem conversamos, lembraram que o faziam não por projeto de trabalhar na saúde mental, mas mais precisamente pela oportunidade de emprego. De modo que não pretendiam continuar a atuar no local caso surgissem outras oportunidades de trabalho. Se o trabalho de Jorge et al. (2007) nos chamou a atenção para a necessidade de pensarmos estratégias diante da precarização do trabalho no SUS, o diálogo com os trabalhadores do CAPS ad nos evidenciou uma realidade que a dimensão do precário se ampliou significativamente. E isso, conforme as memórias que reunimos, não se resume aos anos mais recentes, por exemplo a partir de 2016, em que distintos autores afirmam o desmonte do SUS e das políticas de saúde mental, a precarização segundo lembraram os trabalhadores acompanha os serviços e as políticas a longo prazo.

3.3 Campo em movimento

Considerando esse quadro de constantes mudanças na equipe profissional, no tempo para o desenvolvimento da pesquisa de campo, procuramos trabalhar com os

profissionais que estavam atuando no momento no CAPS ad, bem como com outros que já trabalharam e com os quais compartilhamos algumas memórias. Desse modo, é notável como as memórias não seguiram uma linearidade e nem preservaram uma compreensão única sobre as experiências que se passaram no serviço. A descontinuidade e multiplicidades do próprio campo da memória se refletem na própria multiplicidade de perspectivas das experiências nos serviços. As conversas com outros trabalhadores, nos permitiu atentar que existem elementos de maior convergência, outros de divergência, bem como também pontos comuns nas memórias, como por exemplo, a existência de usuários considerados em situação de vulnerabilidade, ou denominados casos complexos e as dificuldades no atendimento dos mesmos. Além disso, as principais divergências foram notadas em relação à compreensão das atividades realizadas, bem como das dificuldades enfrentadas na organização da atenção diária e, conseqüentemente, das estratégias possíveis para lidar com essas questões.

Ora, foi também notável (e convergente com a bibliografia levantada sobre os CAPS ad) como o elemento que se destaca nas memórias de todos os trabalhadores com quem conversamos são suas próprias condições de trabalho. Isso considerando trabalhadores que atuaram na implantação do CAPS ad no município (2003) até aqueles que iniciam sua atuação nos meses de 2022. Certamente que, entre aqueles que iniciaram sua atuação há significativamente pouco tempo, partilharam conosco mais impressões ou relatos mais recentes ao passo que outros partilharam conosco memórias de épocas ou experiências que viveram nesse serviço. Novamente, considerando para realização da pesquisa em campo, privilegiamos o contato e a interlocução com alguns trabalhadores que se mantiveram no serviço, ou então que se mantiveram no município e constituem redes mais ou menos próximas, mantendo entre si diferentes memórias do tempo trabalhado no CAPS ad do município. Além disso, não foi possível a interlocução com todos aqueles que estavam no serviço no momento da pesquisa, bem como com todos aqueles com os quais partilhamos memórias de trabalho, houveram dificuldades para encontrar momentos possíveis em que alguns trabalhadores estiveram disponíveis para interromper sua rotina e conversar. Entre aqueles que estavam no serviço, notamos que a organização dos horários, da própria agenda, a conciliação com outros trabalhos foram fatores que dificultaram o acesso dentro do tempo previsto (entre maio e início de Julho). Com outros trabalhadores, que não estavam no serviço, dificuldades parecidas surgiram em relação às pessoas que se encontram trabalhando em

outros municípios e com agendas restritas. A isso, somaram-se também as dificuldades do próprio pesquisador, enquanto também trabalhador da rede de saúde municipal.

As conversas se desenvolveram ainda nos próprios ambientes de trabalho, seja no próprio CAPS ad, seja em outros serviços considerando àqueles que atuam em outros locais. Conversamos individualmente com doze trabalhadores, como também tivemos encontros coletivizados não estruturados previamente em que também houve a discussão sobre memórias do trabalho. Dentre as doze conversas individuais, três se deram por modalidade online, o restante se desenvolveu presencialmente.

Foi notável ainda, que em vários aspectos nossos interlocutores solicitaram que determinadas memórias não fossem incluídas no trabalho final. Foram rememorados diferentes aspectos ligados a trajetória política de determinados atores, lutas pessoais, diferentes níveis de adoecimento e desgaste mental, bem como ampla pressão política ligadas tanto a atenção a usuários de drogas, quanto às problemáticas de precarização do trabalho local. Tomamos esse dado como relevante tanto para compreensão a nível político e analítico de uma realidade local, como também a nível de reflexão sobre ética em pesquisa, sobretudo ligadas, ao questionamento sobre o que é pesquisa com serviços e com trabalhadores em saúde, o que o ato de pesquisar implica e de que forma retorna aos nossos próprios interlocutores que nos permitiram a construção desse material.

Outro elemento de destaque, é que os trabalhadores com os quais conversamos nos apresentaram nas memórias, categorias para compreensão da trajetória do CAPS ad, bem como das mudanças nas políticas de saúde, e nas equipes profissionais. Procuramos incorporar tais perspectivas através das memórias, pois consideramos que tais categorizações possuem uma relevância também analítica como veremos adiante.

Nosso ponto de partida foi uma conversa, que nos auxiliou a construir uma organização em termos de distintas “gerações de trabalhadores” no CAPS ad. Essa divisão, partilhada por um de nossos interlocutores com a qual os outros também concordaram, nos auxiliou na compreensão da rotatividade profissional. Segundo os próprios interlocutores, foram distintos momentos em que a equipe profissional do CAPS ad enfrentou significativas mudanças em sua composição²⁰. Um dos interlocutores nos disse o seguinte:

²⁰ Segundo alguns dos trabalhadores com quem conversamos (interlocutores 4, 6, 7, 10 e 12 que são pessoas que estão atuando ou atuaram por pelo menos 2 anos no serviço) em alguns anos foi particularmente significativa a mudança de composição. Em 2006, com a chegada de muitos profissionais, em 2012 com a demissão também de muitas pessoas, posteriormente, em 2017 também com a saída de muitas pessoas. Existem alguns pontos comuns a todas as narrativas que é a contratação de

Só para gente poder falar um pouquinho dessa divisão cronológica que você fez entre uma equipe antiga e uma equipe nova.

Então, **a gente pode dividir em três**, só para fazermos uma organização cronológica. Porque existiram os fundadores, eu fiquei durante algum tempo junto com essa equipe de fundadores. Depois eu saí da prefeitura, e aí eles deram continuidade e foi onde começaram a se engajar na equipe alguns profissionais que você conheceu.

Alguns se não me engano vieram um pouquinho depois. Nisso eu já estava desvinculando. Os profissionais que você mencionou eles são da segunda fase. Ainda, nesse momento, muito presente a ideologia. A primeira geração dos fundadores, foram cinco profissionais da saúde e a equipe administrativa que dava suporte. Até nessa segunda fase a gente via muito a questão ideológica presente. A terceira fase de profissionais, é a que você classifica como segunda, que são profissionais que chegaram talvez por consequência de uma oportunidade que surgiu, as vezes está precisando trabalhar, opa surgiu, então vamos.

Até a segunda fase de profissionais tinha um histórico de trabalho. Mas aí vamos buscar na história. E, assim, fazendo alusão ao nosso trabalho escrito, o problema (uso de drogas) ele é antigo aqui na nossa região e no município e assim, ele foi agravado muito na época da privatização. (Trecho – conversa interlocutor 10, grifo meu)

O interlocutor percebeu a rotatividade profissional a partir de alguns filtros. Procurou nos mostrar que uma divisão feita por quem trabalhou no CAPS ad nos últimos anos, que separou a equipe entre uma equipe antiga (profissionais anteriores a 2016) e uma equipe “nova” (profissionais que ingressaram a partir de 2016), poderia ser complementada ainda de outras gerações e trouxe como exemplo a geração dos “fundadores” do CAPS ad no município. Em outra interlocução, um trabalhador também nos atentou sobre o quanto uma divisão por gerações de trabalhadores poderia ser ainda mais subdividida, uma vez que, desde que iniciou seu trabalho em 2006, observou em distintos momentos chegada e saída de novas pessoas.

No limite, a rotatividade nos leva a pensar em múltiplas gerações de trabalhadores, no entanto, a divisão colocada pelo interlocutor entre três gerações, nos

profissionais por indicação política, sua eventual saída também por movimentações políticas. Além disso, a preparação ou formação para atuação no serviço é também notada como forma de investimento, no entanto, surgiu como oportunidade particularmente para os trabalhadores tomados como “fundadores”, não sendo mencionada por nenhum profissional posteriormente.

pareceu explorar analiticamente como os trabalhadores acessam ao serviço e como notam algum nível de investimento na sua própria atuação. O que caracteriza a primeira geração é, segundo a memória de um de nossos interlocutores, um conjunto de esforços de transformação da estrutura física e organizacional do pronto socorro municipal para qualificação do atendimento de usuários de drogas, incluindo a especialização enquanto parceria com a universidade. Em seguida, ainda conforme a memória dos nossos interlocutores, a segunda geração foi marcada pela forte presença da “questão ideológica”, pelo “vestir a camisa da proposta, e ainda pela supervisão de um trabalhador fundador reconhecido como referência na área”. Por fim, é a terceira geração aquela percebida como progressivamente menos investida das memórias, iniciativas e propostas anteriores, por conseguinte, aquela menos investida da “ideologia” do CAPS ad.

Ou seja, um elemento comum nas memórias, diz respeito ao que profissionais nomearam como a formação, qualificação e orientação para atendimento de dependentes químicos. Nessa divisão por gerações, nossos interlocutores procuraram mostrar como características presentes nas duas primeiras gerações de trabalhadores sugeriam a existência de investimentos nos serviços, fosse pela formação através de especialização, fosse pelo investimento em contratação profissional, fosse pelo engajamento coletivo em participar da implantação de um CAPS ad. Para terceira geração, nossos interlocutores mencionaram o acesso ao serviço pela “oportunidade de trabalho”, apontando que houve um esvaziamento da preocupação com qualificação, bem como também com qualquer outro investimento, em termos de formação, assistência ou valorização profissional. Desse modo, houve uma linha de continuidade entre as gerações que nos sugere um gradativo desinvestimento no dispositivo. Ainda que com diferentes ênfases, houve um fio condutor entre as memórias que nos permitiu apreender como a gestão do trabalho e de Recursos Humanos nos serviços operou por uma reprodução e gestão, a longo prazo, de pontos de escassez, de recursos limitados.

Ora, nos preocupamos em delinear, ainda que em esboço provisório, os quadros profissionais não apenas com intuito de descrever parte de nosso contato com o campo. Para além disso, a rotatividade profissional que procuramos descrever, bem como os modos pelos quais estes trabalhadores rememoram essas trajetórias, estão profundamente ligadas ao desdobramento do trabalho de atenção cotidiano. Essas memórias contaram sobre processos como as Reformas Sanitária e Psiquiátrica que ocorreram na cidade. Notamos, que os trabalhadores ao conversar conosco,

rememoraram ocorridos em um hospital psiquiátrico (em fechamento), em um Pronto Socorro no tocante aos atendimentos clínicos, de psiquiatria e de dependência química (tratados nas memórias como alas diferentes).

Inclusive, alguns interlocutores apontaram mais diretamente como a rotatividade dos atores e sua trajetória também impactaram a trajetória do serviço, nesse sentido, uma trabalhadora nos diz sobre as mudanças em 2017:

Descaracteriza totalmente o olhar de CAPS ad. Por mais que eu veja que a equipe era dividida, a equipe antiga tinha seus problemas, mas eles tinham um olhar de cuidado enquanto o paciente no uso de substâncias. Tinham os grupos, na época não entendia direito como funcionava os grupos, tinha que ter oficina e tal, mas assim tinham os grupos que eram movimentados que tinham pessoas, usuários alguns estavam bem e tal, mas os usuários estavam se sentindo cuidados. Os grupos eram bem cheios, nenhum grupo fica cheio toda semana se eu não estou me sentindo bem naquele grupo, se não tem um efeito, se não tá funcionando nada para mim. Entendeu?

Esses esvaziamento do CAPS ad começa a acontecer antes mesmo da pandemia. Porque teve essa descaracterização. O Atendimento mesmo, cada um foi fazendo o atendimento do seu jeito. Não é assim, a gente se adequar as normas do CAPS, é uma situação, é apreender seu trabalho. Mas não: foi cada um fazendo à sua maneira, então isso foi se perdendo. (Trecho conversa - interlocutor 6, grifo meu)

Como tentaremos apresentar, a divisão entre as gerações de trabalhadores não implica apenas em caracterização da trajetória dos atores profissionais, mas também em modos de contar da trajetória da atenção aos usuários de drogas e da saúde mental municipal. Tendo isso em vista, iniciamos pela linha de rememoração que nos remonta a crise no hospital e a emergência da necessidade de se intervir também em um Pronto socorro, enquanto ponto de referência no atendimento de usuários de drogas no município.

3.4 Uma crise na indústria, outra no Hospital: A reforma no pronto socorro

Um dos trabalhadores lembrou como no período da década de 1990 alguns eventos foram profundamente marcantes no município para pensarmos essa realidade, dentre eles, a própria privatização da indústria municipal. Tal evento é marcante em sua

memória, pois fundamentalmente levou a cidade a mergulhar em importante crise social e impactou profundamente as demandas em saúde mental, e particularmente, as relacionadas ao que nomeia como dependência química. Segundo nos contou:

Então a cidade tem uma trajetória agravada pela privatização, mas o fato é que a cidade cresceu em torno de uma empresa e do momento em que o desemprego saltou em índices elevadíssimos, não tem jeito, a dependência química e a violência saltaram juntos. Então o que que nós tínhamos na cidade e até mesmo nas adjacências para podermos lidar com isso. No município eram iniciativas isoladas, se elas tinham algum cunho de promoção de saúde, por exemplo, dentro da prefeitura, da indústria, mas o fato era que: não existia nada de oficializado. Então o objetivo era realmente varrer a poeira para debaixo do tapete. E vem de encontro com a questão de antes da Reforma Psiquiátrica porque existia um interesse muito forte (depois eu vou falar da reunião na câmara), assim um interesse muito forte da indústria, assim do comércio da loucura. Então eu tive oportunidade de atuar como estagiário do curso técnico ainda em 1988 na clínica Santo Antônio, antes de entrar em intervenção. E como era Quatis, Vargem alegre, Mendes, São José (que é o Cananéia) tudo a mesma filosofia. Era alimentar ali o número de pessoas. Eu voltei a atuar após uns dois anos de formado a atuar novamente no hospital psiquiátrico que já era Casa de Saúde municipal, que estava iniciando a intervenção pública. Mas ainda nos moldes de antes do processo de desinstitucionalização. Então qual o tipo de clientela que eu me deparava. *Quem realmente tinha um distúrbio mental era a minoria. Talvez 20%. Eu me deparava muito lá com pessoas que se intoxicavam com psicotrópicos para perícia do INSS queriam permanecer afastados do trabalho; pessoas interdidas pela família, era muito fácil interditar as pessoas.* Eu me recordo de quando trabalhei no pronto socorro, eu encaminhei uma paciente com dois acompanhantes para clínica Vale do Paraíba em Quatis, voltou apenas uma acompanhante, a paciente e uma irmã dela que foi como acompanhante e ficou internada. Era muito fácil. Pessoas interdidas, qualquer conflito de família você resolvia por intermédio da psiquiatria. **Criminosos, pessoas com problemas com a polícia se escondiam e quando se envolviam em problemas com a própria criminalidade se refugiavam no próprio hospital psiquiátrico. População de rua, em massa.** E dependentes químicos, que na verdade, assim quando falamos de população de rua, você tá mesclando aí muita dependência química. (Trecho de conversa – interlocutor 10, grifos meus).

Com a privatização da indústria, houve um aumento em algo que já era expressivo no município, o consumo de álcool. Após o início das intervenções no hospital psiquiátrico municipal, se iniciou também a intervenção no Pronto socorro municipal tido como referência (ou porta de entrada) para pessoas com alteração de comportamento. Ao ir nos contando, nosso interlocutor se recordou como nos plantões noturnos no hospital psiquiátrico não havia equipes multidisciplinares, mas apenas auxiliares e atendentes de enfermagem (ressaltou como a classe já foi extinta) e que os objetivos eram chegar com os pacientes vivos até o dia seguinte. Isso, ressaltou, porque havia certa recorrência de mortes em que os profissionais levavam, as vezes, dias para notar e que, em mais de uma situação, deu banho de água fervendo em corpos rígidos para retirar a rigidez cadavérica e levar para avaliação médica. Nisso lembrou como não haviam objetivos terapêuticos naquele local e como também o próprio pronto socorro, se tornou alvo de mudança. Conforme foi nos contando:

“Nisso o antigo pronto socorro municipal, antigo Cais Aterrado, que hoje é o Hospital Nelson Gonçalves, que era uma referência geograficamente, estava também em transição para o que se tornou Cais Aterrado. Vamos dizer assim, era o embrião de uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento) hoje em dia. Historicamente no município sempre foi referência de entrada para esses pacientes com alterações de comportamento, moradores de rua, dependentes químicos, desde o início. **E aí vem a questão da suíte²¹. Na verdade ali era assim, uma forma de isolar e discriminar, deixava no chão, porque se ficasse no alto caía e fazia um TCE, uma fratura.** [...] Eu vim do hospital psiquiátrico para o Cais para pegar emergências clínicas e a porta de entrada da psiquiatria. Tinha que passar pelo Cais Aterrado para ser encaminhado aos hospitais psiquiátricos da região. E nisso a equipe que assumiu na época, gerenciada pelo nosso referencial em Dependência química, um médico clínico, ele buscou estratégias para qualificar o atendimento ao dependente químico, que era tratado como uma pessoa acometida de transtorno psiquiátrico.” (Trecho de interlocução – interlocutor 10, grifo meu)

A partir da memória deste e de alguns outros profissionais foi a partir da intervenção no Pronto socorro que se deu a tentativa de qualificação do atendimento dos usuários de drogas. A noção de dependência química apareceu na narrativa de todos os profissionais como aquilo que conferia a especificidade desses atendimentos, sobretudo,

²¹ Suíte se refere a uma ala específica no interior do Pronto socorro, tal como mencionado anteriormente quanto ao contexto municipal, em que eram alocados os usuários de drogas em quarto escuro e no chão.

em comparação com a psiquiatria e com os chamados casos de “transtorno mental”. Essa iniciativa, consistiu na montagem da equipe que nosso interlocutor lembrou como equipe fundadora do CAPS ad²². Essa equipe consistiu, segundo nos contou, em um grupo de cinco de profissionais de saúde: médico clínico (compreendido como o principal profissional de referência para qualificação do tratamento da Dependência Química no município), médico psiquiatra, um enfermeiro, uma assistente social e uma médica pediatra (que realizava atendimentos para jovens e adolescentes). Notamos que houve uma diferença de perspectiva nas memórias dos trabalhadores que nos contaram sobre as iniciativas dentro do Cais Aterrado. Alguns lembram esse período enquanto um período de qualificação (em que inclusive contaram como atuaram de forma voluntária), enquanto outros mencionaram como nesse período já era o nascimento do CAPS ad. De todo modo, foi o período em que todos os trabalhadores com os quais conversamos, que estiveram próximos no momento de implementação do serviço, lembraram como intenso no tocante as discussões e ao fôlego na tentativa de qualificar a atenção do que lembraram, basicamente, como tratamento da Dependência química.

Nos chamou atenção como é unânime, entre o que os trabalhadores lembraram conosco e o que os autores (Quaresma, Marchi e Cordeiro, 2003) trouxeram em seu trabalho sobre os sentidos dessa qualificação do atendimento. Eles nos mencionaram que se tratavam, na imensa maioria dos casos, de pessoas com problemas relativos ao consumo de álcool. E que chegavam para atendimento, na maior parte das vezes, buscados pelo corpo de bombeiros em sua própria residência e, em menor parte dos casos, em via pública. Eram levados para o Pronto Socorro em fase de intoxicação aguda ou, como nos relataram, em crises de abstinência, de modo que permaneciam nessa “fase aguda” no pronto socorro, e nos casos mais graves eram encaminhados para internação nos hospitais psiquiátricos. Em casos menos graves eram liberados para casa. No tocante a essa ida para o pronto socorro também foi comum nas memórias a menção a questão da “suíte” enquanto destino que era certo para esses pacientes.

Em um levantamento realizado por conta própria, segundo nos contou o interlocutor 10, trabalhadores técnicos de enfermagem procuraram mapear e quantificar quem eram esses usuários que davam entrada no pronto socorro por uso de drogas. Tal

²² Essa equipe fundadora era responsável em termos de assistência e em termos de gestão para o que mencionamos anteriormente sobre o projeto NETA.

levantamento foi registrado no trabalho de Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003). Segundo essas informações, os trabalhadores e autores procuravam mostrar como o atendimento dos casos chamados de dependência química eram superiores aos casos estritamente clínicos em uma proporção de 42,7% (dependência química) para 29,2% (casos clínicos) (Quaresma, Marchi e Cordeiro 2003). Além disso, 78% dos casos relacionados a uso de drogas foram notados como de uso exclusivo de álcool e 14% de múltiplas substâncias; como também que 65,8% dos casos foram levados de sua residência e 25% chegaram ao pronto socorro tendo sido socorridos ou retirados em via pública. Por fim, autores e trabalhadores notaram também o quesito raça/cor e a idade desses pacientes e registraram: 46,2% de cor branca, 38,7 % de cor preta e 15% de pardos²³, como também a maior recorrência de entrada de pessoas se deu entre 31 e 40 anos (31,2%) e o maior número de casos de intoxicação alcoólica eram de pessoas entre 21 e 30 anos (46%). Esses dados foram produzidos entre os meses de Agosto e Outubro de 2002, de forma artesanal entre os próprios trabalhadores e compuseram uma série de estratégias que caminhavam no sentido da qualificação do atendimento ao usuário de drogas, foram registrados, vale lembrar, no trabalho de Quaresma, Marchi e Cordeiro (2003).

Outro ponto comum trazido pelas pessoas que conversaram conosco são algumas das características da dependência química. Ora, se era um ponto comum que a “suíte” não tinha qualquer elemento terapêutico para o tratamento, os interlocutores trouxeram também que a proximidade de usuários de drogas com os pacientes de “saúde mental” também não tinha nada de terapêutico. Ou seja, era necessário observar que os dependentes químicos estabilizavam muito mais rápido que os pacientes com transtorno e a convivência entre eles não contribuía em nada para a recuperação do dependente. Ainda para além disso, fazia-se necessário um local para a continuidade do tratamento do dependente que saía da fase aguda da intoxicação e crise de abstinência, para que o mesmo conseguisse, conforme nos disseram, atingir a sua recuperação. Nesse ponto notamos um trecho interessante:

²³ Levando em consideração o critério de definição da População Negra como compreendendo população preta e população parda podemos compreender uma maior prevalência de população negra nesses dados produzidos. No entanto, essa temática não foi desdobrada nem na produção acadêmica nem nas memórias daqueles com os quais conversamos. O que poderia nos levar a pensar como as temáticas étnico raciais, para além das dimensões já mencionadas, eram e são consideradas relevantes para pensar não apenas o consumo de substâncias, mas as trajetórias das pessoas que iam para internação e eram entendidos como que precisando do atendimento psicossocial.

“Temos ciência de que o sucesso de tal recuperação não está totalmente vinculado somente a assistência que o usuário recebe na unidade, porém a falta de acompanhamento pós-alta contribui significativamente para sua não adesão ao tratamento, retornando logo em seguida a seu convívio (contexto familiar ainda não trabalhado pela equipe) e se tornando suscetível a recaídas. (QUARESMA, MARCHI E CORDEIRO 2003, p. 34)

Conforme partilhou conosco um de nossos interlocutores:

“Eu era plantonista dobrado lá, eu tinha dois vínculos. Eu vivenciava em dobro tudo que meus colegas vivenciavam, além da gestão. Então quem eu tratava durante o dia no nível CAPS ad, eu recebia de madrugada no quadro agudo. Era uma porta giratória muito forte porque não existia uma continuidade efetiva, então era muito comum a síndrome de Bournout na equipe, isso era muito evidente. Porque é diferente de um paciente que você pega todo quebrado na ortopedia, ou então no centro cirúrgico ou CTI. Porque nesses você faz um trabalho, faz uma fisioterapia, faz isso ou aquilo e daqui a pouco você o indivíduo recuperado. Não é isso que a gente vê na dependência química, **Você vê o paciente voltar igual ou pior. Na trigésima vez que encontrávamos esse paciente... e como passar isso para a equipe? A rejeição era muito grande**, e é até hoje por parte dos profissionais. Grande parte da equipe não acreditava. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 10, grifo meu).

Portanto, a qualificação inicial foi narrada diante da necessidade de se compreender que o atendimento de usuários de álcool não pode ser o mesmo do que os pacientes com “transtorno” e que se necessitava de uma continuidade específica para o tratamento, além de uma ala específica para os mesmos. Segundo nossos interlocutores ressaltam também em suas memórias, quando indivíduos delirantes, em abstinência, contidos física ou quimicamente, infartados ou com outras questões clínicas sérias eram mantidos todos próximos, a evolução de cada um não colaborava necessariamente para evolução de outro. Então, a necessidade da qualificação do atendimento aos usuários de drogas indicava também a necessidade pela construção de uma ala específica de dependência química. Então, segundo relembram conosco, ficaram separadas uma ala de clínica médica, uma ala de psiquiatria e, no meio entre elas, separou-se uma ala de

dependência química, que foi chamada de Núcleo Especializado no Tratamento do Uso Abusivo e Dependente de Substâncias Psicoativas (NETA)²⁴.

Concomitantemente a criação dessa ala específica, segundo apontaram alguns trabalhadores, foi criado também uma parte ambulatorial localizada na própria unidade hospitalar, porém em outra instalação diferente da internação. Desse modo, era esperado que essa parte ambulatorial cuidasse da continuidade do tratamento, após os pacientes saírem da fase aguda. Conforme os trabalhadores que lembraram conosco desse processo, não havia um funcionamento “maravilhoso”, mas a implementação dessas transformações permitiu uma evolução diferente com os pacientes. No entanto, como lembraram, a existência de uma ala específica durou um tempo limitado, havia uma necessidade do município pela construção de leitos clínicos o que levou novamente a junção das alas de psiquiatria e dependência química. O que relataram, já no início, como retrocesso.

Segundo nos contaram, a existência de alas específicas não significava exclusão ou não comunicação entre clínica e psiquiatria. Conforme nos relatou um interlocutor:

“Então houve três fases, um início totalmente desqualificado, a suíte, depois veio o NETA e as alas clínicas para adultos e crianças. E é interessante que haviam as comorbidades, você tinha pacientes psiquiátricos que tinham dependência química, você tinha demanda clínica que tinha dependência química. Então foi um avanço na época poder tratar o dependente químico ou paciente psiquiátrico tendo o suporte da área clínica. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 10)

Ao mesmo tempo foi lembrado também como o processo foi construído “a toque de caixa”, através de discussões sobre o que se pensava ser o melhor, não o ideal. Nesse sentido, um dos trabalhadores nos contou como nesse início o município já fugiu do que era preconizado. Lembrou como o município não realizou o movimento de construção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais como suporte em caso de risco de vida de algum paciente psiquiátrico e como não construiu nenhum CAPS modalidade III com intuito de acolher os momentos de crise nos próprios serviços. De outro modo, nos contou que o município manteve toda herança histórica vinculada ao CAIS

²⁴ Em 18 de Julho de 2001, foi inaugurado o Núcleo Especializado no Tratamento do Uso Abusivo e Dependente de Substâncias Psicoativas – NETA.

Aterrado e o manteve como referência da psiquiatria, criando no seu território apenas CAPS de modalidade II, inclusive o CAPS ad modalidade II. Então o que se fez foi manter a lógica do CAIS Aterrado como ponto estratégico para estabilização dos pacientes e, então seguia para acompanhamento nos CAPS.

Outro ponto que nos chamou atenção, é a maneira como alguns desses trabalhadores lembraram a relação com a coordenação de saúde mental. Conforme nos contaram, inicialmente, o NETA era uma iniciativa não necessariamente vinculada a coordenação de saúde mental. Segundo um dos interlocutores, eram como se fossem autarquias diferentes. E desse modo, eles não narraram as mesmas impressões de divisão entre profissionais de assistência e profissionais de gestão tal como nos apresentou Ruiz (2003) com seu trabalho sobre a Reforma Psiquiátrica no município. Segundo nossos interlocutores, no âmbito do CAIS Aterrado, todos envolvidos com a transformação no atendimento de usuários de drogas, a própria equipe de fundadores, eram vinculados ao mesmo tempo a assistência e a gestão do processo. Ainda assim, foram lembradas algumas dimensões de uma gestão do hospital, que fazia um planejamento “lindo”, mas nunca descia para o atendimento diário.

No entanto, se na época das transformações dentro do CAIS Aterrado nossos interlocutores nos contaram uma espécie de independência existente na relação entre o NETA (e as discussões que envolviam o atendimento de usuários de drogas) e a coordenação de saúde mental, após a implementação do CAPS ad os trabalhadores com quem tivemos uma interlocução não lembraram uma relação mais próxima. Notamos como a partir das memórias que iniciaram sua atuação já no CAPS ad, os que anteriormente foram lembrados como segunda geração de trabalhadores, também houveram narrativas as respeito de relações distantes entre a equipe, o restante da rede e o restante até mesmo da saúde mental.

A fundação do serviço em uma casa separada do pronto socorro do Cais Aterrado, envolveu não apenas uma mudança de estrutura e organizacional, como também a contratação significativa de profissionais e uma aproximação, ao menos em âmbito institucional, da coordenação de saúde mental municipal. Conforme algumas memórias compartilhadas conosco, foi a partir desse momento que chegaram os profissionais chamados de segunda geração. Os profissionais que conversaram conosco, narraram esse momento como um período relevante e de investimento no serviço. Segundo as memórias, foram marcantes as contratações profissionais que inclusive, segundo lembrou uma de nossas interlocutoras, foram para além de uma

equipe mínima contando com cinco ou mais psicólogas, duas assistentes sociais, quatro conselheiros em dependência química, oficinairos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos psiquiatras, clínicos, fonoaudiólogo.

Para além da chegada de ampla equipe multiprofissional, os interlocutores relembrou também como a primeira casa tinha um espaço físico no qual podiam utilizar tanto salas fechadas para atendimentos individuais, quanto espaços mais amplos ou ao ar livre para atividades coletivas ou oficinas, além de que a casa ficava em uma região central de fácil acesso. Tinham também instrumentos e materiais para realização de oficinas, inclusive havia uma articulação com a secretaria de assistência social, na qual uma profissional oficinaira auxiliava também os profissionais do CAPS ad. Ainda para além disso, alguns profissionais lembraram como chegou a ter um carro para ficar à disposição do serviço para realização de Visitas domiciliares e como haviam periodicamente a realização de viagens com os usuários. A ênfase em aspectos como estes foi ponto comum nas memórias conversadas com trabalhadores que atuaram nessa época. Segunda recorda uma de nossas interlocutoras:

“Porque, assim, eu acho que era um pouco mais fácil você conseguir pensar em possibilidades. E eles (usuários do serviço) não ficavam muito tempo... na verdade, os que conseguiam se organizar com mais facilidade eles iam embora, só os que tinham mais dificuldade é que eles ficavam mais tempo circulando com a gente no serviço. **Mas a gente tinha uma característica de que os usuários iam embora.** (TRECHO INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTORA 12, grifo meu)

Nos chamou atenção como foi um elemento comum na memória de todos os profissionais com quem conversamos que atuaram nessa época uma consideração de que esse foi um período não apenas de investimento, mas também um período em que consideravam que o CAPS ad mantinha um funcionamento adequado para um CAPS. E dentre os argumentos que foram mobilizados para confirmar esta ideia tivemos os da existência de múltiplas estratégias terapêuticas, principalmente, dos grupos e oficinas. Conforme nos contaram alguns trabalhadores:

“Só que como a equipe era mais estruturada tinha muitas oficinas, então existia um elemento inicial que era o acolhimento, que era acolher, levar aquele caso para a equipe e dali fazer um planejamento terapêutico. Quais oficinas, quais demandas e tal. **Só que tinham várias oficinas, era o dia**

inteiro de atividades, indo para a casa então ficou ainda mais rico. Então tinham aqueles que entravam em regime intensivo, tinham aqueles semi-intensivos e até aqueles não intensivos né. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 10, grifo meu)

“Nesse período conseguimos estruturar, mais ou menos, as atividades. **Tinham muitos grupos**, grupos de mulheres, grupos de homens, grupos mistos, grupos de usuários de álcool, grupos de usuários de múltiplas drogas. A gente tinha conseguido fazer uma etapa. Era como se fosse classificação. A gente tinha os grupos de primeira fase, de segunda fase e tinha os grupos de alta. Nesses grupos a gente trabalhava qualificação profissional, currículo, mercado de trabalho. Enfim, perspectiva de vida. A gente conseguiu minimamente organizar dessa forma. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12, grifo meu)

Outra profissional que teve seu trabalho marcado pela passagem em dois momentos distintos, um primeiro no interior do CAIS Aterrado e outro que se iniciou em 2010 e se mantém até a presente data nos contou:

“Mas quando eu cheguei aqui em 2010 tinham muitas oficinas, então os pacientes podiam vir todos os dias porque tinha atividade para eles. Tinha oficina de costura, de dança, de artesanato, de fotografia, futebol e mais os grupos terapêuticos. A maioria dessas atividades acontecia no CAPS ad mesmo. E isso tem sua importância, **tem que ter atividades para eles não ficarem aqui sem fazer nada.** Porque tudo tem um princípio, meio e fim. Eu vejo a dependência química é uma doença que o índice de recaída é muito grande. Mas isso não quer dizer que eles tenham que ficar aqui dentro. Se recair, eles podem retornar, mas não tem por que ficar mantendo. **Em 2010 se o paciente ficava muito tempo sem vir ao serviço a gente ligava até três vezes se ele viesse era reinserido no programa, se não, o prontuário era desativado.** Hoje o prontuário fica, fica... TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 4, grifos meus).

Dentre os aspectos comuns nas memórias de nossos interlocutores, notamos ainda, para além de terem mencionado a existência das várias atividades, mencionaram também a presença de um dos trabalhadores “fundadores”, tomado como referência no assunto da dependência química (médico clínico) como supervisor. Conforme nos disse uma trabalhadora:

“Enquanto tínhamos ele, não tínhamos muita ideia do que o CAPS ad fazia, mas ele nos provocava e colocava muito isso do acolhimento, da escuta qualificada, do gerenciamento do caso. Colocava dessa articulação com o território, com a rede de apoio da pessoa. Enquanto a gente tinha a supervisão, a gente conseguia sustentar mais o trabalho”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12)

A possibilidade de uma supervisão, a continua discussão sobre o que era atender pessoas usuárias de drogas, o que se devia fazer em um CAPS ad, o que era atender situações de dependência química foram questões levantadas pelos trabalhadores com quem conversamos como algo que era indispensável para trabalhar. E é a partir desse ponto que notamos algumas perspectivas diferentes entre os nossos interlocutores também. Se em um primeiro momento de nossas conversas houve uma tendência a rememorar a implantação do CAPS ad com uma perspectiva triunfalista, ou seja, de contínuos avanços no sentido de investimentos, Reforma psiquiátrica e qualificação da atenção, houveram também os momentos em que são narradas contradições ou permanência de questões estruturais.

Segundo o que um de nossos interlocutores lembrou com entusiasmo, os trabalhadores denominados fundadores tiveram a oportunidade de realizar um curso de qualificação para o atendimento de usuários de drogas, junto com outros profissionais de diferentes localidades do Estado, como parte do projeto de implantação dos CAPS ad. Desse modo, os cinco profissionais fundadores, ao passarem por essa formação, estavam envolvidos com a transformação da assistência, do próprio modelo de atenção e eram para ser “multiplicadores” da própria discussão sobre qualificação. Ora, quando fomos conversar com os profissionais da segunda geração, que iniciaram em um CAPS ad sendo implementado, os próprios profissionais fundadores não estavam mais constituindo a equipe, segundo as memórias daqueles com quem conversamos. Após o início do serviço de saúde mental em local próprio, apenas um dos trabalhadores fundadores estava presente, justamente, o tomado como a principal referência. Os outros não se mantiveram por muito tempo no serviço.

Ainda assim, as memórias resgatadas dessa época indicaram que houveram já em 2006 (cerca de dois anos depois da implementação do serviço) mudanças na coordenação de serviço, sendo que foi indicada uma pessoa para a coordenação que tinha sido contratada há pouco tempo e estava conhecendo do serviço. Nesse

movimento, o coordenador foi passado para a posição de supervisor do serviço e a nova coordenação passou a ditar os rumos que o CAPS ad tomaria dali em diante. Quando perguntamos aos trabalhadores como chegaram ao serviço nesse período (por volta de 2004), eles nos indicaram:

“Todo mundo RPA, todos indicação política, não houve nenhum processo seletivo. A gente deu sorte que nesse momento todo mundo vestiu a camisa. A gente realmente não sabia o que estava fazendo, não tinha muito um direcionamento. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12, grifo meu).

Essa mudança no âmbito da coordenação, a existência do supervisor enquanto profissional de referência foram lembradas com sentidos diferentes. Se por um lado, os profissionais dessa época com quem conversamos lembram de profissional supervisor enquanto uma referência para eles, não nos pareceu ser da mesma forma quando falaram da participação desse profissional no cotidiano do serviço. Alguns relatos indicaram que a saída desse profissional do cargo de coordenação, sua passagem para supervisor do serviço e, depois disso, como foi sendo deixado de lado nos indicaram que houve alguma disputa pelo direcionamento do trabalho, ainda que isso não esteve evidente para nossos interlocutores, ou pelo menos nas memórias partilhadas. De todo modo, lembraram como esse profissional de referência foi o responsável desde levar o projeto até a câmara de vereadores e justificar a implantação do serviço, de orientar as mudanças no interior do CAIS Aterrado, de coordenar em primeiro momento a implantação do CAPS ad, posteriormente, de conseguir supervisionar o trabalho realizado pela equipe. E, para além disso, lembraram também como ele passou por duros enfrentamentos políticos e também o adoecimento pessoal.

De outro modo, o que nos foi evidenciado é que o coordenador que assumiu então, após essas mudanças mencionadas, trazia uma perspectiva diferente da gestão do serviço, ainda que não o conhecesse propriamente. Nossos interlocutores lembraram, como havia na nova coordenação, uma iniciativa de romper com alguma concepção sobre o atendimento. E notamos, em diferentes momentos, como essa coordenação é narrada como a que perdura o maior período de tempo (cerca de 6 anos entre 2006 e 2012 segundo as memórias).

Nesse período, nos chamou a atenção como foram lembradas as variadas atividades que existiam no CAPS ad e como também foi lembrado como a equipe era

muito fechada. Uma de nossas interlocutoras enfatizou como a equipe não tinha comunicação com a rede e até para além disso, em diferentes momentos pareceu não ter comunicação com a própria área de saúde mental. Lembrou que como aconteciam eventos que eles como equipe por vezes nem ficavam sabendo, em outros momentos cruzavam com alguém da coordenação de saúde mental que perguntava porque não tinham ido no evento e respondiam que nem tinham ficado sabendo. Segundo procurou nos contar, nesse período a gestão do serviço apresentava uma perspectiva como: “o que não é visto, não questionado. Havia uma coisa de proteção da equipe” (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12).

Tais aspectos nos chamaram atenção, pois evidenciaram um contraste de narrativas, por exemplo, do mencionado pelos trabalhadores fundadores da importância de articulação com outros setores, serviços ou redes de apoio para um cuidado integral do usuário de drogas e do isolamento narrado por profissionais que começaram a trabalhar pouco tempo depois.

Outro aspecto que cabe ser mencionado, foi como os nossos interlocutores, de forma comum, lembraram como foi no período mencionado, entre 2005 e 2012, que tiveram o processo de trabalho mais organizado e sistematizado. Os profissionais com quem conversamos creditaram isso a diferentes aspectos, como a contratação ampla de trabalhadores para compor a equipe, a existência de supervisão, as possibilidades de atividades diferentes, mas também a permanência por longo período de uma mesma pessoa no cargo de coordenação. Estes e outros aspectos, conforme nos contaram, pareciam contribuir para uma organização a longo prazo do serviço.

Como se dava a sistematização do trabalho efetivamente foi pouco mencionado nas memórias, ficou mais evidenciado para nós que haviam divisões mais nítidas de tarefas, inclusive distinções mais nítidas das diferentes classes profissionais. Nesse sentido, alguns interlocutores trouxeram como havia o trabalho dos oficineiros, dos conselheiros em dependência química, os atendimentos mais específicos de psicologia, mas não tivemos nenhuma descrição de como se constituíam essas diferenças no atendimento diário. Um aspecto rememorado por uma das trabalhadoras ressaltou como na sistematização de sua prática nunca houve estruturação para atendimento às crises no serviço. Segundo nos contou, organizacionalmente a equipe não se arranjava para tal, uma vez que também não dispunha de estrutura ou recursos algum para acolhimento de situações agudas. Isso, que era somado a uma relação por vezes conflituosa com a equipe do CAIS Aterrado (referência para situações agudas ligadas a crises de

abstinência ou intoxicação), fez com que a equipe se organizasse em escalas de plantão que tinham o objetivo de garantir o acolhimento de todos os usuários. Para além disso, alguns trabalhadores enfatizaram também como havia meios para se trabalhar projetos terapêuticos de regimes intensivo e semi-intensivo no CAPS ad, fazendo com que os usuários passassem mais tempo em mais oficinas e grupos.

Os profissionais ressaltaram como a existência de uma equipe ampla, possibilitava a existência de distintas iniciativas terapêuticas no serviço, tornando possível a efetivação de projetos terapêuticos intensivos, o que permitia, segundo nos contaram, o acolhimento dos usuários mais graves. Esse aspecto foi constantemente mobilizado nas conversas com os trabalhadores, a saber, a de que a possibilidade de oferta de distintas atividades grupais, além dos atendimentos individuais, foi e ainda permanece sendo fundamental para o atendimento dos usuários graves. Para que fosse possível ofertar para estas pessoas estar no CAPS ad o dia inteiro, ou mais dias na semana.

Aliado a isso, eles nos relataram ainda, como com os grupos existentes, eles conseguiam saber do que acontecia no serviço, do que se tratava cada grupo, qual era o objetivo, qual público buscava trabalhar. Outro elemento comum dessas memórias, foi uma divisão das atividades grupais por fases. Seguindo essa lógica, as atividades durante esse período, são lembradas como tendo início, meio e fim. Portanto, ainda que o próprio serviço não mantivesse articulação com outros setores, os trabalhadores relembrou como havia um grupo de alta, e como muitos usuários ganhavam autonomia e saíam do acompanhamento. Ainda que depois voltassem. Segundo nos contou uma trabalhadora sobre a lógica dessas fases:

“Eram grupos de acolhimento, era grupo de pessoas que estavam chegando no serviço e que tipo, eu sei o que quero, eu sei o que não quero. Ai, eu quero continuar, eu quero ficar bem, eu quero pensar em outras coisas na vida, além de usar. Então, quando ele começava muito com essa maturidade, ele já ia para segunda fase. Mas os casos eram discutidos. Era por dupla, mas a gente levava para a reunião de equipe também. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12).

A trabalhadora nos contou ainda, como havia uma lógica de atuação da equipe que operava por duplas profissionais. Haviam as referências individuais, ou seja, a equipe operava por uma lógica do técnico de referência para cada usuário, no entanto,

nenhum técnico de referência atuava de forma isolada em algum caso. Conforme nos contou:

“Trabalhávamos em duplas, tinha as referências individuais (técnicos de referência), mas **atuávamos sempre em duplas**, como a equipe era muito grande dava para fazer isso. Tínhamos muito o feedback em relação aos usuários, era uma construção mais coletiva. **Quando a coordenação saiu, aí começou a ter um racha na equipe. Como se tivessem facções diferentes.** Daí a equipe começou com umas coisas do tipo: ah a gente não vai conversar com vocês. A partir daí começa a ter muita insatisfação”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12, grifos meus)

Ao lembrar da saída do profissional da coordenação que havia permanecido, segundo nos contaram, entre os anos de 2006 e 2012, nossa interlocutora lembrou sobre como nessa época houveram uma série de mudanças na equipe profissional. Ao lembrar desse aspecto, novamente comentou como praticamente toda a equipe não tinha estabilidade e como com a saída do coordenador, parecia que quem entrou tinha que mandar algumas pessoas embora. Os aspectos relacionados a demissão de profissionais não foram detalhados, mas um que foi repetidamente relatado estava relacionado ao fato de que com a mudança de coordenação se esperavam mudanças na forma de organização da equipe, dessa forma se introduziu a ideia de que no CAPS cada profissional deveria fazer um pouco de tudo. Segundo algumas memórias, haviam profissionais que se dedicavam exclusivamente a atender usuários de álcool, outros, como exemplo alguns psicólogos, atendiam exclusivamente individualmente, outros ainda focavam exclusivamente abstinência. Nesse momento então passou a haver mais explicitamente não apenas os conflitos interpessoais como mencionado, mas também divergências quanto aos arranjos organizacionais, como os profissionais atuavam, como se organizavam os grupos. Como lembrou uma de nossas interlocutoras:

“A partir de 2011 entra uma galera concursada né. Tiveram algumas pessoas que entraram por concurso. Mas eu acho que foi pouco, nunca completa. A gente sempre teve isso. Muita coisa foi acontecendo nesse processo. Na época a gente recebia dois salários e isso não foi ajustado entendeu? Então isso começou a pesar ao longo do tempo né. Não tinha passagem, não tinha alimentação, isso foi fragmentando muito. Perdeu a supervisão e fomos perdendo muito. Essas questões do trabalho foram só piorando. Os grupos

foram perdendo intencionalidade. Ficou sendo uma coisa assim.. depois que você chegou para trabalhar com a gente já não tinha intencionalidade, você via que aquilo ali só estava acontecendo”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12).

A partir do período de 2012 aqueles trabalhadores com os quais conseguimos conversar nos indicaram em suas memórias movimentos que nos apontam mais para a terceira geração do trabalhadores. Ou seja, apesar do indicado pela trabalhadora de que chegaram profissionais concursados, ainda assim, em nenhum de nossos interlocutores a chegada dessas pessoas foi lembrada como período de maior estabilidade no serviço. De outro modo, as memórias vão resgatando pontos que indicam alta rotatividade profissional ao mesmo tempo em que dificuldade para se manter a mesma rotina organizacional do serviço. Uma trabalhadora partilhou conosco sobre sua experiência ao chegar ainda em 2010:

“Quando eu cheguei em 2010 em uma semana o coordenador me deixou solta né. Aí eu entrava em um grupo, entrava em outro grupo e ia vendo como acontecia. Você não sabe direito o que fazer né. Aí me deram uns usuários de referência e assim foi. Eu entrei no lugar de uma profissional de psicologia que criava caso com todo mundo. **Ela me acolheu aqui no serviço, era uma pessoa muito organizada. Me passou referências, me mostrou. Foi uma coisa que eu acho que ninguém mais teve. Alguns dias depois ela foi embora.** Eu cheguei na segunda-feira e na quinta-feira ela já tinha ido embora. Ela fazia grupo de famílias, mas na mesma semana o coordenador mandou ela embora. Ele chegou para mim e disse: você vai fazer um grupo, escolha qual grupo você quer fazer. Aí eu fiquei perdida, que grupo que eu vou fazer? Porque de onde eu vim era muito organizado, tinha uma grade de atividades. Ao invés de um planejamento, pensar quais questões seriam abordadas, não... você vai fazer um grupo, escolha. Como eu vinha de uma clínica de reabilitação para dependência química, a gestão entendeu que eu sabia tudo. Mas CAPS é diferente de clínica”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 4, grifo meu)

A maior parte dos trabalhadores com os quais conversamos que iniciaram suas atividades após esse período entre 2010 e 2012, contados por alguns como períodos mudanças, iniciaram no CAPS ad a partir de 2016 e, principalmente, a partir de 2017. Essa parte do grupo de trabalhadores, compreendidos como a geração mais recente,

trazem uma série de aspectos comuns em suas memórias, sobretudo, ligadas a sua chegada no serviço, início de sua atuação e impressões iniciais que tiveram com o trabalho. Do conjunto dessas memórias, a noção de como o serviço é continuamente desestruturado ganhou bastante destaque:

“[...] Aí quando o serviço está começando a se reestruturar, a se fortalecer novamente, aí já deu quatro anos e aí troca tudo de novo. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 11).

Foi um ponto comum na conversa com todos os trabalhadores desse período que seu início no serviço ocorre por consequência de uma oportunidade de trabalho, sem que houvesse necessariamente investimento profissional na área. Foi notável, inclusive, como esses trabalhadores narraram a oportunidade de trabalhar no CAPS ad enquanto um meio de subsistência temporário ou uma experiência inicial de trabalho. Em nenhum momento qualquer um de nossos interlocutores apresentou intuito ou segurança de permanência no serviço, apenas nos apresentaram que permaneciam, pois precisavam sobreviver. O trabalho foi rememorado mais como meio de subsistência do que como uma atuação ou trajetória nas políticas de saúde.

A insegurança no cargo e a perspectiva de que podiam ser demitidos a qualquer momento se apresentou como uma memória viva para alguns e até mesmo matéria de brincadeira em algumas conversas que tiveram conosco. Assinalar essas perspectivas, suas relevâncias na realização dessa pesquisa, tem menos a ver com a trajetória pessoal desses trabalhadores e está mais ligada aos modos de vinculação com o serviço público. Essa vinculação foi lembrada como frágil e “solta”, por conseguinte, os modos pelos quais esses profissionais rememoraram sua aproximação com as atividades no serviço foi marcado por percepções de pouco direcionamento, “falta de intencionalidade nas ações”, ou mesmo enquanto falta de gestão.

Um de nossos interlocutores lembrou com muita ênfase sobre o primeiro dia em que chegou para trabalhar, era graduando em psicologia realizava estágio curricular em alguns dispositivos de saúde mental e em dado momento conseguiu a oportunidade de trabalho no CAPS ad em cargo de nível médio. Lembrou que primeiro “surtou” ao saber que era o CAPS ad, pois não sabia quem era a população atendida pelo serviço e se tratavam de temáticas que ele não tinha aproximação. No dia em que pisou no serviço, lembrou conosco, havia se arrumado e preparado uma apresentação, ao

chegar na recepção a profissional de serviços gerais lhe orientou que entrasse para conversar com a equipe. Ao entrar, uma profissional lhe olhou e orientou que saísse e esperasse na recepção e não entrasse nas salas de atendimento, pois algum técnico lhe atenderia na recepção, uma vez que era reunião e não momento de atendimento à pacientes. Esse trabalhador, nos contou como ao ser confundido com um usuário do CAPS ad, enquanto um homem negro de cabelos crespos, fez com que lhe pedissem que não circulasse pela casa do serviço. No mesmo dia, lembrou ainda, teve a oportunidade de se apresentar para a coordenação do serviço que não o conhecia e as sensações foram que havia um clima de desastre. Ressaltou como, ao dizer que havia feito uma vez um curso online de cerca 30 horas sobre uso abusivo de maconha, foi o suficiente para que ouvisse em retorno: “que ótimo!! Está pronto para trabalhar então” (trecho de interlocução – interlocutor 2). Para além disso, nos contou que foi aprendendo sobre o serviço, como estava funcionando, quem eram os usuários acompanhando outros profissionais e se deparando com dilemas.

Outro trabalhador nos contou como ao chegar estava totalmente perdido no serviço e, mais do que isso, como foi “jogado”, conforme recordou:

“Quando eu cheguei no serviço, foi jogado, foi tipo: vai lá que está precisando. O que eu tinha ideia da saúde mental foi quando eu passei pela universidade. Na contratação, não foi falado nada. Quando eu entrei, entrei como RPA. É contratado para isso mesmo, para não ter dor de cabeça. Eu me sinto assim, na verdade a gente não é direcionado. Não é treinado. Todo mundo é assim.” (trecho de interlocução – interlocutor 11).

Esse mesmo trabalhador levantou conosco uma percepção que tomamos importante quando nos referimos às especificidade profissionais, segundo relatou:

“Quando uma pessoa entra no serviço ela tem que ter um treinamento. Isso a enfermagem, a psicologia. Quando falamos a questão de gestão de ter que direcionar também tem muito disso. Olha só, quero que você venha atue dessa forma aqui, você vai entrar nos grupos que acontecem, você vai atender paciente que chega aqui, vai aferir uma pressão, vai ver a questão clínica dele. Porque tem o médico clínico que faz o papel do psiquiatra. Tem o enfermeiro que faz o papel de psicólogo. A gente acaba fugindo de nossa área. Porque tem o médico clínico que de repente podia prescrever um soro glicosado. A gente podia ter mais os usuários aqui com a gente e desafogar as

UPAs ou o Cais mesmo. Às vezes, até os usuários mesmo, se sentirem mais acolhidos, as vezes chega aqui em crise. Eu sei que no hospital vão tratar mal. Po, as vezes era desse acolhimento que a gente precisava aqui. Muitas vezes o cara não quer ouvir que é para ele parar de usar drogas, ele precisa se recuperar de alguma coisa mais imediata. **Então, as vezes, a gente mesmo muda o perfil de um serviço porque o próprio serviço não nos direciona mesmo.** O médico clínico, quando ele é contratado, é contratado com intuito de desafogar o psiquiatra. Tipo, vai lá, atende e ajuda o psiquiatra. Nosso psiquiatra hoje está com uma agenda de três meses, Junho, Julho, Agosto, o atendimento está para Setembro”. (Trecho de interlocução – interlocutor 11, grifo meu)

E partir dessas memórias e percepções sobre sua chegada no serviço, nosso interlocutor nos contou ainda como construía relações de cuidado com os usuários do serviço:

“Então eu ia tentando fazer algumas coisas mais contemporâneas, **mas não recebi treinamento, poxa sou enfermeiro. Tipo assim, a galera que estava conversando ali são meus vizinhos, meus amigos e tudo o mais. E eu falava de uma forma meio que de igual para igual com eles.** Conforme foi passando o tempo, que já não tinha também o que mais falar no grupo, surgiu a ideia de dar um pulo na quadra, pegamos um bola e fomos jogando bola, com um tempo foi surgindo uma galera”. (Trecho de interlocução – interlocutor 11)

Ainda segundo outro profissional:

“O que me ajudou a estar aqui, foi uma pós- graduação que fiz sobre saúde mental em que os professores eram trabalhadores da rede de saúde aqui do município. Com eles eu já tinha entendido que vir para um serviço como esse seria... Mas até hoje eu não entendi porque vim para o CAPS ad, minha pós foi mais voltada para as questões que vemos nos CAPS II, mas aí me colocaram aqui. E não conversaram comigo sobre o serviço, só cheguei aqui, fui recebido e passei a acompanhar as pessoas aí para ver como funcionam as coisas. Mas é muito difícil, porque você vê que os caras não querem estar aqui, vem mesmo por outros motivos. Ou a família já começou a falar com ele, ou o trabalho tá ameaçando, ou as vezes nem quer voltar para o trabalho. Mas você não vê um interesse em estar aqui aderir e ir com o tratamento até o final. Aí também, você não tem um trabalho adequado para ofertar aqui.

Acaba sendo tão desgastante que você adoce e acaba lidando de maneira errada com os pacientes, as vezes até punindo mesmo. **Já vi meus colegas deixando usuário esperando porque estava intoxicado e não queriam conversar com o cara intoxicado. Eu acho isso problemático, mas as vezes você falar dá problema porque não é da sua referência**”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 1, grifo meu)

Os modos de contratação, recepção e orientação dos trabalhadores foram lembrados pelos mesmos como fragmentados, na medida em que narraram suas sensações de serem alocados no serviço sem explicações ou direcionamento. Por conseguinte, as chegadas no serviço, foram lembradas também como fragmentadas e a aprendizagem pelo trabalho ocorreu acompanhando camaradas de equipe que chegaram para trabalhar e enfrentaram o mesmo processo. Desse modo, os nos contarem sobre os impactos que viveram, para além dos desgastes pessoais, os modos pelos quais as atividades ou modos de organização do serviço, foram passados reproduziram a própria fragmentação. Isso se desdobrou na individualização do profissional responsável por fazer uma atividade grupal, ou na própria compreensão da ideia de técnico de referência, como explicitado pelo interlocutor 1. Como nos afirmou também uma trabalhadora: *“Fica cada um por si. Os próprios usuários ficam vinculados às pessoas, não ao serviço. É cada um por si”*. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – interlocutor 5)

As memórias e percepções apontaram distintas noções de tratamento para a população atendida no serviço. Essas compreensões não foram consensuais entre os profissionais, por exemplo, quanto o que se passava nas atividades coletivas, os objetivos, relevância, formas de condução e também da própria adesão dos usuários. Além, certamente, das próprias maneiras como os profissionais eram levados a se engajar em tais atividades.

“Eu comecei a participar do Superação quando a psicóloga saiu. Acho que foi em 2017, não sei direito porque quase não via ela aqui. Ela foi reduzindo a carga horária até sair do CAPS. Aí foi tipo: A fulana saiu, assume o grupo Superação, você já fez, já conhece os usuários. Foi assim com o grupo Superação e mais ou menos na mesma época com o grupo de mulheres. Foi definido em reunião de equipe e foi isso aí. Os usuários eram todos idosos, alcoolistas, tudo tinha desistido da vida, eles gostavam de reclamar né”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 2).

Um de nossos interlocutores lembrou também como quando estava chegando no serviço em 2019 ainda no primeiro mês de trabalho viu metade da equipe ser demitida. O que nos contou com bastante ênfase foi como perdeu suas referências de categoria profissional neste momento. E como a partir disso percebeu os grupos que aconteciam no serviço com estranheza, contou que, pelo que se recordava, os grupos pareciam ser os mesmos, eram grupos de conversa e parecia que sempre tratavam da mesma coisa.

Notamos que as memórias sugeriram correlações entre o que os profissionais lembram de sua chegada no CAPS ad e de como foram percebendo e se engajando com estratégias de trabalho. Nesse aspecto foi um ponto comum nas lembranças dos trabalhadores da terceira geração o estranhamento das atividades grupais que aconteciam no serviço. Ainda que as lembranças não sejam consensuais, houve um ponto comum de problematização sobre as iniciativas operadas no serviço, bem como à vinculação ou adesão dos usuários nas mesmas. Isso principalmente entre os trabalhadores que estão atualmente no serviço. Esses trabalhadores também fizeram uma divisão temporal que entenderam como significativa: um antes da pandemia, em que o serviço funcionava com variadas atividades coletivas; um após o início da pandemia, em que o serviço passa a funcionar de modo ambulatorial, com agendas de atendimento individual para os profissionais e a dificuldade de retorno das atividades coletivas em 2022.

Entre as atividades coletivas que existiam no serviço antes de 2020, grupos como Superação, Renascer, grupo de mulheres, grupos nossas escolhas foram lembrados por alguns profissionais como estratégias que existiam apenas porque os usuários tinham o entendimento de que aquilo ali era o tratamento deles. Segundo uma profissional:

“Eu acho que tinha um sentido de que eles estavam em tratamento. Assim na cabeça deles eles estavam em tratamento. Estavam sendo tratados de alguma forma. **Tinha usuários de 10 anos de serviço, mas eles continuavam vindo né, nada mudava. Nada nunca mudou. E para eles tudo bem. Porque eles estavam em tratamento.** No final das contas, eu só fazia um bate papo. A maioria gostava muito de falar sobre a época que eles trabalhavam na CSN, sobre a época que ele iam manguaçados trabalhar. Muitos começaram a beber lá”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 2, grifo meu)

Como também recordaram sobre o grupo de mulheres:

“Foi outra profissional que me passou o grupo de mulheres. As mulheres tentam descolar umas drogas, para a profissional isso não pode. Elas eram escrachadas, mas depende da mulher. Tinham as alcoolistas e as que faziam uso das drogas ilícitas. As alcoolistas, tinham uma pegada meu deus não posso beber, minha vida está uma merda. E tinham as outras, tinham umas que ficavam: uhuu cheirei hoje, muito bom! Teve uma que quando colocou silicone, queria mostrar para todo mundo. Era usuária de cocaína e dizia: Pô eu amo usar cocaína, pô muito bom. Isso dependendo do profissional é um problema”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 2)

Outra profissional compartilhou conosco:

“Nas poucas vezes em que entrei nos grupos me senti assim também. Parecia que nada que você falasse ali tinha algum efeito, surtia algum efeito. Porque tinha uma questão depois de voltar para os mesmos dizeres. O assunto dos grupos era sempre o fracasso. Era sempre os momentos ruins. Entendeu? Não era nunca se algo tinha melhorado. Tipo, ah na semana passada eu bebi, cai e bati a cabeça fui parar no hospital, por pouco eu não morri”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 8)

Se trabalhadores que iniciaram sua atuação a partir de 2016 compartilharam conosco memórias de que tinham inquietações sobre o funcionamento dos grupos, outra profissional, atuante no serviço desde 2010 e, durante esses anos, coordenando uma atividade grupal denominada Nossas escolhas, nos disse:

“Quando eu faço meu trabalho no grupo nossas escolhas, eu trabalho sentimento e comportamento porque eu vejo que os dependentes químicos quando estão bastante comprometidos, eles são mentirosos, são manipuladores. Eles não tem responsabilidade com nada e são pessoas muito sensíveis, quando você... falo por experiência própria também, porque o adicto da minha vida tenho um ótimo relacionamento com ele e foi graças ao grupo Nar-anon²⁵. Eu conheço a história dele, não é meu filho, é meu sobrinho, eu sei o quanto ele sofreu. O quanto couraça ele tem. Então não olho o dependente químico como maconheiro, viciado. Mas como uma pessoa que tem uma doença muito séria, uma doença psiquiátrica, mas

²⁵ Nar-Anon, conhecido oficialmente como "Grupos Familiares Nar-Anon", é um programa de doze passos para amigos e familiares de pessoas afetadas pelo vício de outra pessoa.

também uma doença psicológica muito grande. Então trabalhando sentimentos e emoções a gente ouve cada história. Não tem ninguém que ouça eles não, lá fora não tem. E tudo que eles fazem tem um ponto de interrogação. Então eu tento contribuir com esse olhar que eles tem que ter para eles mesmos”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 4)

Essa trabalhadora da segunda geração se recordou que sempre, nas atividades grupais em que coordenava, havia um objetivo de trabalho e, para além disso, ainda se recordou de quando o serviço tinha um trabalho de “início, meio e fim” do acompanhamento, o que garantia uma melhor organização de trabalho. A profissional compartilhou que sua percepção sobre o serviço nos últimos anos era de que já não mais havia a mesma organização, porém, manteve nos seus grupos os objetivos que procurava trabalhar.

Os trabalhadores de terceira geração lembraram que atividades grupais como o grupo Superação, Renascer, Nossas Escolhas, Grupo de mulheres, faziam parte de uma rotina, porém, não viram nessas atividades contribuições significativas para o cuidado dos usuários. Relembra ainda que foram levados a coordenar alguns desses grupos, principalmente, em decorrência da saída de profissionais mais antigos.

De todo modo foi notável um contraste de perspectivas e memórias. Alguns trabalhadores trouxeram que ainda que as diferentes atividades grupais não tivessem uma sistematização muito evidente, havia uma “intencionalidade”, produção de vínculo entre usuários e profissionais, de modo que os usuários sentiam-se acolhidos. Outros trabalhadores, sobretudo aqueles que acessaram ao serviço após 2017, não apresentaram a mesma perspectiva, lembraram que além de não haver uma proposta clara com os grupos, o funcionamento que percebiam reproduzia uma condição estigmatizada, da drogas enquanto mal e da abstinência como meta, ainda que na realidade fosse mais parâmetro de fracasso ou recaídas.

É a partir dessa perspectiva que nossa interlocutora, no trecho mencionado acima procura nos contar sobre sua contribuição. Outra trabalhadora nos disse ainda sobre o grupo Superação, inicialmente destinado ao cuidado dos chamados alcoolistas, usuários com consumo de álcool:

“A gente tinha uma profissional que só gostava de atender usuário de álcool, até porque o perfil dela era muito mais abstinência. Isso então era uma

organização oficial do serviço. Eu acho que era apenas uma profissional que tinha isso. Ela tinha uma forma muito dura. Era bem... A gente chamava ela de general. Para o alcoolista funcionava bem, eles começavam e seguiam mesmo, para os usuários de muitas drogas, não. Ela tinha o grupo primeira fase e depois de segunda fase. Quando essa profissional saiu do serviço foi uma perda muito grande para o serviço, porque os usuários se identificavam muito com ela”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12)

Conforme se recordou, foi a contínua saída de profissionais que foi dificultando a continuidade dos grupos e outras atividades coletivas, pois foram saindo profissionais com quem os usuários mantinham vínculo. Essa foi uma perspectiva comum para todos os trabalhadores com quem conversamos. Alguns lembraram como era desastrosa a saída de pessoas da equipe tanto para continuidade do cuidado dos usuários, como também dos arranjos de trabalho da própria equipe, que inicialmente procurava realizar o trabalho diário sempre em duplas e paulatinamente isso vai sendo inviabilizado e os trabalhadores começaram a acumular tarefas e usuários, segundo a lógica do técnico de referência. Segundo nos contou ainda uma trabalhadora:

“Os grupos perderam intencionalidade. Ficou sendo uma coisa assim... depois que você chegou para trabalhar com a gente já não tinha intencionalidade, você via que aquilo ali só estava acontecendo”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 12)

Tomando como referência as mudanças ocorridas no serviço a partir de 2017, com a saída de muitos profissionais com muitos anos de casa uma das trabalhadoras se recordou:

“Descaracterizou totalmente o olhar de CAPS ad. Por mais que eu veja que a equipe era dividida, a equipe antiga tinha seus problemas, mas eles tinham um olhar de cuidado enquanto o paciente no uso de substâncias. Tinham os grupos, né época não entendia direito como funcionava os grupos, tinha que ter oficina e tal, mas assim tinham os grupos e eram movimentados e tal, os usuários alguns estavam bem, os usuários se sentiam cuidados minimamente. **Os grupos eram bem cheios**, nenhum grupo fica cheio toda semana se eu não estou me sentindo bem nele, se não tem um efeito, se não tá funcionando para mim, entendeu? **Teve um esvaziamento do CAPS ad antes mesmo da pandemia. Porque teve descaracterização, os atendimentos mesmo foi cada um fazendo do seu jeito. Não é assim, a gente tem que adequar as**

normas do CAPS, é apreender o seu trabalho. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 6, grifos meus)

A partir dessa memória acerca dos impactos da mudança de profissionais no serviço surgiram aspectos relevantes a partir de dois marcos na experiência do seu trabalho no CAPS ad, em 2017 quando inicia e, posteriormente, em 2020 com a pandemia. Houve uma memória comum entre os trabalhadores que atuaram antes de 2020 até depois do início de 2022 de que o CAPS estava esvaziado. Esses trabalhadores fizeram uma comparação entre como sentiam o dia a dia antes da pandemia, em que havia fluxo de gente pela casa, principalmente com os grupos, e como após a pandemia não conseguiam retomar as atividades coletivas, pois os usuários simplesmente não estavam indo.

Quanto às memórias sobre o decorrer da pandemia, algumas pessoas relataram que foi o pior momento de trabalho que já tiveram. O início de 2020 foi marcado pela demissão progressiva da equipe, além disso, pela dificuldade para lidar com as demandas. Segundo trouxe uma trabalhadora, a demanda aumentou muito e eram, principalmente, demandas de ansiedade ou de cunho mais “psicológico”. Pessoas que normalmente não procurariam um serviço como o CAPS ad chegavam lá pedindo ajuda. Outros profissionais recordaram que houve uma dúvida sobre se de fato a demanda tinha aumentado demasiadamente, ou se pelo fato de que tinham duas pessoas apenas (em dado momento) para realização dos atendimentos fez com que qualquer demanda parecesse extrapolar as condições da equipe. Segundo o relato de uma profissional:

Então quando eu fui remanejada eu fiquei muito chateada... por que foi exatamente quando estávamos numa situação do eu não tenho nada e estou fazendo tudo. O psicólogo não tinha tempo de almoço, não tinha tempo para respirar. Ele levantava 30 min, comia um pão e uma caneca de café. E ia atender. **Não dava para parar de atender, porque tinha muito atendimento para ele. Muita demanda psicológica por causa da pandemia** muita demanda das referências dele entendeu? Então literalmente lutou com nada, fazendo de tudo que a gente podia. E a gente não podia fazer nada. Foi muito frustrante. Eu saí de lá jurando que nunca mais ia voltar. Fiquei muito frustrada.

Sou recém formada não quero perder a esperança de ajudar as pessoas agora. Me senti literalmente adoecida e aí foi quando eu fui para residência terapêutica. Toda vez que converso com o enfermeiro, ele fala como é voltar

para lá. Falo com ele no hospital. Como é voltar no CAPS ad e como é não se sentir como um enfermeiro, não se sentir útil. Ah mas eu preciso de dinheiro. Não é não gostar de saúde mental, é não conseguir lutar mais em um lugar não valorizado e não tem recursos para lutar. Todo mundo muito exausto”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 8, grifo meu)

Se ao longo de 2019 e 2020 houveram demissões massivas ao ponto de terem duas pessoas para atender, os anos de 2021 e 2022 foram marcados por discursos de reestruturação dos serviços²⁶. Segundo nos contou o interlocutor 7, quando o atual prefeito assumiu houve uma ampla expectativa pela contratação de profissionais. E pouco tempo depois ele declarou estado de calamidade nas contas públicas²⁷, o que inviabilizava qualquer investimento. O mesmo interlocutor pontuou conosco que o discurso de reestruturação dos serviços de saúde mental no âmbito da secretaria de saúde por vezes trouxe um tom de que quando fossem contratados profissionais, aí os serviços iriam de fato funcionar. Segundo ele, esse discurso sustentou uma percepção de que os serviços não funcionassem, ou que as pessoas não trabalhassem como deveriam. No entanto, ele lembrou em diferentes momentos de nossa conversa como os trabalhadores se esforçavam para manter o serviço funcionando. E ganhavam muito pouco. Segundo lembrou:

“Parece que tem que mostrar serviço, mas já mostramos muito serviço, ninguém recebia para isso. Estamos tentando melhorar no sentido de planejamento do cuidado. Mas, por exemplo, temos o carro em um único turno, na semana passada fizemos três visitas domiciliares. Acaba que minha prioridade é para o que está pipocando. Vou em uma semana, depois esqueço, só vou lembrar de novo quando pipocar. Eu acho que nosso trabalho é de incêndio em incêndio”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 7)

²⁶ Para melhor entender a narrativa de reestruturação ver as seguintes notícias:

- <https://www.voltaredonda.rj.gov.br/cidade/9-noticias-em-destaque/4195-prefeitura-reestrutura-e-garante-melhoria-no-atendimento-da-rede-de-sa%C3%BAde-mental-de-volta-redonda/>
- <https://www.voltaredonda.rj.gov.br/cidade/9-noticias-em-destaque/4867-volta-redonda-reestrutura-servi%C3%A7os-da-sa%C3%BAde-mental-e-quer-acabar-com-estigmas-sobre-o-tema/>

²⁷ Sobre o contexto político de calamidade nas contas públicas ver:

- <https://diariodovale.com.br/tempo-real/neto-decreta-estado-de-calamidade-publica-em-volta-redonda/> -
- <https://www.voltaredonda.rj.gov.br/cidade/9-noticias-em-destaque/4543-volta-redonda-prorroga-estado-de-calamidade-p%C3%BAblica-para-2022/>

A avaliação crítica do trabalho possível e do trabalho realizado apareceu a partir de memórias e perspectivas diferentes entre os trabalhadores. O interlocutor 7 nos apresentou uma perspectiva sobre como, diante das condições em que o serviço se encontrava, as iniciativas buscadas mesmo que de forma chamada de ambulatorial traduziam um esforço dos trabalhadores por manter o serviço. Outra trabalhadora, (interlocutor 5), apresentou uma perspectiva diferente, lembrando como a organização chamada de ambulatorial não contribui para aqueles usuários que podem ter dificuldade no acesso ao serviço. Essa trabalhadora procurou descrever ainda como a organização ambulatorial parece “transformar tudo em agenda”, tendo agenda para atendimento individual, atendimento médico, renovação de receita e pedido de laudo médico. No entanto, segundo enfatizou, é comum que a população de um CAPS não siga horários ou dias muito estabelecidos para procurarem o serviço, então esses profissionais acabavam passando horas esperando alguém vir para o atendimento, e as vezes quando vinham, não tinha gente para atender. Além disso, a organização dos trabalhadores, segundo afirmou, estava individualizada e desarticulada, contribuindo para o esvaziamento do serviço. Segundo uma percepção que nos apresentou na conversa:

“O CAPS ad está esvaziado. Grupo de família vem um familiar. Agora tá tentando voltar, porque a gente está avisando. Mas é isso também, está vazio porque não se avisa que tem. **Tá vazio porque fica só uma pessoa e é isso. O técnico que atende e bota no grupo dele. Tá vazio porque a gente não sabe o que rola aqui. A gente nunca sabe quando é as coisas.** Não tem essa informação. Sei lá. Parece que as coisas ficam... a gente falou em última reunião vamos fazer um cartaz e colocar ali fora com os grupos que tem. Cara ninguém topou. E o que foi colocado na recepção não necessariamente é o que está acontecendo. Estava escrito ali quarta-feira tem o horário de artesanato. A gente tinha dito em reunião de equipe. A menina veio me perguntar o dia que estava acontecendo o artesanato, e descobri depois com a estagiária que não tem. A menina vai vir à toa. Então é assim, é isso... a gente não sabe e não é porque não sabemos o que está acontecendo na unidade, mas porque os acordos mudam. Tipo, dois profissionais que fazem, deu alguma questão entre eles que não pôde acontecer, isso não foi trazido para reunião de equipe, porque o grupo é do profissional. Aí fica isso. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 7, grifo meu)

Ainda que a noção de que por vezes não conseguiam se comunicar enquanto equipe esteve presente em diferentes memórias, alguns trabalhadores (como os interlocutores 2, 3, 4, 8) chamaram atenção sobre como seguiram trabalhando procurando acolher, porém, com muitas dificuldades em relação ao que se “tem para ofertar no serviço”. Essa tematização nos chamou atenção, pois se relacionou com uma outra dimensão que foi lembrada como a “vulnerabilidade dos usuários”. Em distintos momentos trabalhadores lembraram quadros de vulnerabilidade enfrentados por determinados usuários, como violência doméstica, fome, ausência de renda e rede de suporte ou mesmo agravos clínicos. Todos eram apreendidos de forma dramática pela equipe.

Algumas situações concretas foram lembradas como alguns casos individuais e também o próprio grupo de mulheres. Segundo as memórias algumas reivindicavam o direito de serem mães, outras levantavam questões sobre relacionamentos abusivos, violência doméstica, entre outros. Uma trabalhadora lembrou conosco:

Eu lembro quando a gente falava de saúde da mulher... elas entenderam que elas precisavam se cuidar ... elas queriam se ver diferente. Elas só conseguiam se ver na condição de acabada. Trouxeram isso de elas próprias conseguirem se ver diferente. Foi assim que aquela que você começou a atender, ela trazia muito isso. Isso... que sofreu pra caramba ... que tinha um relato de relacionamento abusivo e tal. Ela trouxe isso: nós somos bonitas sim, só que as drogas acabaram com a gente... precisamos nos cuidar. Nos atendimentos ela começou a trazer mais isso. Dela foi se enxergar melhor... Para além daquilo que o marido dela passava pra ela.

As mulheres não traziam sobre questões necessariamente de drogas. Quando eu fui fazer o grupo eu cheguei com meu jeito de falar. Gente olha eu não conheço vocês, precisava saber melhor da história de vocês... Depois disso todas elas quiseram conversar comigo sobre os problemas delas... Uma delas me trouxe sobre as questões de sexualidade dela, da família não ter aceitado. Dela ter se escondido a vida inteira e depois disso ela foi pra uma clínica de reabilitação, ficou um ano, voltou e ficou muito mal, clínica evangélica. Todas elas traziam histórias assim. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 8, grifo meu)

Quando se recordou de outra mulher que foi acompanhada pelo serviço, essa mesma trabalhadora nos disse:

Ela teve um bebê e pouco depois apareceu no CAPS barriguda. Depois dessa gestação é que foi feita a laqueadura. Eu lembro dela porque a peguei no meu estágio no Hospital... isso... como estagiária no São Joao Baptista peguei ela na maternidade. Aí ganhou acho que em Abril ou Maio, que o bebe saiu direto do hospital para o abrigo... 11 filhos.

... Estava numa crise muito braba, ela literalmente foi no CAPS pedir ajuda, queria ficar com o bebê. **Daí contaram para ela que se ela frequentasse o CAPS ela teria possibilidade de ficar com a criança. Sendo que todo mundo sabia que ela não conseguiria. Ela dizia: Eu preciso melhorar, eu preciso de ajuda, eu preciso do meu filho. Todos meus filhos vocês pegaram. E vocês, ela não quer saber quem foi. Ela falava que todo mundo era responsável por isso que aconteceu com ela e dane-se.**

A cobrança era para que ela estivesse no CAPS e aí falaram esse negócio do neném entendeu? Por que essa última gestação ela tentou ir no CAPS algumas vezes. E quando estava se aproximando a hora de ganhar ela disse que iria para São Paulo, pois estava se aproximando a hora de ter o bebe e ela dizia que a gente iria tirar dela mais um filho. E dizia que queria ser mãe e lá em São Paulo dá pra ser mãe na rua, não precisava ficar dentro de casa. Aí a gente tentava conversar, tentamos chamar a mãe dela para ver se tentava dar um suporte. Foi quando a mãe disse: olha, eu dei passagem pra ela ir no CAPS, mas faz 3 dias que ela não volta em casa. A usuária trazia que era a última chance dela de ter um filho, que ela tinha um namorado e ia para São Paulo. Aí surtou de novo, sextou de novo, grávida. No São Joao Baptista ela falava: amanhã sextou quero ir de alta. Mas aí eu falava: Cara, você está grávida, aí ela: ihh dá nada não. Já tive 10, já tive 9 né... porque na conta são 11, mas na conta dela são 9 e esse era o décimo. Ah ela: já tive 9 e nenhum teve problema, todos parto normal, nasceram rapidinho.

Ela deu uma surtada de novo, teve o filho e perdeu o direito de ficar com a criança e foi quando disseram para ela que ela poderia ter chance de ficar com a criança.

Depois disso falaram de laqueadura compulsória, a gente falou gente isso não existe. Fizeram um documento de uma laqueadura compulsória e uma psiquiatra teria que aceitar e assinar. Entendeu? E aí a nossa, graças a deus, nesse momento ela tem bom senso, ela foi e discutiu feio. Isso tem que ser muito avaliado para alguém assinar. Mas teve uma hora que a usuária aceitou. Muito difícil, no caso dela a gente literalmente não tinha muito o que fazer. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 8, grifos meus)

Essas memórias, sobretudo, quando ligadas a questão de como se sentiam ao atender as mulheres que chegavam no serviço, como também os casos que mais comumente lembraram como “vulnerabilidade social”, indicou como nesses atendimentos eles lidavam com mais questões e dúvidas sobre como atuar a partir do CAPS ad. Também os casos de pessoas em situação de rua, foram mais comumente ligados a ideia de vulnerabilidade e de usuários difíceis, e mobilizaram na equipe mais discussões sobre como organizar a atenção diária. A narrativa de um trabalhador nos sugeriu como essa temática vem sendo abordada no serviço:

“Eu acho que tem usuários que o CAPS consegue atender bem. Só que tem outros que não, um exemplo, é o pessoal em situação de rua. Os usuários que conseguem chegar lá, que fazem o uso correto da medicação, aderem aos atendimentos individuais, respondem melhor ao tratamento. Ao passo que os que enfrentam mais dificuldade acabam exigindo outras estratégias. Isso é meio difícil porque as vezes o profissional sai da unidade e perde algumas horas com um usuário que na semana seguinte pode estar pior ou sem evolução. Aí os próprios profissionais colocam na balança. Sem carro e tempo, não tem como deslocar equipe pelo território. Então acaba que as vezes as pessoas ficam pensando mesmo o que vale mais ou pode ser priorizado”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 7)

O modo como se categorizou a noção de vulnerabilidade não foi atrelado a nenhum parâmetro ou forma de avaliação específica por esses trabalhadores, tampouco, qualquer estratégia no CAPS ad foi narrada nesse sentido. A noção de vulnerabilidade, foi evocada em praticamente totalidade das vezes para se referir a dimensão de contexto social, aviltamento de direitos básicos, violências físicas e psicológicas, pobreza, desemprego. A especificação de como é montada essa percepção pelos trabalhadores nos exigiria outro trabalho, no entanto, o ponto comum de memória que conecta noção de vulnerabilidade ao de contexto dos usuários nos evidenciou que esta noção é montada a partir de uma consideração sobre as relações sociais dos usuários, bem como as formas de respeito e exclusão que enfrentam em diferentes camadas (raça, gênero, classe social). Isso é notavelmente diferente de associar a vulnerabilidade a características intrínsecas aos usuários, seja enquanto indivíduo, seja enquanto conjunto. Tal ponto das memórias, a circulação da noção de vulnerabilidade, ainda que mantendo aspectos de senso comum, demonstrou que a noção surge ligada às relações sociais do

usuários e às situações sistemáticas de desrespeito ou negligência que enfrentam diariamente favorecendo o agravamento no quadro de saúde. Tal lembrança nos conectou com as reflexões de Ayres (2018) para o qual o quadro conceitual da noção de vulnerabilidade implica necessariamente um conjunto de relações sociais. Segundo o autor, quando pensamos a noção de vulnerável, devemos pensar: vulnerável a quem? Vulnerável a quem? Nesse sentido nos evidencia que não há uma vulnerabilidade em geral, ela é sempre relacional, implicando sempre uma relação de vulnerabilização. Ou seja, não caberiam os termos pessoas vulneráveis ou população vulnerável, mas processos de vulnerabilização. Por conseguinte, é o próprio autor que nos evidencia como são as próprias pessoas que enfrentam esses processos sistemáticos que nos evidenciam, nas relações entre profissionais e usuários, caminhos por onde seguir. Ou seja, reconhecer que haja vulnerabilidades no acesso a um serviço ou a direitos, implica reconhecer a necessidade de transformação na interação entre as pessoas e os próprios serviços, nas próprias práticas em saúde, (Ayres, 2018).

Alguns trabalhadores lembraram como os usuários chamados vulneráveis não aderiam ao que o serviço tem a propor, outros trabalhadores, de modo diferente, afirmaram que para esses usuários seria necessário um Projeto Terapêutico Intensivo²⁸ para que pudessem estar mais no CAPS, no entanto, como orientar que os usuários passassem mais dias e horários no serviço? Ficar ali para fazer o que? Houve também um ponto consensual de que as atividades que estavam sendo realizadas, principalmente a agenda de atendimentos individuais, de receitas, laudos, e alguns grupos de roda de conversa não atendiam a uma parcela da população que acessava ao CAPS ad. Não se tratavam simplesmente de demandas ligadas a medicação, atendimento psicológico, ou tentativas de afastamento do trabalho. Esses casos levavam aos profissionais a discutir o acesso a outros equipamentos, seja de saúde, ou de outras áreas, o que por sua vez, foi lembrado como algo desgastante, uma vez que ainda que mantivessem contato com uma ou outra área a construção era frustrante. Isso foi lembrado, sobretudo, nas narrativas que evidenciaram o serviço com um dos poucos pontos de acesso da população atendida.

Ainda considerando essa perspectiva da vulnerabilização, alguns interlocutores evidenciaram uma lógica administrativa para lidar com questão. A grande demanda que chegava, associada a uma variedade de circuitos sociais percorridos pelos próprios

²⁸ A ideia de Projeto Terapêutico Intensivo em CAPS ad foi também apresentada no estudo de Policarpo (2016).

usuários, fazia com que profissionais pensassem em como atender essa população. Nesse sentido, alguns critérios apareceram, como: a pessoa consegue chegar no serviço? Adere às propostas, vem aos atendimentos? Faz o uso correto das medicações? Responde e evolui diante do tratamento? Além disso, se computava também critérios para os profissionais, como: se permanecer no CAPS vai conseguir fazer quantos atendimentos? Os atendimentos realizados tem tido retorno positivo? Sair para uma visita domiciliar ou abordagem na rua pode ter o mesmo retorno que se concentrar nos casos que estão respondendo melhor? Se sair do CAPS quem vai cobrir os atendimentos que precisam ser feitos?

Esses e outros questionamentos se mostraram convergentes com o estudo de Lotta e Pires (2020) sobre as “burocracias do nível de rua” e a categorização de usuários fáceis e difíceis. Segundo os autores, os agentes de implementação de políticas públicas ao serem expostos a situações de limitações de recursos, materiais ou profissionais, tendem a agir reproduzindo diferenças e desigualdades sociais. Fundamentalmente a situação de restrição conforma uma racionalidade discricionária e burocratizada para a organização do trabalho (Lotta e Pires, 2020).

Se a memória que existem usuários em situação de vulnerabilidade foi comum nas conversas com trabalhadores, notamos também que estes se recordam como essas situações impactam as condições de acesso no CAPS ad. No entanto, houveram diferentes explicações para o fenômeno ou mesmo diferentes concepções do que poderia ser feito para lidar com essa questão. Nesse ponto, de modo menos expressivo, surgiram as perspectivas de desintoxicação, internação ou mesmo os circuitos pelas comunidades terapêuticas. A passagem dos usuários por diferentes serviços ou mesmo pelas Comunidades Terapêuticas foi algo absolutamente menos abordado nas memórias, ainda que seja uma realidade no município. Ainda que a chamada desintoxicação tenha sido um termo mais recorrente na equipe profissional, a mesma foi articulada a passagens rápidas pelos leitos de saúde mental e mais diretamente ligadas à perspectiva de reconstruir com os usuários uma perspectiva de negociação sobre o cuidado ou presença no serviço, ou mesmo como recurso para tentar evitar condutas como tentativas de suicídio ou intoxicações agudas recorrentes. A demanda por acolhimento institucional e moradia, ou o “dar um tempo da rua”, conforme também colocado por

Policarpo²⁹, foi mais diretamente apreendida pela equipe como demandas por políticas de moradia, renda ou assistência social. Nesse sentido, alguns apontamentos da literatura sobre relações de cooperação ou continuidade entre o espaço do CAPS ad e CTs não apareceu como evidente nas memórias. Ainda que usuários internados nessas casas religiosas frequentassem o espaço do CAPS por determinação judicial, os trabalhadores não trouxeram desse espaço como recurso terapêutico em nossas conversas.

Nesse sentido, um dos trabalhadores, que também teve uma trajetória como estagiário, e, portanto, oportunidade de trabalhar com profissionais das diferentes gerações mencionadas, nos contou que:

“Cara, chegaram muitos profissionais de psicologia né, isso contribui para uma ampliação dos temas discutidos pela equipe. Inclusive nossa capacidade de articulação com outros serviços como o Centro Pop, o Consultório na Rua e outros. Cara, eu lembro que quando cheguei aqui, eu fui demorar muito para conhecer alguém do Consultório na Rua, hoje a gente se comunica direto. Ainda existe dificuldade para execução do trabalho, mas na minha época de estágio se falássemos Redução de Danos, estávamos cercados. Não tinha essa abertura na equipe”. (TRECHO DE INTERLOCUÇÃO – INTERLOCUTOR 7)

Nesse sentido, ainda que assinalando importantes fragilidades, os próprios trabalhadores apontaram a capacidade de comunicação com outros dispositivos de saúde e de outros setores enquanto fundamental para lidar com as demandas, sobretudo, aquelas chamadas como complexas ou de vulnerabilidade. Esse nos pareceu um ponto chave tanto em relação às memórias, quanto em relação aos modos de gestão do cuidado. Foram reconhecidas dificuldades de base estrutural na implementação do serviço que se correlacionam aos modos como lida com as demandas, de formas mais ou menos burocratizadas.

Ao mesmo tempo em que os trabalhadores notaram a centralidade do serviço no atendimento aos usuários de drogas e as dificuldades decorrentes disso, são as próprias precariedades no serviço que reforçam as dificuldades de maior integração setorial e intersetorial. Nesse aspecto, as memórias que reunimos se mostraram

²⁹ Alguns autores também apresentaram a perspectiva do “dar um tempo da rua” como uma narrativa presente em usuários que circulam por diferentes espaços como abrigos, CAPS ad e Comunidades Terapêuticas (Policarpo, 2016)

convergentes com aspectos localizados na literatura nacional. Foi notável, como a despeito de discursos sobre o avanço na implementação de serviços, da Reforma Psiquiátrica, da qualificação do atendimento de usuários de drogas, quadros de limitação de recursos, de questões trabalhistas negligenciadas, bem como do pouco conhecimento de uma realidade diária no serviços que extrapola o campo normativo sobre os mesmos, foram matérias de memória. Ao mesmo tempo, a literatura levantada inicialmente nos permite compreender que, ainda que tenhamos avanços significativos no tocante ao acesso a cuidado para os usuários de drogas, a permanência do subfinanciamento do SUS e precarização do trabalho não nos permite contar uma história única da trajetória desses serviços. Muito para além disso, memória e literatura sugerem que nas políticas de saúde e, particularmente, com os trabalhadores com quem conversamos manteve-se um ciclo de reprodução de uma condição precária nos serviços, em que nem sequer as normativas e diretrizes sobre Atenção Psicossocial e atenção para usuários de drogas foram tomados como referências pelos trabalhadores, de outro como, como eles se lembraram conosco: “Fomos fazendo a toque de caixa”.

Os profissionais rememoraram conosco múltiplos aspectos do seu trabalho como modos de categorização ou organização temporal que incorporamos em nossa descrição do campo por compreendermos que são relevantes na compreensão das dinâmicas pelas quais o próprio serviço passou. Aqueles mais antigos com quem conversamos nos assinalaram a existência de distintas gerações de trabalhadores, cuja distinção reside principalmente nos modos de vinculação dos profissionais à proposta de existência e fortalecimento de um CAPS ad no município. Outros trabalhadores, não se opuseram a essa divisão e acrescentaram outras, assinalando outras datas em que a equipe passava por mudanças, ou que a organização diária do trabalho foi sendo transformada de algum modo. Por exemplo, a rotatividade profissional apontada nos anos 2011 e 2012, e principalmente em 2017 e 2020, com a saída de diferentes profissionais. Bem como também, foi demarcada uma distinção de períodos entre: antes da pandemia (com um CAPS ad mais movimentado de grupos) e depois da pandemia (um esvaziamento do serviço). Todos esses modos de compreensão rememorados e apresentados revelaram memórias mais ou menos comuns sobre a trajetória do serviço CAPS ad, como também das políticas de saúde mental, ou mais amplamente, de saúde no município. Todos estes aspectos foram evidenciando mais nuances do que aquilo rememoramos pessoalmente e adensaram as reflexões sobre precarização e suas relações com os discursos e práticas profissionais sobre o uso e os usuários de drogas.

As memórias iniciais descritas em nosso trabalho remontaram a experiência enquanto estagiário da Equipe de Consultório na Rua, de acompanhar a dissolução da equipe de três pessoas e a pane elétrica que levou um carro a pegar fogo. A partir desse ponto me apresentei no CAPS ad e fui confrontados com outras perspectivas que me colocavam diante de um cenário de trabalho inteiramente atravessado por dificuldades estruturais. A partir de uma recepção que me questionava o que eu esperava no serviço, e convidava acompanhar outros profissionais nas atividades que realizavam, fui tomando conhecimento, principalmente, das atividades grupais que aconteciam no local. Ao mesmo tempo fui ouvindo daquilo que os trabalhadores me contavam sobre seu trabalho, o que marcou uma comparação entre uma época em que havia riqueza de atividades e recursos, e um gradativo esvaziamento das ações e do investimento no serviço. O contato com os grupos, nesse momento, permitiu compreender os grupos também como um modo organizativo para lidar com a demanda, em uma realidade em que cada profissional não conseguia acompanhar a quantidade de usuários em sua referência.

No primeiro mês de trabalho, todas as profissionais de psicologia estavam saindo, por pedido de demissão ou transferência. Assim como também, a coordenação havia sido trocada, o serviço como um todo passava por mudanças. Houve, ao longo de 2018, significativa mudança de profissionais de modo que eu e outros camaradas de trabalho nos víamos em meio a tarefas antes coordenadas por profissionais com mais tempo de experiência. Isso produziu impactos na nossa condição de compreensão sobre a continuidade e longitudinalidade dessas ações. O periódico remanejamento de profissionais, através da demissão de autônomos e contratação de novos, foi fragmentando a compreensão e a própria continuidade de uma série de atividades grupais que ocorriam no serviço. Segundo as memórias, foi perdida a intencionalidade das ações.

Ainda assim houveram controvérsias ligadas a compreensão dessas atividades, a direção do tratamento e organização do serviço. Sobretudo os profissionais que atuaram anteriormente a 2016 trouxeram que essas estratégias de trabalho foram perdendo sentido com o passar dos anos, mas que em sua formulação, em outras épocas, compunham um horizonte mais amplo de trabalho, no qual haviam muitas alternativas. Portanto, a memória desses profissionais mais antigos entra em acordo com os profissionais que ingressam no serviço a partir de 2016 ao apontarem que vão

acontecendo perdas, desgastes, desinvestimentos e falta de apoio da gestão no município que dificultou a lógica do trabalho.

As memórias conectaram a demissão de trabalhadores com a concentração de atividades de forma individualizada e fragmentada. Nesse ponto, não só as atividades grupais foram impactadas, mas também a noção de técnico de referência como vinculação pessoal entre usuário e trabalhador. Foi ponto comum nas memórias, os trabalhadores mencionarem como vão sendo alocadas administrativamente dezenas e até mais de uma centena de usuários para sua referência. Se nas memórias pessoais notamos como isso foi acontecendo pela distribuição de prontuários, mais recentemente, isso foi lembrado pela “ficha de referências” de cada técnico, na qual consta uma lista com nome de todos usuários na referência de profissional específico. Quando chegava algum usuário no CAPS ad procurando profissional que havia sido demitido (ponto recorrente nas memórias), os demais profissionais deviam verificar na lista administrativa se aquele usuário era de sua referência ou não. Dado o quantitativo, não era possível conhecer a todos.

Os trabalhadores lembraram também noções de Projeto Terapêutico Intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Tais noções não surgiram nas memórias pessoais. Fundamentalmente, através dessas noções que se correlacionavam aos níveis de demandas ou vulnerabilidades dos usuários, os profissionais estipulavam um projeto de acompanhamento no CAPS ad que poderia ocupar mais dias e mais horários no serviço, ou apenas manter consultas esporádicas com alguns profissionais. Isso segundo o que notavam da demanda. Ponto crucial, é que a noção de Projeto Intensivo e semi-intensivo foi comumente mobilizada como estratégia que o serviço necessariamente tinha que manter para conseguir acolher os usuários mais graves, mantê-los mais tempo no CAPS ad, trabalha-los em mais atividades. Essa ideia, que foi apreendida de modo comum pelos trabalhadores com quem conversamos, entrava, absolutamente, em choque contra o número de referências que cada um mantinha e a própria realidade das atividades ofertadas, em sua maioria rodas de conversa que ocupavam no máximo 2 horas em um dia. Desse modo, principalmente o atendimento dos usuários que apresentavam mais demandas encontrava com uma narrativa da sensação de não ter nada para ofertar no serviço.

“O que temos para ofertar aqui?” foi um questionamento por meio do qual os trabalhadores operaram uma análise da gestão das políticas e do seu próprio trabalho

no CAPS ad. A noção de que o serviço recebe mais demandas, relativas a dimensões que extrapolam o campo da saúde, e que precisa estar integrado e articulado a outros setores e serviços foi também um ponto comum. Além disso, de que existem usuários que enfrentam diferentes dificuldades para acessar não apenas o serviço de saúde mental, mas a outros direitos básicos, bem como enfrentam situações de desrespeito, abandono, violência também foi um ponto por meio do qual interrogaram os modos de trabalho.

Nesse sentido, as memórias relativas às mulheres gestantes em situação de rua se tornaram pontos chave. Nas memórias pessoais relembramos de uma usuária referenciada ao CAPS ad há cerca de 12 anos, foi acolhida e, entre idas e vindas, permaneceu com um prontuário ativo, em situação de acompanhamento. Nossa memória da trajetória dessa mulher era que em 12 anos ela não apenas passou a ser acompanhada por um serviço de saúde mental, mas também pela Proteção Social Especial em serviços como Centro de Referência Especializado da Assistência social (CREAS) e Centro Especializado no Atendimento da População em situação de rua (Centro Pop) e mais recentemente pelo Consultório na Rua, além dos equipamentos de CRAS e UBSF enquanto esteve domiciliada. Tinha histórico de passagem por serviços de acolhimento infantil desde jovem, sua família residia em condomínios Minha casa, minha vida em bairro periférico, no qual era impedida de residir por conta de conflitos com o tráfico local. Essa mulher passou por 10 gestações e não teve a possibilidade de cuidar de nenhum de seus filhos. Durante o tempo de acompanhamento, ela circulou por diferentes municípios e se envolveu com diferentes parceiros, também como forma de proteção contra violências sexuais na situação de rua. As memórias sobre usuária foram compartilhadas entre diferentes profissionais e mobilizaram uma questão mais ou menos comum: como acolher a demanda de poder ser mãe, enquanto uma série de outros equipamentos públicos e aparatos judiciários condenavam toda a trajetória dessa mulher? Além disso, como lidar com a produção da narrativa para a própria usuária de que ela precisaria frequentar o CAPS ad diariamente (em projeto intensivo) e que dessa forma poderia cuidar de seu filho? Como acolher a fala da mesma de que pensa em ir para as ruas de São Paulo, pois por lá poderia ser mãe e estar na rua?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço do CAPS ad que estudamos foi implementado a partir de 2003, e contava em 2016, no momento em que inicio meu estágio curricular, com cerca de 16 profissionais³⁰, entre os técnicos, profissionais administrativos e de serviços gerais. Neste momento haviam três homens, e o todo o restante da equipe era composto por profissionais mulheres. Os prontuários ativos somavam cerca de 1500 usuários.

As ofertas de atendimento, atividades e grupos terapêuticos no serviço se desenvolviam quase que exclusivamente no interior da casa, ainda que em algumas dessas ações houvesse articulação com outros serviços³¹. No cotidiano assistencial, termos como: dependência química, adesão ao tratamento, fracasso, motivação, resiliência, manipulação, figuravam enquanto termos significativos para compreensão do que os usuários demandavam ou faziam. A noção de dependência química, enquanto uma doença progressiva e incurável, se apresentava enquanto uma das noções mais presentes no sentido de dar uma fundamentação e especificidade para a realidade do

³⁰ Os profissionais a que nos referimos aqui compreendem todos aqueles que trabalhavam no serviço neste momento, incluindo funções como Serviços Gerais, Recepção, funções administrativas, cargos de psicologia, serviço social, conselheiro em Dependência Química, Psiquiatria, música terapia. A proporção desses profissionais em 2016 era principalmente de pessoas contratados como autônomos. Profissionais administrativos, de recepção e dos serviços gerais não necessariamente participavam das reuniões de equipe, discussões de caso, ou eram ouvidos por outros profissionais, ainda que mantivessem interação e convivência diária com os usuários.

³¹ Como colocamos ao início de nosso trabalho, o serviço contava com carro apenas um dia na semana em um turno, o que impactava a capacidade de deslocamento dos profissionais pela cidade, seja para realização de Visitas domiciliares, abordagens ou ações em articulação com outros serviços. Ainda que essa dimensão não sobredetermine as ações realizadas no serviço, ela se mostrou significativa para a realização do trabalho quase exclusivamente no interior da casa do CAPS ad

trabalho com usuários de drogas na Saúde Mental, sobretudo, na perspectiva dos profissionais.

A recepção semanal de distintas pessoas potencialmente beneficiárias de políticas sociais como Jovens em conflito com a lei, mulheres em situação de violência, trabalhadores industriais, pessoas em situação de rua e/ou desempregadas constituiu uma demanda ampla na perspectiva dos trabalhadores. A realização de variadas atividades grupais, inclusive como forma de recepção e/ ou acolhimento da demanda, foi lembrada como uma característica também do trabalho em CAPS ad. Isso na medida em que era necessário ter atividades à propor aos usuários como forma de construção de seu projeto terapêutico. Tal perspectiva indica uma aproximação com o apresentado por Lancetti (2015) no tocante à realização de múltiplas atividades grupais pelas equipes de CAPS ad de São e São Bernardo do Campo, como estratégia clínica de produção de novas sociabilidades como dispositivos antidroga entre os usuários. No entanto, foi patente a rotatividade profissional impactou os sentidos de realização e continuidade desses grupos e, além disso, o tempo para realização das interlocuções não permitiu que aprofundássemos as memórias sobre tais atividades.

A memórias reunidas nos levaram ao encontro da discussão realizada por Lancetti (2015) a respeito da constituição de uma rede de atenção para usuários de drogas. Segundo o autor, é apenas com uma alta tensão antimanicomial que se torna possível não sucumbir a pressões políticas, das forças de segurança ou mesmo do poder judiciário, que reforçam os circuitos de internação. Segundo o autor, a primeira tensão que se cria nos CAPS ad, pela sua definição e método de trabalho, é sua característica como instituição aberta. Ou seja, diferentemente de instituições que exigem abstinência no atendimento ou que se propõem a internação e isolamento, eles atendem as mais diferentes situações, as vezes, até mesmo à custa de mobilizar toda a equipe profissional em contexto de maior gravidade. No entanto, como questiona o autor:

“Como é possível para uma pessoa não formada ou não suficientemente deformada que visa supostamente a diminuição do uso de drogas aceitar pessoas que chegam nas mais variadas condições, muitas vezes machucadas, ébrias, deprimidas ou exaltadas pela diminuição do uso e condições existenciais téticas? Pessoas que retornam depois de abandonar o processo terapêutico ou que demandam benefícios secundários como laudos médicos, ou que levam drogas para dentro da instituição?” (LANCETTI, 2015. P. 55/56)

Trabalhando com relatos de ofício de outros trabalhadores das regiões de São Paulo e São Bernardo do Campo, o autor nos mostra perspectivas sobre como os atendimentos diários nesses serviços são apreendidos. Expressões como atendimentos “fabris” foram utilizadas indicando um atendimento sucessivo e mecanizado de homens e mulheres com histórias de passagem por situação de rua, internações, abrigos, cárceres, indicando uma trajetória de institucionalização. Outra expressão utilizada foi “febril” indicando uma enorme demanda e intensidade no dia a dia dos serviços. E além de lidar com uma tensão contínua de uma rotina intensa de acolhimentos, os profissionais também tem de lidar com as crises familiares, tensões nas ruas, pessoas que saem da internação e a ansiedade pela resolução rápida das situações advindas do poder judiciário (Lancetti, 2015). As percepções levantadas pelo autor se coadunam com algumas lembranças de nossos interlocutores, sobretudo, ligadas a uma exaustão ou a uma paralisia em relação aos atendimentos diários.

Ainda segundo Lancetti (2015) muitos trabalhadores não suportam o dia a dia no trabalho, notadamente, aqueles que tomam os drogados como safados ou manipuladores, isso como efeito de uma formação familiar, midiática, comunitária. Seria necessário uma alta capacidade de plasticidade psíquica para lidar com as angústias diárias ligadas as chamadas recaídas, com o sofrimento diário e com o encontro com situações de vida que podem ter um efeito terrificante. Desse modo, a manutenção de um CAPS ad com portas abertas, e com um trabalho de baixa exigência, somente acontece com uma alta exigência dos trabalhadores da saúde mental. O que o autor chama de plasticidade psíquica, trata-se de uma singularidade, da manutenção de um tônus vital com os trabalhadores para se lidar com situações por vezes “tanáticas”, por vezes exaustivas. Por conseguinte, para se lidar com os usuários, mantendo o interesse pelas suas biografias, pelas relações enquanto pessoas, não exclusivamente pelas drogas de predileção.

Devemos notar que a existência de um serviço portas abertas que acolha diariamente essa população é em si um tensionamento e que sua manutenção entra em choque com a manutenção da lógica do proibicionismo, de modo evidente. Segundo o próprio Lancetti (2015, P. 24) explica: “ultrapassar os planos da moral e da judicialização da clínica e da vida exige uma constante revisão de nossas concepções e de práticas ditadas pelo senso comum e pelo bom senso”. Se nas memórias reunidas não houveram apontamentos diretos sobre temáticas como proibicionismo ou judicialização,

foi notável como abordaram a temática de precariedade em diferentes aspectos. E o que nos pareceu relevante de ser ressaltado no tocante à dimensão da precariedade, primeiramente se refere a sua dimensão crônica, ou seja, como elemento que se reproduz ao longo do tempo nas formas de organização do trabalho e como elemento que compõe e estrutura os arranjos provisórios de cuidado. Além disso, a precariedade também pode levar a implicações no tocante a modos de distinção dos usuários pela equipe profissional como estratégia informal de trabalho. A partir desses pontos, compreendemos que a dimensão do precário, não se constitui apenas de modo pontual ou como obstáculo às práticas de gestão do trabalho e cuidado em saúde, mas ela é um elemento estrutural e estruturante nessas práticas.

A reprodução e intensificação da condição precária nos serviços de CAPS ad mantém uma correlação com os discursos moralistas e o recurso das internações como uma dita medida de tratamento. Lotta e Pires (2020) indicam como nos contextos de restrição de recursos e com públicos expostos a diferentes formas de vulnerabilidade há uma segmentação (operada pelas equipes profissionais) das pessoas atendidas, através de categorias não oficiais. Segundo os autores, essas segmentações podem reproduzir formas de diferenciação social, incorporando elementos de uma racionalidade funcional ou moral, como por exemplo, formas de fazer o trabalho dar certo em condições não favoráveis, bem como estabelecer critérios de adesão, não adesão, docilidade, inadequação do comportamento dos usuários do serviço (Lotta e Pires, 2020). Ao início das memórias pessoais, e depois complementados com as memórias de outros profissionais, acompanhamos como determinados usuários que, por exemplo, envolviam situações denominadas como vulnerabilidade social, enfrentavam distintas dificuldades de acesso. Seja pela embriaguez frequente, condição de rua, possíveis conflitos ou situações de violência, entre outras situações capazes de desafiar o trabalho diário eram precisamente os que eram questionados sobre sua adesão às propostas profissionais. Sobretudo nessas condições, se mantinham os dilemas sobre a manutenção dos serviços portas abertas, do método do seu trabalho de forma aberta e comunitária.

As perspectivas analíticas sobre a implementação de políticas públicas, que tomam como eixo de análise a atuação dos agentes de implementação, como os trabalhadores de saúde, ajudam a colocar em análise como as práticas cotidianas em serviços públicos podem estar correlacionadas com a manutenção ou reprodução de desigualdades sociais. Uma dessas perspectivas, reconhecida como de Burocratas do

Nível de Rua (BNR) que é representada pelo trabalho de Lipsky (2010), pensa os atores da ponta como racionais e que buscam alguma preservação ao lidar com condições de trabalho que se caracterizam por sua complexidade, sua escassez ou imediatismo. Nessa perspectiva, as condições de trabalho, frequentemente exaustivas ou estressantes pelas demandas excessivas e recursos escassos, faz com que os atores reproduzam uma discricionariedade no dia a dia, com fins de ter uma melhor gestão de sua rotina, demandas e carga de atividades. A adoção de regras não oficiais, formas de segmentação dos usuários, pode levar a uma espécie de distribuição desigual do acesso ao serviço público, o que por sua vez, pode impactar aqueles usuários que enfrentam distintas formas de vulnerabilização. Essa perspectiva nos levou ao encontro de algumas memórias, particularmente, aquelas vinculadas às pessoas em situação de rua como aquelas com as quais o CAPS ad teria mais dificuldade em atender, não apenas pela dificuldades dessas pessoas chegarem até o serviço, mas também pela memória dos trabalhadores que lembraram essa população como sendo de baixa adesão ou baixa resposta às propostas.

No entanto, Lotta e Pires (2020) enfatizam também como essa perspectiva dos BNR encontra significativas limitações, uma vez que entende que as dificuldades de acesso decorreriam exclusivamente da atuação, mais ou menos burocrática, dos atores da ponta. Portanto, deixa de considerar que a reprodução das desigualdades pode ser também anterior, e residir no processo de formulação e implementação de uma política, sendo inclusive, constitutivo dos possíveis encontros entre trabalhadores e usuários. Segundo os autores, a partir dos anos 2000 diferentes estudos mudaram o foco de análise do comportamento discricionário e burocrático para as interações entre trabalhadores e usuários, mudando também a forma de compreensão da atuação dos atores, de uma compreensão funcional para uma compreensão mais sociológica. Portanto, passam a tentar compreender as construções sociais envolvidas nas políticas públicas e os próprios atores como envolvidos em uma rede mais ampla de interdependências que afetam suas próprias atuações, ocasionando distintas formas de inclusão e exclusão. Nesse sentido, os autores chamam atenção como preconceções construídas ao longo da vida são mobilizadas por profissionais para operar uma distinção, elegibilidade, e até mesmo priorização dos casos que precisam de atendimento. No caso, é colocada em jogo uma noção de merecimento dos possíveis benefícios oferecidos por uma política, e tal noção é atribuída a partir de critérios como motivação e adesão dos usuários às propostas profissionais.

Além disso, Lotta e Pires (2020) também chamam atenção para uma perspectiva mais interacionista para pensar as relações entre usuários e trabalhadores. Evidenciando que os encontros entre os atores podem impactar também sentidos relativos ao lugar, posição e reconhecimento social dos usuários. Nesse caso, as interações são compreendidas através de uma ótica da coprodução, em que por meio de um processo de negociação, há a tradução das informações sobre a vida dos usuários em categorias administrativas disponíveis. No entanto, como os próprios autores enfatizam, a interação entre trabalhadores e usuários se dá em contextos de desigualdades sociais prévias, de modo que as capacidades de negociação e coprodução são assimétricas. Usuários podem muitas vezes depender dos serviços para manutenção da própria sobrevivência, e ainda assim, a depender da burocracia administrativa, podem depender também da boa vontade dos trabalhadores em processar seus casos (Lotta e Pires, 2020). Tal arranjo, coloca os usuários em relação de dependências estruturais no que tange às políticas públicas e, segundo os autores, essa relação pode impactar em modos de reconstrução simbólica e subjetiva do usuário. Ou seja, os trabalhadores atuam enquadrando os usuários em determinadas categorias, e esse regime de enquadramento, não apenas leva a uma coação do usuário, como também pode levar a impactos em sua identidade, formas de reconhecimento e estima.

A noção de dependência química, frequentemente mobilizada por nossos interlocutores, surgiu como categoria particularmente relevante nesse sentido, enquanto uma categoria normativa para organização do trabalho. Bem como também, pela sua interferência em termos de identidade. Nesse sentido, algumas memórias apresentaram características comportamentais e morais como próprias ao dependente químico³². A essa noção que não pudemos elaborar uma análise mais detida no âmbito desta dissertação, cabe destacar como as características morais atribuídas como mentirosos, manipuladores, pessoas sensíveis, entre outros, estiveram ligadas as disponibilidades profissionais para atendimento, não apenas no próprio CAPS ad, como também em outros serviços. Alguns trabalhadores compartilharam como entendiam que em outros serviços como hospitais, CRAS, unidades de saúde, entre outros, sabiam que os

³² A noção de dependência química enquanto uma categoria científica particularmente mobilizada pelos nossos interlocutores não pode ser colocada em análise aqui com maior especificidade em função do tempo do trabalho. De todo modo, recomendamos leitura do artigo “O futuro da ‘dependência’: crítica e composição (tradução) de autoria de Suzanne Fraser The future of ‘addiction’: Critique and composition”, artigo originalmente publicado no International Journal of Drug Policy, Vol. 44, Junho/2017 (Página 130-134). Tradução de Daniela Sequeira, revisão técnica de Andrea Gallassi, Francisco Netto e Mauricio Fiore. Link: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/11/PLATO-.compressed-1.pdf> . Acesso pela última vez em: 07/08/2022.

usuários não eram bem atendidos, pois outros trabalhadores tinham dificuldade em lidar com esse perfil de população. Essa dimensão esteve articulada a ideia de que enquanto profissionais de CAPS ad deveriam também realizar trabalhos com outras equipes profissionais, setoriais e intersetoriais. No entanto, a dimensão da precarização também saltou neste aspecto.

Precariedade e a reprodução de uma condição precária crônica passaram a constituir uma preocupação analítica. Se em um momento inicial o tema da ausência de recursos e de uma demanda ampla apareceu como uma questão de conjuntura, fomos levados ao longo da pesquisa a interrogação sobre como tais aspectos passaram a constituir ferramentas de um modo de gestão de políticas e de cuidado, que reproduz a condição precária a longo prazo.

Não se trata de recorrer ao tema do precário como uma categoria de acusação, ainda que possa preservar essa característica, mas de analisar como vão se constituindo modos de gestão de políticas e de cuidado que se dão pela escassez (Freire, 2019) e como o enquadramento sobre certas vidas e populações naturalizam o sofrimento, a escassez e própria morte enquanto situações inevitáveis (Fazzioni, 2018; Butler, 2015). Recuperando Butler (2015), precariedade e condição precária são dois conceitos distintos, mas que se entrecruzam. Segundo a autora, todas as vidas podem ser definidas enquanto precárias uma vez que podem estar sujeitas a eliminação, seja proposital ou acidental. A condição precária, de modo distinto, diz de uma condição que é politicamente produzida na qual são certas pessoas ou grupos que sofrem com redes de apoio ou assistência deficientes e, além disso, são sistematicamente expostas a condições degradantes, violência e morte. Como a autora reafirma, são essas populações que diferencialmente enfrentam doenças, violência, deslocamentos, fome, sem acesso a mecanismos ou políticas de proteção. São expostos à própria violência do Estado, condição na qual têm de recorrer ao próprio Estado demandando alguma proteção (Butler, 2015).

Acoplada a essas noções de precariedade e condição precária está a noção do próprio enquadramento. Segundo Butler (2015) o Estado é capaz de atuar também no campo da percepção, o enquadramento é um empreendimento ativo por meio do qual o próprio poder estatal constitui um campo de representabilidade de modo coercitivo sobre o que pode ser veiculado sobre a sua própria imagem, bem como sobre a própria realidade. Nesse sentido os enquadramentos operados a partir do estado,

coercitivamente montam uma representabilidade das vidas que são consideráveis vivíveis e daquelas vidas que não são sequer consideradas passíveis de luto. Portanto, a noção pressupõe uma operação de poder de delimitação das molduras pelas quais a vida de pessoas ou grupos podem ser apreendidas como vidas perdidas. É precisamente através dessa noção do enquadramento trabalhada por Butler (2015) que podemos colocar em análise como as práticas de categorização, operadas por exemplo nas políticas públicas, podem naturalizar a vulnerabilidade, o sofrimento e a exposição à violência como situações inevitáveis para determinados públicos ou pessoas.

Se anteriormente com Lotta e Pires (2020) notamos como há uma bibliografia que nos auxilia a investigar as práticas de categorização operadas por agentes públicos, com Butler (2015) e Fazzioni (2018) podemos notar que algumas dessas práticas podem atuar, em sentido amplo, naturalizando trajetórias de sofrimento e dificuldades de acesso a políticas sociais ou de proteção. A costura das perspectivas dessas autoras apareceu como fundamental no decorrer da pesquisa, sobretudo, quando os profissionais rememoraram sobre as trajetórias de alguns usuários aos quais atenderam. Foram notáveis nas memórias as narrativas de como usuários considerados vulneráveis apresentavam ao serviço demandas e também comportamentos que expressavam tanto à exposição à violência, quanto as reações à mesma. Em maior ou menor grau, demandas que extrapolavam a atuação do CAPS ad e ao mesmo tempo das próprias políticas de saúde mental. Como colocam Lotta e Pires (2020):

“Outro desafio diz respeito às condições sociais dos usuários dos serviços. Em condições de elevada vulnerabilidade social, a probabilidade de que as famílias atendidas consigam desempenhar a contento as condutas esperadas é consideravelmente reduzida. **Isto é, em situações de vida marcada por precariedades, apresentar-se em locais e horas marcadas para consultas e exames, cumprir as prescrições médicas ou evitar situações de conflito, por exemplo, podem se tornar tarefas inexecutáveis**”. (LOTTA E PIRES, 2020. P. 14, grifo meu)

Segundo Lotta e Pires (2020) e Worcman e Morganti (2019) a ideia de corresponsabilidade pelo cuidado (entre profissionais, usuários, familiares, entre outros) é relevante em serviços públicos que pretendem a promoção de autonomia e emancipação dos próprios usuários, como exemplo, a assistência social e os CAPS ad com os usuários de drogas. No entanto, alguns desafios aparecem como centrais: 1 –

existem dificuldades amplas de produção de adesão ou vinculação dos usuários aos serviços (tema amplamente levantado pelas memórias, sobretudo, ligado a ideia de esvaziamento do CAPS ad); 2 - A construção da noção de corresponsabilização, bem como os meios concretos para efetivá-la são mais comumente precários, por exemplo, não há sequer estabilidade profissional para acompanhamento longitudinal; 3 – mantém-se expectativas e julgamentos sobre os comportamentos dos usuários, por conseguinte, os riscos advindos de possíveis categorizações morais, como por exemplo, como os usuários se responsabilizam por seu tratamento (Lotta e Pires, 2020).

Nesse sentido Miranda, Oliveira e Santos (2014) ao investigarem os efeitos de precariedade em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em município de médio porte evidenciaram como os serviços de saúde mental, ao atuarem com baixa articulação com outros serviços, não apenas concentram uma ampla e variada demanda, como também têm dificuldades na promoção de autonomia. Segundo as autoras, diferentes efeitos de precariedade no serviço, como ausência de espaço físico e de apoio de outras secretarias, além da rotatividade profissional, contribuem para que nem sequer se iniciem estratégias de maior integração e comunicação, uma vez que os trabalhadores dificilmente conseguem ter um horizonte de continuidade de suas ações.

Novamente, conforme Fazzioni (2018) analisa nas políticas de saúde no Complexo do Alemão, o conceito de condição precária (Butler 2015) não se refere apenas àqueles que são expostos à morte e invisibilizados em função de conflitos armados com policiais ou traficantes, mas também nos modos como as distintas pessoas enfrentam a vida e a morte no território em que vivem. Em nosso trabalho, percebemos que há um ponto comum que atravessa aos trabalhadores do CAPS ad e, em alguma medida, aos usuários do serviço que é um enfrentamento da vida e da morte de forma precária.

Isso se traduz nas políticas de saúde, mais ou menos específicas para usuários de drogas, como também nas experiências cotidianas de cuidados tecidas nos serviços. No caso das políticas de saúde é um ponto da maior relevância como elas se tornam insuficientes diante dos contextos vividos e que assim precisam ser repensadas, discutidas e reinventadas para operar nos contextos concretos. No tocante às relações de cuidado, é notável como a produção do vínculo entre profissionais e usuários, que permitiria compreender a trajetória dos usuários a partir das suas relações sociais e seus projetos, não apenas relações com drogas é fortemente prejudicada com a rotatividade profissional, com a ausência de preparo dos profissionais e sua limitação de tempo e

sobrecarga de atividades para atender. Isso, inclusive implicando nas formas de organização do dispositivo do técnico de referência, fragmentando a noção de equipes de referência (Campos e Domitti, 2007).

Lucas Freire (2019) ao colocar em análise os discursos sobre a crise na saúde pública no Rio de Janeiro, versões e contraversões da crise, nos apresenta noções que cunha como “crise crônica” por meio da qual se opera uma gestão pela escassez na saúde pública. O autor tomou como fio condutor de sua análise os modos de administração dos chamados recursos finitos para uma demanda compreendida como potencialmente infinita. Uma das ideias que atravessaram todo o seu trabalho é a de que há um descompasso entre o que a população precisa e o que as políticas públicas efetivamente ofertam, e como a reiteração da lógica administrativa dos recursos finitos para uma demanda potencialmente infinita, sustenta um modo de governo que tem na reprodução da precariedade um dos principais instrumentos de gestão. Tal funcionamento se acopla ao que mencionamos anteriormente sobre o enquadramento de naturalização da exposição ao sofrimento.

Segundo o autor ainda, há uma conformação a partir de fenômenos como indignação, coragem e esperança de um idioma que configura uma espécie de “teodiceia da saúde pública”³³ (Freire, 2019. P. 365). Nesse sentido, constituem narrativas e dinâmicas de ações públicas que são traduzidas ou pautadas enquanto iniciativas de reestruturação e reorganização das políticas e serviços de saúde. Segundo o autor:

“A ideia de teodiceia da saúde pública inspira-se diretamente na concepção de Herzfeld (1993) sobre a teodiceia secular. Nesse sentido, formulo a seguinte pergunta: como pode haver tantas mortes por falta de assistência médica e cuidado em saúde em um país em que há tanto um direito à saúde constitucionalizado, quanto um Sistema de Saúde regido pelos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade? Meu argumento é de que a resposta para esse questionamento encontra-se na naturalização da escassez que sustenta e permite a expansão contínua de projetos de reestruturação de serviços e repactuação de direitos, o que, em última instância, reforça e atualiza uma série de práticas de necrogovernança”. (Freire, 2019. P. 365)

³³ Conforme Freire (2019), teodiceia na teologia cristã está ligada a possibilidade de explicação da maldade no mundo simultaneamente a existência de Deus, enquanto representação de um bondade infinita. Ou ainda para Weber, a teodiceia pode estar acoplada a um conjunto de racionalização e justificação do sofrimento ou da desigualdade a partir da noção de que haverá salvação futura. De todo modo, teodiceia configura modos de acomodação das contradições no interior de um sistema.

Na argumentação do autor, com o avanço da lógica neoliberal também avançam as violências e processos de vulnerabilização contra determinados grupos e pessoas de modo estrutural, não apenas direto. E, precisamente pela sua característica estrutural, eles passam por um processo de naturalização e são tidos como incontornáveis ou diante dos quais há pouco a fazer. Ao mesmo tempo, é precisamente esse arranjo que reforça a produção uma série de projetos de intervenção que se pretendem a distintas formas de desenvolvimento social. A ideia de teodiceia de saúde pública, portanto, tem como pressuposto o de que o SUS, bem como o próprio Estado, não estariam atuando corretamente. Desse modo, a saída e a chegada do problema se concentram no funcionamento do Estado e dos seus agentes de implementação.

No ano de 2019, a realização de um concurso público indicava uma postura da gestão municipal na tentativa de garantir o acesso de profissionais aos serviços por meio de processo seletivo. As narrativas e divulgações da própria gestão municipal, expressavam uma preocupação com a reestruturação dos serviços públicos de saúde, iniciando por um modo de contratação mais sólido e estável de profissionais. Em 2020 e 2021, com uma gradativa saída de trabalhadores autônomos, afastamentos daqueles de grupos de risco por conta da situação de pandemia e, falta de perspectivas de novas contratações, o serviço chega a contar com 3 profissionais no atendimento diário aos usuários. Momento a partir do qual se retomam distintas estratégias e discursos de reestruturação dos serviços, à semelhança do vivi no meu início profissional em 2016, e outros trabalhadores contaram ter vivido em outros anos.

Segundo Freire (2019) essa argumentação reforça a centralidade e o poder do Estado no tocante à destinação de recursos e empenho para a formulação de políticas públicas. Conforme nos apresenta, o SUS, ao longo dos 30 anos de existência vem enfrentando distintas crises, de modo que a precariedade e a desigualdade são traços presentes na saúde pública brasileira. Junto com eles temos as tentativas de corrigir os erros do Estado e ao mesmo tempo a preocupação em manter o funcionamento da economia, o que dá fundamento para parte significativa de projetos políticos na área da saúde, incluindo os debates contemporâneos sobre repasse de verbas, ajuste fiscal e redução de gastos. Encarar a questão como estrutural, envolve compreender que os problemas de saúde pública não são excepcionais ou recentes, mas possuem uma dimensão histórica mais ampla. Além disso, cabe questionar se em algum momento as políticas de saúde funcionariam tal como foram formuladas, entendendo que há

distinções importantes entre um Estado de bem estar social e um Estado nação colonial como o caso brasileiro.

Fazer esses apontamentos não significa descaracterizar ou se contrapor ao que Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) vem apontando como desmonte das políticas públicas de saúde mental. Se trata antes de estabelecer que há uma diferença de terminologias entre precarização e desmonte. Os autores afirmam a conjuntura do desmonte a partir da análise das publicações de reorientações da política a partir de 2016 com os documentos do governo federal, atentando também para os efeitos dessas outras normativas sobre a RAPS. Quanto nos atentamos ao fenômeno de precarização das políticas de saúde e nos concentramos na gestão do trabalho e cuidado nos CAPS ad, ainda que nas memórias pessoais partimos do ano de 2016, temos como foco um conjunto de processos como precarização dos vínculos de trabalho, vulnerabilização dos usuários, subfinanciamento e desinvestimento em uma série de aspectos necessários a manutenção de um serviço como um CAPS ad de portas abertas. Ou seja, nos concentramos em um fenômeno perene que parece atravessar de modo estrutural todo o período de implementação de uma política e nos leva a pensar criticamente de modo estrutural as relações entre Estado e políticas de saúde. A essa dimensão, soma-se a atual conjuntura de desmonte não apenas das políticas de saúde mental, como das políticas sociais de forma mais ampla.

Conforme vimos com a questão trabalhista no SUS e com a memória de nossos interlocutores, a questão da reprodução da precariedade nas políticas de saúde aparecem, conforme coloca Freire (2019), como fundantes da administração pública no Brasil, de modo que o próprio Estado reproduz ativamente as condições de miséria e escassez.

“Em suma, o que está em jogo aqui não é tanto uma gestão da escassez, mas sim uma gestão pela escassez; ou ainda, uma gestão pobre para os pobres: uma ideia que se refere aos cenários em que nunca há recursos, funcionários, tempo para atender a todos, de modo que aquilo que é possível fazer é sempre precário em algum nível”. (Freire, 2019. P. 368)

Se a reprodução da escassez ocorre de modo estrutural e macropolítica significa que ela condiciona em larga medida a realização no trabalho no âmbito micropolítico, nos arranjos diários de trabalho e cuidado. No entanto, de modo

congruente com as discussões levantadas por Fazzioni (2018), Freire (2019) e Lancetti (2015) as memórias reunidas nos mostraram que as experiências de cuidado não são absolutamente sobredeterminadas pelas limitações estruturais. Nesse sentido, as memórias questionaram o funcionamento que burocratiza o acesso ao serviço. Além disso, foi também comum nas memórias a rememoração dos chamados usuários vulneráveis e uma reflexão ampliada das condições de produção da vulnerabilidade a partir das relações sociais dos usuários dos serviços. Nesse sentido, como afirma Biehl (2011):

“O que está além do Biopoder? Atravessando mundos de risco e escassez, limitadas sem serem totalmente sobredeterminadas, as pessoas criam pequenos e passageiros espaços, através e além de classificações e aparatos de governança e controle, nos quais podem desempenhar um tipo de bricolagem de vida com as escolhas e materiais limitados que têm à disposição”. (Biehl 2011, p. 272-272 apud Fazzioni 2018, p. 15).

As memórias de modo amplo, dizem respeito principalmente apenas a uma parcela dos atores que compõem as rotinas diárias de um serviço como o CAPS ad. Ainda assim, mobilizaram uma série de aspectos que contribuem para análise da implementação dos serviços. É de se notar o quanto as análises que fomos capazes de empreender no contexto desta dissertação se mostraram congruentes com o levantamento bibliográfico realizado ao início do texto. Nesse sentido, despontam aspectos que ainda precisam ser melhor investigados e outros a serem aprofundados.

Inicialmente, lembremos que a realidade dos CAPS como um todo em municípios de pequeno e médio porte são significativamente menos documentadas na produção sobre o tema. A concentração de estudos em grandes cidades produz uma lacuna importante no conhecimento sobre a implementação destes serviços em contextos concretos marcados por arranjos políticos e institucionais que não são os mesmos das metrópoles. Nesse mesmo sentido caminha a produção sobre os serviços de saúde mental no estado do Rio de Janeiro, cuja realidade para além da capital é também ainda pouco documentada.

Outro elemento de destaque que acreditamos que o presente trabalho é capaz de contribuir com a literatura, diz respeito, a como a temática da precarização pode ser tematizada nessas produções. Notamos, no tocante a produção sobre os CAPS ad que a perspectivas de profissionais é aquela mais presente nos estudos e que, além disso, a

precarização foi mais comumente tematizada como obstáculo a implementação dos serviços ou das práticas de cuidado. No entanto, sua tematização na bibliografia envolveu sua compreensão como fenômeno conjuntural, não estrutural. Essa consideração, como abordamos aliados a perspectiva de Freire (2019), mantém a compreensão de que haveria um obstáculo ao pleno funcionamento do Estado, portanto, a um funcionamento adequado dos CAPS ad. Se consideramos os distintos modos pelos quais o tema da precarização vem incidindo sobre serviços públicos de saúde, podemos questionar se não há, no próprio Estado, a reprodução da condição precária, sobretudo, quando nos concentramos em determinados serviços ou populações como os usuários de drogas. Por fim, entendemos ainda que permanecem uma série de fios que podem ser desdobrados em futuras análises, como a mobilização de categorias científicas ou nativas entre os profissionais, como se constitui e mantém a produção de demanda em um serviço cronicamente atravessado pela precarização, além das próprias perspectivas de usuários e familiares que é aquela ainda com menor destaque nas produções sobre os serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2009, v. 25, n. 11 [Acessado 11 Abril 2022], pp. 2309-2319. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>>. Pub. 17 Nov. 2009. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.

ALVES, V. Sampaio; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v13i3p9-32. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241>. Acesso em: 11 abr. 2022.

ALVES, H.M.C.; RIBEIRO, L.B.D., Ribeiro, L.B.D. A influência dos Vínculos Organizacionais na Consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência Saúde Colet.* [periódico na internet] (2013/Fev.). [Citado em 11/04/2022]. **Está disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-influencia-dos-vinculos-organizacionais-na-consolidacao-dos-centros-de-atencao-psicossociais/12102>

ALMEIDA, I. Silva de. **Cuidados e existências:** entre mínimos e reais em um CAPS AD. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Doi:10.11606/T.6.2021.tde-25082021-104026. Acesso em: 2022-04-11.

SANTANA, M. Aurélio. *Da plenitude ao vazio na cidade do aço: memória dos movimentos sociais em Volta Redonda (1980 – 1990)*. *História Oral*. V. 9. Nº 1. P. 91106. 2006. Acessado em: <https://revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/download/191/195/562> Último acesso: 28/06/2022.

ANJOS, N. Correia dos e SOUZA, A. M. Portela de. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017, v. 21, n. 60 [Acessado 11 Abril 2022], pp. 63-76. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>>. Pub. 25 Ago. 2016.

ANDRETI, T. O.; ROSO, A.; SANTOS, C. DOS; CORRÊA da Costa, D. F. Internação compulsória e consumo de crack: Uma reflexão a partir do olhar dos profissionais de saúde mental. **Psicol.**, v. 52, n. 1, p. e35772, 14 jun. 2021.

ARAUJO, A. C. da C.; PIRES, R. R. Redução de Danos na Atenção Psicossocial: concepções e vivências de profissionais em um CAPS ad. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. Pág. 9-21, 13 abr. 2018. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1982>. Último acesso em: 11/04/2022.

AYRES, J. Ricardo, CASTELLANOS, M. E. P. e BAPTISTA, T. W. de Faria. Entrevista com José Ricardo Ayres. *Saúde e Sociedade* [online]. 2018, v. 27, n. 1

[Acessado 8 Agosto 2022], pp. 51-60. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018000002>>. Último acesso em: 08/08/2022.

BARROSO, P. Farfan; KNAUTH, D. Riva; MACHADO, P. Sandrine. Desintoxicação, medicamentos e reinserção social: o tratamento de usuários de crack em diferentes perspectivas. In: Etnografias em serviços de saúde. ORG: Jaqueline Ferreira, Soraya Fleischer. I ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BARROS, A. C. Florence de. Clínica, política e gestão do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial III: articulações e disjunções no cotidiano de trabalho. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Doi:10.11606/D.47.2016.tde-16092016-150334. Acesso em: 2022-04-11.

BARROS, A. C. Florence de; BERNARDO, M. Hespanhol. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 16, n. 1, p. 60-74, jun. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198490442017000100005&lng=pt&nrm=iso. Último acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados, n. 12, ano 10. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados. Acesso em: 06 de Março de 2021.

BLEICHER, T.; VIANA, T. DE C. Continuidades e discontinuidades do tratamento moral em modelos de tratamento para toxicômanos. *Revista de Psicologia*, v. 3, n. 1, p. 38-50, 1 jan. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/103>. Último acesso em: 11/04/2022.

BORGES, C. Furlanetti e BAPTISTA, T. W. de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n. 2 [Acessado 11 Abril 2022], pp. 456-468. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>>. Pub. 01 Fev. 2008. ISSN 1678-4464.

BOSKA, G. de Andrade et al. Leitos em centro de atenção psicossocial álcool e drogas: análise e caracterização. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2018, v. 71, supl. 5 [Acessado 11 Abril 2022], pp. 2251-2257. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0149>.

BUTLER, J. Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto? Tradução: Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnal Marques da Cunha. Revisão: Marina Vargas; Carla Rodrigues. 7ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

CALASSA, G. D. Barbosa; PENSO, M. Aparecida; FREITAS, L. Gonçalves de. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 177-187, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198212472015000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CAMPOS, Gastão W. de Sousa e DOMITTI, A. Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2007, v. 23, n. 2 [Acessado 3 Agosto 2022], pp. 399-407. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>.

CARVALHO, Bruno; DIMENSTEIN, Magda. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPS ad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CARVALHO, M. de F. Alves Aguiar et al. Desarticulação da Rede Psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2016. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2017, v. 51 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>.

COSTA, F. Da. Vivência Grupal na potencialização de trajetórias participativas de pessoas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. 2015. Dissertação mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto alegre.

COSTA, P. H. Antunes da, RONZANI, T. Mota e COLUGNATI, F. A. Basile. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 3 [Acessado 11 Abril 2022], pp. 738-750. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170188>>. ISSN 1984-0470.

COSTA, P. Henrique Antunes da et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 2 [Acessado 11 Abril 2022], pp. 395-406. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.20682013>>. ISSN 1678-4561.

COSTA, P. H. Antunes da. COLUGNATI, F. A. Basile e RONZANI, T. Mota. Avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10):3243-3253, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/8030>. Último acesso em: 11/04/2022.

COSTA, P. H. Antunes da. RONZANI, Telmo Mota e COLUGNATI, F. A. Basil. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de

atenção aos usuários de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 10 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.12572018>.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CRUZ, N. F. de Oliveira, GONÇALVES, R. Weber e DELGADO, P. G. Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2020, v. 18, n. 3 [Acessado 7 Agosto 2022] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DANTAS, C. de Rosalmeida e ODA, A. M. G. Raimundo. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 24, n. 4 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>.

DE PINHO, L. Barbosa; SCHNEIDER, J. Fernando; KANTORSKI, L. Puciane; SINIAK, D. Schlotefeldt; DA SILVA, A. Basso; MEDEIROS, R. Gil. Apoio Material, Família e Cuidado as Pessoas que Utilizam Crack. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, [S. l.], v. 11, n. 5, p. 1236–1241, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1236-1241. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7417>. Acesso em: 11 abr. 2022.

DIAS, R. Mendonça. *Do asilo ao CAPS ad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos / Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008.*

ESTÉFANE, A. S. Glaucia; AZEVEDO, M. V. A. S. Alves; ROSADO, S. Rodrigues; COELHO, K. Rosa; DE OLIVEIRA, Flávia. Vivências de usuários de álcool e outras drogas em um centro de atenção psicossocial. *Nursing (São Paulo)*, [S. l.], v. 23, n. 269, p. 4683–4694, 2020. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i269p4683-4694 . Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/967>. Acesso em: 11 abr. 2022.

FAZZIONI, N. Helou. *Situações precárias: políticas de saúde e experiências de cuidado na favela. IN: Antropologias, saúde e contextos de crise / Organizadoras Rosana Castro, Cíntia Engel, Raysa Martins; Colaboradora Tatiana Guedes. – Brasília: Sobrescrita, 2018. 198 p.*

FERREIRA, P. Sérgio; LUIS, M. Antonia Villar. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. *Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis*, v. 13, n. 2, p. 209-216, 2004. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001395369>. Último acesso em: 11/04/2022.

FONSECA, Rafaela M. A. Martins e GALLASSI, Andrea Donatti. Práticas de cuidado extramuros nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: a ocupação cidadã. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25 [Acessado 11

Abril 2022], e200369. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200369>>. Pub. 19 Abr. 2021. ISSN 1807-5762.

FREIRE, F.; SILVA, G.; RAMMINGER, T. Gênese da rede de atenção psicossocial no município de volta Redonda-RJ: um olhar pela narrativa dos trabalhadores. *Ayvu: rev. Psicol.*, v. 01, n. 02, p. 166-182, 2015.

FREIRE, L. de Magalhães. A Gestão da escassez: uma etnografia da administração de litígios em saúde em tempos de crise. Tese doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional. Programa de Pós graduação em Antropologia Social, 2019.

GAGNEBIN, J. Marie. Lembrar escrever esquecer — São Paulo: Ed. 34, 2006. 224 p.

GAMA, C. A. Pegolo da; CAMPOS, R. T. Onocko e FERRER, A. Luiza. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [online]. 2014, v. 17, n. 1 [Acessado 11 Abril 2022], pp. 69-84. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>>. Pub. 04 Abr. 2014.

JELIN, Elizabeth La lucha por el pasado: Cómo construimos la memoria social.- 1ª ed.- Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2017. Libro digital, EPUB. - (Sociología y política) Archivo Digital: descarga

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem* [online]. 2007, v. 16, n. 3 [Acessado em:11/04/2022], pp. 417-425. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300006>

LACCHINI, A. J. Bisso; NASI, Cíntia; OLIVEIRA, G. Costa de; PINHO, L. Barbosa de; SCHNEIDER, J. Fernando. Características de usuários de crack atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial: concepção da equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 17, n. 2, p. 196–204, 2015. DOI: 10.5216/ree.v17i2.29179. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29179>. Acesso em: 11/04/2022.

LANCETTI, Antonio. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica* 1ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LIMA, V. P. Karine et al. Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. *Rev. salud pública*, Bogotá, v. 20, n. 6, p. 692-698, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000600692&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11/04/2022.

LEAL, D. Fernandes et al. A percepção dos trabalhadores de saúde mental sobre a atuação do redutor de danos. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 66-74, mar. 2021 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762021000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 /04/ 2022.

LIMA, M. G. Teixeira et al. Assistência qualificada a gestantes em uso de álcool e outras drogas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.], v. 15, n. 1, fev. 2021. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245415/37778>>. Acesso em: 11/04/2022.

LOPES, L. L. Teixeira et al. Ações da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 72, n. 6, p. 1624-1631, Dez 2019. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601624&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11/04/2022.

LOPES, M. Antonio et al. As diferenças de idade e gênero entre usuários de CAPS ad e as implicações na rede de atenção. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 159-167, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/04/2022.

LOTTA, G. Spanghero; PIRES, R. R. Coelho. Categorizando Usuários “Fáceis” e “Difíceis”: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais. *DADOS*, Rio de Janeiro, vol.63(4): e20190112, 2020.

MACEDO, C. R. de Oliveira; SOUZA, V. Silva. Grupo de mulheres: um lugar de escuta clínica para mulheres em um centro de atenção psicossocial. *Vínculo*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 1-12, ago. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902021000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/04/2022.

MACHADO, Ana Regina. 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 apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, A. Regina; MODENA, C. Maria e LUZ, Z. M. Profeta da. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2020, v. 24 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190090>.

MACHADO, A. Regina, MODENA, C. Maria e LUZ, Z. M. Profeta da. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 30, n. 01 [Acessado 11 Abril 2022], e300118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300118>.

MACHADO, A. Regina. e MIRANDA, P. S. Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 2007, v. 14, n. 3 [Acessado em: 11/04/2022], pp. 801-821. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

MARCHETTI, S. Proença; SAEKI, Toyoko. A inclusão social de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas de um município paulista. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-8, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/04/2022.

MARQUES, A. L. Marinho; MÂNGIA, E. Ferreira. O campo de atenção à saúde de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool: apontamentos para a formulação de práticas de cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 43-48, 2009. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v20i1p43-48. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14055>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MENEZES F. L, Natália et al. Perfil de mulheres acolhidas em leitos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 11, n. 1, jun. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2528>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, T. F. Kratochwill e SANTOS, C. B. Tavares. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2014, v. 34, n. 03 [Acessado 7 Agosto 2022], pp. 592-611. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001662013>. ISSN 1982-3703.

NORA, Pierre. Entre a memória e a história: a problemática dos lugares. Tradução: Yara Aun Khoury. IN: *Les Lieux de mémoire. I La République*, Paris, Gallimard, 1984, pp. XVIII – XLII. Tradução autorizada pelo Editor. Editions Gallimard 1984.

NOGUEIRA, R. Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, V. de Almeida. Limites críticos das noções de precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública. In: *Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil*. Org. Barros, A. F. R. Santana Neto, J. S. e Santos P. M. Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

OLIVEIRA, J. Freitas de; PAIVA, M. Santos e VALENTE, Camila L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2):473-481, 2006. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1590%2Fs1413-81232006000200024>. Último acesso em: 11/04/2022

OLIVEIRA, L. Veríssimo E et al. Muros (in)visíveis: reflexões sobre o itinerário dos usuários de drogas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 29, n. 04 [Acessado 11 Abril 2022], e290411. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290411>>. Pub. 25 Nov. 2019. ISSN 1809-4481.

OLIVEIRA, A. José de. Disparidade das concepções de tratamento da dependência de substâncias psicoativas: reflexos e implicações entre profissionais, modelos e instituições presentes nos serviços de atendimento¹. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 93-100, 2017. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 11 abr. 2022.

ONOCKO-CAMPOS RT et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10):2847-2857, 2013

ONOCKO-CAMPOS, R T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2013, v. 18, n. 10 [Acessado 10 Agosto 2022], pp. 2847-2857. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000009>>. Pub. 08 Maio 2013.

CAMPOS, R. Onocko et al. Estudos de Saúde Mental publicados nos últimos 25 anos na Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. [Online]. 2020, v. 25, n. 12 [Acessado 7 Agosto 2022], pp. 4771-4790. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.27932020>>. Pub. 04 Dez 2020. ISSN 1678-4561.

ONOCKO-CAMPOS, R. Teresa. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. 35. Nº 11. Rio de Janeiro, Novembro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00156119> . Último acesso em: 12/04/2022.

PETUCO, D. Roberto da Silva. O Pomo da discórdia? a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas às pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil. Tese (doutorado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. 2016.

PINHEIRO, Caliandra Machado. TORRENTÉ, Mônica Nunes de. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as). *Saúde Sociedade*. São Paulo, V. 29, Nº 2.

PEIRANO, Mariza. Etnografia, ou a teoria vivida. *Ponto Urbe*, v.2, 2008. PEREIRA, Maria Odete. Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. 2009. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Doi:10.11606/T.7.2009.tde-11012010-145632. Acesso em: 2022-04-11.

PERRONE, P. A. Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 02 [Acessado 11 Abril 2022], pp. 569-580. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>. ISSN 1678-4561.

PINHEIRO, C. Machado e TORRENTÉ, M. Nunes de. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as). *Saúde e Sociedade* [online]. 2020, v. 29, n. 2 [Acessado 11 Abril 2022], e190301. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190301>>. Pub. 17 Jul. 2020..

PINHO, E. Santos; SOUZA, A. C. Silva; ESPERDIÃO, Elizabeth. Processos de trabalho de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva* 23 (1); 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qrcT4cQb3qrPZSpHBwCq6Gj/?lang=pt>. Último acesso em: 12/04/2022.

PIUCHI, V. F. de Almeida; BARLETA, Claudia; REAL, J. Monte. Violência de gênero, viés social e drogas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.], v. 14, jan. 2020. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243345/34188>. Acesso em: 11 abr. 2022.

PIRES, R. Rocha. C. e SANTOS, M. P. Gomes dos. Desafios do multiprofissionalismo para a redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. *Saúde e Sociedade* [online]. 2021, v. 30, n. 2 [Acesso em: 11/04/2022] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200072>.

PINHO, P. Hayasi et al. Atitudes das equipes dos serviços de atenção psicossocial em álcool e drogas. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 33-42, abr. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11/04/2022.

POLICARPO, Frederico. O local onde os múltiplos discursos sobre o consumo de drogas se encontram: fazendo pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) no Rio de Janeiro. In: *Drogas, políticas e consumidores*. Org. Beatriz Caiuby. Et al. Campinas SP. Mercado das Letras; São Paulo SP. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre psicoativos (NEIP) 2016.

PRATES, J. G. et al. Atitudes de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial sobre álcool, alcoolismo e alcoolistas. *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 22, e62765, 2021. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/62765/197189>. Acesso em: 13/08/2021.

PINHEIRO R. Em defesa da Vida: O modelo do Sistema Único de Saúde de Volta Redonda. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 11 (2): 123 – 166. 2001.

PINTO, S. das Graças Alves. Fotografando a rede de saúde para atenção às pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas no município de Volta Redonda: da observação ao observatório. Dissertação (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2012.

QUARESMA, A. L. Peixoto; MARCHI, M. Viana; CORDEIRO, M. C. N. R. Anúnciação. Evolução histórica do projeto para implantação do CAPS ad em uma unidade de emergência do município de Volta Redonda. Monografia apresentada ao Instituto de Psiquiatria – IPUB / UFRJ. Curso de especialização para a Rede de Centros de Atenção Psicossocial no Atendimento de dependentes de Álcool e Outras drogas (CAPS ad). Rio de Janeiro, Jun. 2003.

QUINTAS, A. C. de M. Oliveira; TAVARES, P. dos S. P. Borelli. Entre CAPS ad e Comunidades Terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um CAPS ad. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe3, p. 198-209, Out. 2020. Disponível em:

http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042020000700198&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 Abr. 2022. Pub.

RAMMINGER, Tatiana e JUSSARA Cruz de. "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2011, v. 23, n. spe [Acessado 11 Abril 2022], pp. 150-160. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>. Pub. 29 Mar 2012. ISSN 1807-0310.

RIZZO, T. Pereira; SANTOS, E. Jacqueline. Gestão do Trabalho em Saúde sob o neoliberalismo: reflexões sobre o conceito de precarização do trabalho em saúde e o papel dos PCCS. In: *Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde*. Organização: Francisco Antonio de Castro Lacaz, Patrícia Martins Goulart, Virgínia Junqueira. 1º edição. São Paulo Huitec: Fapesp, 2017.

RUIZ, Valéria Salek. *A Dimensão Gestonária da Clínica: A Experiência em um Serviço de Saúde Mental*. – Rio de Janeiro: [s.n.], 2003. 106 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

SAMPAIO, M. Lanzotti e BISPO, J. Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2021, v. 37, n. 3 [Acessado 11 Abril 2022], e00042620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>. Epub 07 Abr. 2021. ISSN 1678-4464.

SANCHES, L. Ramos e VECCHIA, M. Dalla. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Brasil – Código de Financiamento 001. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2020, v. 24 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200239>.

SANTANA, M. A. Da plenitude ao vazio na Cidade do Aço: memórias dos movimentos sociais em Volta Redonda (1980-1990). *História Oral, [S. l.]*, v. 9, n. 1, 2012. DOI: 10.51880/ho.v9i1.191. Disponível em: <https://www.revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/191>. Acesso em: 11 ago. 2022.

SANTOS, Maria Paula Gomes. Comunidade Terapêuticas e a disputa sobre modelos de atenção a usuários de drogas no Brasil. IN: *Comunidades Terapêuticas – Temas para Reflexão*. Org. Maria Paula Gomes dos Santos. Rio de Janeiro. IPEA, 2018.

SANTOS, Maria Paula Gomes. PIRES, Roberto Rocha C. Sentidos da Redução de Danos nos CAPS AD no Distrito Federal: entre o escopo ampliado e traduções

conservadoras. 43º Encontro Anual da Anpocs, ST11 Drogas, atores e sociedade. Caxambu, 23 de outubro de 2019.

SANTOS, Maria Paula Gomes. PIRES, Roberto Rocha C. Antagonismo cooperativo na provisão de cuidado a usuários de drogas no distrito federal: conflitos e parcerias entre CAPS ad e CT. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília: Rio de Janeiro : Ipea , 2020.

SANTIAGO, Eneida; SANTOS, Lucielly. Uma etnografia da atenção à saúde mental de sujeitos em situação de rua. Barbarói, p. 81-101, 20 dez. 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/13973> . Último acesso em: 11/04/2022.

SANTOS, J. Costa. MOLESINI, J. A. Oliveira; PITTA, A. M. Fernandes. Centros de Atenção Psicossocial da Bahia: Vínculos empregatícios. *Rev. baiana saúde pública* ; 40 (2016)(3): <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n3.a2461>, Nov. 08-2017. Artigo em Português | LILACS | ID: biblio-875181. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875181>. Último acesso em 11/04/2022.

SANTOS, J. Macedo dos et al. Responsabilização e participação: como superar o caráter tutelar no centro de atenção psicossocial álcool drogas? *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2018, v. 39 [Acesso em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180078>.

SHIMOGUIRI, A. F. Dias Tanaka e ROSA, Abílio da Costa. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. *Psicologia USP* [online]. 2017, v. 28, n. 3 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420160123>

SIEPMANN, S. Keity Laís et al. Motivos da recaída ao uso de drogas por mulheres na perspectiva da Fenomenologia Social. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 10, n. 5, maio 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2540>>. Acesso em: 11/04/2022.

SILVA, A. Priscila et al. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. *Saúde em Debate* [online]. 2021, v. 45, n. 128 [Acessado 11 Abril 2022] , pp. 66-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112805>.

SILVA, Martinho Braga. Reflexividade e implicação de um “pesquisador-nativo” no campo da saúde mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”. Campos, *Revista de Antropologia*, [S.l.], p. 99-115, dez. 2007. ISSN 2317-6830. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/8154>>. Acesso em: 06 ago. 2022. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/cam.v8i2.8154>.

SILVA, M. de N. R. M. de Oliveira; ABBAD, G. da Silva; MONTEZANO, Lana. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei, v. 13, n. 2, p. 1-

17, ago. 2018 . Disponível em
 <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/04/2022.

SILVA, S. Nascimento e LIMA, M. Guimarães. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2017, v. 26, n. 1 [Acesso em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100016>.

SILVEIRA, E. A. Araújo; OLIVEIRA, P. Peres; CORREIO, P. Moreira; SANTOS, W. Jesusmara.; RODRIGUES, A. Bezerra. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 4347–4364, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4347-4364. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4405>. Acesso em: 11/04/2022.

SINIAK, D. Schlotefeldt; PINHO, L. Barbosa. de; JÚNIOR, J. N. Maidana; ÁVILA, M. Barcelos; SILVA, V. A. Mora. Da. Análise da rede social de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S. l.], v. 11, p. e32, 2021. DOI: 10.5902/2179769248177. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/48177>. Acesso em: 11/04/2022.

SIQUEIRA D. Foggiato; TERRA M. Gomes; SOCCOL K. L. Siepman, CANABARRO J. Lunard; MORESCHI Claudete. Motivos atribuídos por usuários à procura de tratamento em um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *REME – Rev Min Enferm.* 2018. 22. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-914508> DOI:10.5935/1415-2762.20180012. Último acesso em: 10/04/2022;

SOUZA, B. B. Cunha. A noção de cuidado na atenção a usuários de substâncias psicoativas em um Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad. 2013. Dissertação Mestrado em Psicologia Social. – Pontifca Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, F. Mitkiewicz de et al. A Violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade* [online]. 2011, v. 20, n. 2 [Acessado 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200009>.

SOUZA, T. de Paula e CARVALHO, S. Resende. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2014, v. 18, suppl 1 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0518>.

TEIXEIRA, Mirna, Barros. RAMÔA, Marise de Leão. ENGSTROM, Elyne. RIBEIRO, José Mendes. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, V.22. Nº5. 2017

TERADA, D. Pavan et al. O desafio da Drogadição. Vínculo, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 27-33, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/04/2022.

TEIXEIRA, M. Barros et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 5 [Acessado em: 11/04/2022], pp. 1455-1466. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>.

TIBIRICA, V. Ayres; LUCHINI, E. P. Miessi; ALMEIDA, C. Souza de. Perspectiva do usuário de drogas sobre seu tratamento e a rede de atenção psicossocial. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-9, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11/04/2022.

VAISSMAN, Magda; RAMÔA, Marise; SOARES V. S. Artemis. Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro *Saúde em Debate*, vol. 32, núm. 78-79-80, enero-diciembre, 2008, pp. 121-132 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773012>. Último acesso em: 11/04/2022.

VALE, A. Rodrigues do e VECCHIA, M. Dalla. Sobreviver nas ruas: percursos de resistência à negação do direito à saúde. Apoio e financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001. *Psicologia em Estudo* [online]. 2020, v. 25 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.45235>.

VARGAS, A. de Fátima Modesto e CAMPOS, M. Macedo. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 3 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>.

VELOSO, L. U. Portela, et al. "Multiprofissionalidade Em Um Centro De Atenção Psicossocial Para Usuários De álcool E Outras Drogas." *Rev. Rene* 17.6 (2016). Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo1663486-multiprofissionalidade-em-um-centro-de-aten%C3%A7%C3%A3o-psicossocial-para-usu%C3%A1rios-de-%C3%A1lcool-e-outras-drogas/Cite. Último acesso em: 11/04/2022.

VERNAGLIA, Tais Verônica Cardoso. CRUZ, Marcelo Santos. PERES, Simone. O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde. IN: *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. V. 44 N° especial 3 Rio de Janeiro, out 2020. issn 0103-1104

WANDEKOKEN, Kallen; QUINTANILHA, Bruna; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. *Rev. Subj., Fortaleza*, v. 15, n. 3, p. 389-397, dez. 2015. Disponível em iso. Acesso em: 11/04/2022.

WANDEKOKEN, K. D. e DALBELLO-ARAUJO, M. Trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2015, v. 13, n. Suppl 1 [Acessado em: 11/04/2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00003>.

WORCMAN, Nicola; MORGANTI, Rafael. O proibicionismo introjetado: a reprodução da violência e exclusão entre os usuários de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. IN: Implementando Desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Org.: Roberto Rocha C. Pires. Rio de Janeiro, IPEA, 2019.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, vol. 32, núm. 78-79-80, enero-diciembre, 2008, pp. 27-37. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

ANEXO I

Memórias Pessoais

O grupo Superação

Meu primeiro contato com o grupo Superação ocorre por intermédio da profissional psicóloga que por orientação da coordenadora de serviço me acompanha de modo mais próximo no decorrer do estágio. O grupo, coordenado pela própria profissional, ocorria todas as quartas a partir das 14 horas com duração máxima até 15h30min. Todas as reuniões aconteciam invariavelmente em sala no interior da casa do CAPS ad.

Haviam diferentes narrativas sobre o grupo, ele me é apresentado como um coletivo em que estariam presentes muitos usuários em situação de rua ou que estariam abrigados no albergue público do município. Portanto, seria um coletivo em que pautas relativas ao cuidado das pessoas que estavam em situação de rua poderiam ser levantadas. Segundo a profissional que coordenava o espaço, os próprios usuários traziam muitas questões relativa ao acesso a outros serviços, sobretudo, de assistência social.

Ao mesmo tempo, o grupo também era narrado como chato. Chatice estaria ligada a um perfil dos usuários que constituíam o coletivo: majoritariamente homens acima dos 40 anos, contando apenas com uma mulher, todos com demandas relacionadas a um consumo prejudicial de álcool. Como uma característica importante nos relatos sobre sua chatice, teria uma espécie de atmosfera mais entristecida, em que esses homens utilizariam o espaço do grupo enquanto um espaço para que pudessem dizer de suas perdas, seus embaraços, dificuldades, seus danos e que, de certo modo, como todos seriam reincidentes (não conseguiam manter-se abstermios por períodos de tempo que ultrapassassem um mês), o grupo se constituía com mais frequência como um espaço de lamentações. E algo me chama atenção: de alguma forma, quando os profissionais me falam, isso estaria ligado a um humor, um perfil característico destes usuários, colocado por alguns profissionais como perfil do alcoolista.

Quando começo a participar das reuniões do Superação, o primeiro aspecto que me chama atenção é a quantidade de pessoas, tínhamos uma sala cheia, com cerca de 23 pessoas (21 homens contando comigo e duas mulheres, uma usuária e a psicóloga), faltavam bancos para todos. No horário, percebia que todos estavam em silêncio, aguardavam no espaço externo o convite da profissional para o encontro. Entravam,

sérios, sobretudo cabisbaixos. O início das reuniões, era provocado pela profissional, buscava colocar, ora um texto disparador, ora uma questão disparadora, seja com um instrumento ou outro, fui percebendo que objetivo ali se referia repetidamente a provocar àqueles homens e àquela mulher a que falassem sobre si. Os encontros ocorriam invariavelmente na mesma sala, única no serviço capaz de abrigar trabalho grupais com cerca de 20 pessoas. Sala fechada, com abertura apenas de duas portas. Durante um tempo, não contava com ventiladores ou ar condicionado. Ficávamos sem ventilação, os verões eram desconfortáveis.

Mas em um ou outro encontro, notei também, que não era qualquer fala autorizada a ser partilhada naquele espaço. A produção coletiva ali, caminhava sobretudo, no sentido de todos se manterem muito atentos ao que de fato seria cuidado (e não manipulação), dos malefícios do consumo do álcool, da incapacidade que os dependentes teriam de fazer uma gestão não só do consumo, mas da própria vida. Como também, fui percebendo como continuamente os contornos dados levavam a discussão sobre sentimentos, afecções, memórias ruins, buscando desviar o grupo de uma conversa sobre substâncias, sobre o possível papo de ativa, conforme dito pela profissional que coordenava o grupo. Era um acordo coletivo, não falar absolutamente nada sobre bebida alcoólica, por exemplo. Isso não significava que às vezes não acontecesse, e a maneira como o próprio grupo lidava com a situação envolvia um primeiro momento de repreensão, e depois uma confirmação do perfil “dependente químico” emaranhado com sua própria doença, incurável. Tais reações a um “deslize” eram iniciadas tanto por alguns usuários quanto pela psicóloga que coordenava o grupo. Noto, a partir de algum tempo participando, que havia nesse movimento, algo que a equipe (diferentes profissionais) tomava como estritamente necessário, a saber: afirmar o caráter da doença dependência química, dos comportamentos característicos que ela envolve, bem como as formas de fazer com que os usuários se percebessem enquanto dependentes.

Os “alcoólistas” (os profissionais me ensinavam) tinham preconceito e dificuldade quando em contato com usuários de múltiplas substâncias. Por não poucas vezes pude presenciar (no espaço grupal e em momentos de convivência no CAPS) senhores que se identificavam enquanto “alcoólatras” afirmarem o gosto pelas bebidas como algo absolutamente diferente do consumo de outras drogas. Os senhores diziam: tem hora que até bebo bem, fazer o quê? Mas nunca coloquei uma droga na boca. De outro modo, os usuários do CAPS que se diziam “total flex” (afirmando que gostavam

de consumir diferentes substâncias ou mesmo “todas” substâncias) apontavam uma dificuldade em seguir em atividades acompanhados dos “alcoólatras”, pois estes tinham um humor depressivo, “um tempo para resolver as coisas muito lento”.

O grupo Superação, então, era um dos que até então (este “perfil” do grupo se transforma bastante no decorrer de 2018 e 2019) mais tinha preservado uma dimensão de “grupo do álcool”, ainda que fosse proibida a conversa sobre o consumo e sobre a substância. Essas empreitadas de gestão do que se diz e do que se dá visibilidade e importância naquilo que os usuários dizem me causaram perturbações. Uma vez que em tratamento, um dependente químico deveria aprender a questionar menos o mundo e a sociedade (encontrando justificativas para suas desestabilizações), e sim aprender a ouvir mais. Seria dessa forma, ao aprender ouvir mais e questionar menos, que os usuários poderiam efetivamente ter sua reinserção social.

O Grupo de mulheres

O chamado Grupo de mulheres passou a me chamar atenção dentre os anteriores a partir de um determinado momento, pela questão de gênero já posta no título (os outros me chamaram a atenção apenas quando começo a poder perceber quais os pressupostos que orientavam suas ações). Ora, não havia grupo de homens, mas um entendimento de que esses outros grupos eram, sobretudo, masculinizados, compostos em uma maioria de homens, ainda que não necessariamente só pudessem participar pessoas identificadas com o gênero masculino.

Em determinado momento (por meados de 2017), fui procurado por uma conselheira em dependência química (a profissional que coordenava o grupo), para que, na medida possível, ajudasse com algumas ideias frescas para os encontros. Em mais de um momento observei a profissional conversando com outros profissionais sobre alguém (alguma usuária) ou sobre o grupo propriamente dito, e nesse sentido só me recordo dela se questionando sobre o porquê do grupo ainda existir.

Ao me procurar, me apontou também uma espécie de cansaço, em parte pelo excesso de grupos que coordenava nos últimos anos no CAPS ad, o fato de observar que, devido a dificuldades estruturais, falta de materiais, dificuldades de articulação com outros setores, o trabalho com o grupo não ia à frente. Contava-me como não sentia que as pessoas que se cuidavam no CAPS ad vinham se tornando independentes do mesmo. Como também dizia de um não reconhecimento do campo da gestão, de todas as dificuldades e mesmo as necessidades concretas para o desenvolvimento da atenção

diária no serviço. Essas observações, quando dirigidas as discussões sobre o grupo de mulheres, parecia que faziam emergir no corpo da profissional um desconforto e uma ideia de inabilidade no tato com o que as mulheres levantavam e produziam nos seus encontros.

Na primeira vez que conversamos, ela estava tentando elaborar algo como uma dinâmica para o grupo e que tinha como objetivo disparar uma conversa sobre quais as formas pelas quais aquelas mulheres percebiam o próprio corpo, sua fisionomia e como se relacionavam com essa percepção. Esse trabalho estava envolvido em uma proposta um pouco mais ampla de cuidado, que envolvia colocar em discussão como haveria a produção de visíveis e invisíveis nos corpos dessas mulheres, que influenciavam na maneira como elas também se viam. Em geral, a partir do relato da profissional, com os tempos acompanhando o grupo, ela própria se sentia profundamente incomodada com uma imagem negativa, crítica e como que de uma baixa autoestima que essas mulheres narravam. Segundo ela me conta, são os cabelos indesejáveis, a pele maltratada, o emagrecimento repentino, marcas e cicatrizes por conta de violências, olhares sem luz, bocas sem dentes, ganho de peso elevado a partir do uso de uma medicação, flacidez após uma gravidez e inchaço pela ingestão de álcool que comparecem nessas narrativas femininas.

“Tudo o que essa mulherada fala é muito pesado, é muito triste.” E, em uma tentativa de produzir outras coisas com isso, busca constantemente um planejamento de cuidado que possa produzir outras imagens com esse corpo vivido e ao qual se observa por um espelho. Isso também estaria associado com oficinas de corte e alisamento de cabelos, de manicure, com desejo inclusive por ensaios fotográficos, entre outras coisas. Atividades nesse sentido já haviam propostas e a ausência de quaisquer materiais para tanto inviabilizaram a iniciativa.

Além disso, ela também me contava que essas mulheres eram muito doidas, também contavam as histórias do vivido e se organizavam para viver mais. E nesse sentido ganhavam a cena do grupo histórias e movimentos de experiências de cuidado com filhos, relacionamentos passados, articulações construídas para conseguir grana em tempos de perrengue, articulações para conseguir beber e cheirar em tempos de perrengue. Segundo a profissional, a partir do CAPS elas combinavam também onde se encontrariam, para que meio que a partir do mesmo ponto se prostituírem e também nos mesmos locais poderem consumir substâncias conjuntamente.

Acompanhei algumas reuniões em que essa pauta foi colocada para a equipe e fui percebendo o que surgia entre os profissionais: uma situação nada simples, acabar com um grupo não se colocava no horizonte. Ao mesmo tempo em que aparecia um consenso mínimo de que o grupo de mulheres não estava a ser terapêutico, aparecia uma espécie de paralisia. Isso a partir de uma questão basilar: se acabamos com o grupo, qual outro espaço ou estratégia a ser constituída?

Apesar de essas discussões aparecerem no contexto de reuniões e contatos entre profissionais, isso não significa que os outros espaços, compostos majoritariamente por homens, tinham abertura também para conversar questões relacionadas a gênero. Nesses outros espaços, como grupo superação, Renascer e Compartilhando experiências, parecia haver uma correlação entre comportamentos “machistas” e os sintomas do adoecimento por uso prejudicial de substâncias. Uma espécie de cultura do beber descontroladamente, como também a narrativa de inúmeras ocasiões de violência associados a diferentes danos ao corpo como machucados, dores, perda de peso, vômito sempre apreendidos como uma questão de dependência química.

Proposta de ações de acolhimento Grupal – CAPS – ad (documento produzido a partir das discussões)

Introdução

O presente projeto se situa em um momento no qual se faz necessário repensar a organização do trabalho cotidiano, como também, as práticas interdisciplinares entre os trabalhadores no espaço, inicial, do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. Tal necessidade se apresenta a partir do contexto atual de trabalho, em que estão dadas as mudanças de profissionais na equipe, as dificuldades na organização do trabalho grupal, as concentrações das agendas médicas pautadas unicamente em atendimentos individuais, as dificuldades na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares que efetivamente orientem as práticas clínicas e de cuidado na direção da produção da autonomia com os usuários do serviço. Com essas questões, iniciamos com a equipe multiprofissional um movimento por repensarmos os modos pelos quais trabalhamos o acolhimento no serviço. Portanto, coloca-se em pauta, primeiramente, como a estratégia de acolher se refere à possibilidade de uma reorganização de todo o trabalho em equipe, ultrapassando a concepção de que acolher se limita a um primeiro atendimento ou a uma técnica de recepção. De todo modo, o que tomamos como objetivo não é, por um lado uma análise das ações de acolhimento até então empreendidas, como também não é, por outro lado, uma redefinição determinante sobre

como se efetivará o acolhimento na unidade. Pretendemos, sim, a partir de um questionamento acerca dos modos cotidianos de atuação da equipe, principalmente no que se refere às estratégias de acolhimento, produzir uma intervenção sobre estas estratégias no ato de acolher. Assumindo, como pressuposto, que o ato/processo de acolhimento não se configura apenas como recepção, mas que orienta toda a organização de um serviço e de uma equipe na maneira como esta se posiciona diante das demandas que lhes são dirigidas.

O trabalho grupal na saúde: Um Acolher Grupal?

Recorrendo a Rases e Rocha (2010) podemos pensar a existência de diferentes repertórios para o entendimento do trabalho grupal na saúde pública, importa resgatar junto com os autores, alguns sentidos que nos servem desde o contexto de saúde mental no território de Volta Redonda, tais como: **espaço coletivo, como uma alternativa para demanda e como estranhamento**. Considerar estes três eixos significa levar em consideração o que tem sido hoje a dimensão política e social da atenção em saúde mental, pensando que o contexto do CAPS AD nos convoca hoje a repensar determinadas práticas institucionais enraizadas a fim de conseguirmos construir outros modos de trabalho. Espaço coletivo, alternativa para demanda e estranhamento são três eixos de um processo em que se pretende atuar em conformidade com a Portaria nº. 336/GM e com os princípios preconizados pelo SUS de Universalidade do acesso, Integralidade da atenção e Controle Social. Com um **espaço coletivo**, primeiramente, esperamos construir estratégias de acolhimento e trabalho das demandas dirigidas ao serviço que não passem por uma relação individualizada entre profissional e usuário, a partir de uma coletividade muda-se a maneira como é construído o vínculo com o serviço e com os outros usuários, que podem ser trabalhados para além de uma técnica e de uma resposta; **Alternativa para demanda**, pois nos permite construir um dispositivo de escuta juntamente com uma possibilidade de intervenção sobre o fluxo de pessoas que chegam ao serviço através de permanentes discussões de equipe; E por fim, enquanto **estranhamento**, por suscitar dúvidas, questões e incertezas nos profissionais sobre o que fazer, como operar ou como responder, e nesse sentido, cabe que se possa estranhar o próprio cotidiano, estranhar o tomado como mais confortável ou o tomado como prioridade na forma de atendimento individual enquanto forma de recepção e, a atuação com base na individualidade do profissional como via de alcance de maior resolutividade.

Ações de Acolhimento Grupal fazem operar, para além de um modo de recepção, uma forma de trabalho em equipe que procura reorganizar, ainda que minimamente, as estratégias de cuidado. Portanto, um acolhimento grupal não indica apenas o agrupamento de todos os acolhimentos em uma única ocasião, mas, sobretudo, a construção de uma relação com as pessoas que chegam ao serviço e, com as demandas dirigidas aos profissionais, que não passa apenas por um atendimento individualizado, que não opera uma tentativa de resposta sem construção de trabalho interdisciplinar e, que não transforme o cuidado em saúde mental em conjuntos de práticas ambulatoriais centralizadas em discursos medicalizantes ou mesmo através de práticas profissionais independentes, impossibilitando o trabalho interdisciplinar como também reafirmando uma lógica ambulatorial.

Cria-se, então, uma forte justificativa para isso que tomamos como “Ações de acolhimento”, a saber, permitir a uma equipe atuar de modo coletivo, segundo seus limites de trabalho, procurando pensar o usuário enquanto sujeito protagonista do cuidado e não como objeto de intervenção. Construindo, através do contato, da escuta e do acolhimento, parâmetros de risco e de vulnerabilidade que nos permitem organizar as ações da equipe segundo as necessidades de priorização da atenção. Aqui é importante destacar que o que tomamos por risco e vulnerabilidade não operam como critérios de quem será e, de quem não será acolhido ou mesmo de quem poderá ou não poderá ser acompanhado pela equipe e pelo serviço. A estratégia, sobretudo, procura ser a de garantir o acesso com equidade:

A adoção da classificação de risco como ferramenta de apoio à decisão clínica-identificação rápida e científica do paciente crítico ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com potencial de risco ou grau de sofrimento. (Atenção Básica, SMS – SP. 2015³⁴).

O Grupo como espaço aberto

Ao colocarmos o trabalho de acolhimento como questão outro ponto precisa ser destacado, a saber, a condição de manutenção de um serviço com “portas abertas” e a não construção de “filas de espera” para o acolhimento. Estes dois pontos merecem destaque por se constituírem como verdadeiros obstáculos, uma vez que é constante a questão de escassez de recursos humanos, a construção de estratégias diante de uma demanda a nível municipal. Entretanto, o “fechamento” das portas de entrada do serviço e a construção de filas de espera no contexto público de um serviço de saúde mental

³⁴ Cartilha de Reorganização do Processo de Trabalho de Acolhimento à Demanda Espontânea – Atenção Básica SMS- SP. CESCO – SMS. 1ª ED. Outubro de 2015 – SP.

inviabilizam qualquer possibilidade de territorialização do cuidado uma vez que distancia o serviço do que poderíamos chamar de cotidiano comunitário, se distanciando da possibilidade de construções coletivas de enfrentamento às situações de sofrimento; opera uma restrição do acesso e uma impossibilidade da escuta enquanto intervenção; não garante resolutividade a partir dos usuários que já iniciaram acompanhamento com o serviço; impossibilita a construção de parâmetros epidemiológicos que orientem o trabalho interdisciplinar; produz um silenciamento da demanda; não apresenta resolutividade para a questão de escassez de recursos humanos; é incompatível com a lógica do Controle Social preconizada pelo SUS; Reforça os modos de trabalho com lógica ambulatorial; mantém um modus operandi em que o usuário é mantido como um possível objeto a sofrer intervenção.

O Acolhimento grupal como processo e espaço aberto permite colocarmos em análise essas questões, colocando à equipe diante de uma tarefa nova: reinventar o trabalho. O primeiro contato não se restringe a uma triagem, nem tampouco a uma recepção, mas uma escuta inicial que permite à equipe tomar conhecimento de uma queixa, escutá-la, acolhê-la, questioná-la, construir a partir dela uma demanda a ser trabalhada. E, portanto, nos coloca diante de duas considerações:

- 1 – O grupo de acolhimento possui um caráter terapêutico
- 2 – O grupo de acolhimento não se faz de apenas um encontro e de uma escuta.

Para que se efetive, prioritariamente, deve operar de maneira aberta, em um espaço com frequência semanal. Nesses espaços todos aqueles que estiverem sendo acolhidos e todos aqueles que estiverem retornando ao serviço, juntamente com profissionais da equipe se reúnem com um objetivo primeiro de iniciar um diálogo, entender a demanda que chega até a equipe, conversar sobre o que é o serviço, como se pode trabalhar, o que se espera desse lugar, quais são as demandas de saúde, e como podemos trabalhar de maneira resolutiva.

A proposta grupal, portanto, se fundamenta no espaço aberto em que o que direciona o caminhar do grupo é o diálogo construído ali no momento. Não existe uma estruturação anterior que irá direcionar a conversa nesse momento. Surgem aqui, inúmeras questões, acerca do que é e como é o tratamento, desejos por medicações e consultas médicas, casos de urgência para uma avaliação psiquiátrica, casos de baixa complexidade que podem ser compreender intervenções em cuidado compartilhado ou construção de referência na Atenção Básica. Estas e outras questões não podem ser respondidas nesse primeiro momento, cabe então à equipe multiprofissional coordenar

um diálogo construindo um sentido para o cuidado que não passe apenas por estas respostas. Procura-se, do ponto de vista de um acolher, entender-se o máximo possível das trajetórias pelos territórios da cidade para, a partir de então, pensarmos como, enquanto equipe, podemos intervir garantindo o direito à vida. Ou seja, como enquanto equipe nos organizamos com objetivo de dar atenção às demandas.

É fundamental que a equipe se aproprie do caráter processual e terapêutico do processo de acolhimento, pois será segunda uma lógica coletiva do trabalho que os dispositivos de acolhimento e as tarefas que o mesmo coloca não se tornem um trabalho a mais para a equipe.

3 - Operacionalização das ações

Os Grupos de Acolhimento tem sua frequência dois dias da semana, na segunda-feira a partir das 14 horas e na quinta-feira a partir das 14 horas. E ambos os momentos se configuram, necessariamente, como espaços abertos em que se fazem possíveis primeiros encontros entre usuários, comunidade e equipe. Esse contato é, sobretudo, uma apresentação coletiva em que poderemos ter um primeiro acesso a história e à demanda dirigida à equipe, assim como também teremos a oportunidade de nos apresentar enquanto serviço e equipe propriamente. Esses momentos devem contar com a coordenação mínima de dois profissionais da equipe.

A continuidade do processo de acolhimento deverá ser garantida observando-se os riscos e vulnerabilidades analisados e discutidos por toda a equipe multiprofissional. Sendo construídas as demandas e estabelecidas as prioridades de maneira coletiva favorece-se a construção de uma corresponsabilização entre usuário e serviço e temos a possibilidade de construção de um projeto terapêutico que se direcione a autonomia do usuário.

A continuidade das ações visa garantir uma integridade processual ao acolhimento e ao desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular, e ela, portanto, demanda o comprometimento da equipe multiprofissional quanto à resolutividade dentro daquilo que compete à esfera de atuação. O caráter processual e a direção resolutiva exigem da equipe uma intensa capacidade de discussão a fim de se conseguir manter uma integralidade nas ações. Nesse sentido o replanejamento não apenas procura um atendimento humanizado e uma reorganização Inter profissional, mas também uma transformação do cotidiano do trabalho. E, nesse sentido, constituem uma ousadia necessária de “reinventar o trabalho em saúde”.

Considerações

Cabe ressaltar por fim as consequências das limitações desses grupos diante da demanda apresentada hoje ao CAPS- AD no município de Volta Redonda. Em um cenário no qual semanalmente temos uma demanda de 3 a 4 vezes superior ao que estabelecemos como fluxo de entrada, certamente, mantemos um déficit incalculável em relação ao que hoje poderíamos estipular como uma demanda municipal.

É importante ressaltar ainda que nesses grupos de acolhimento estamos dando ênfase a quem chega pelo que poderíamos nomear como demanda espontânea. Estamos procurando atuar de modo diferente com quem chega ao serviço com uma demanda qualificadamente diferente, portanto, procuramos atuar por dispositivos diferentes com usuários encaminhados por outros serviços, encaminhados pela justiça, ou com pessoas em situação de rua que apresentam, além de suas demandas, uma passagem específica pelo serviço. Dessa forma, importa colocar também que, para além do escopo deste pequeno projeto faz-se necessário aproximar as comunicações entre diferentes serviços a fim de que consigamos sustentar lógicas de encaminhamentos implicados, cuidado compartilhado e atenção integral.

Referências Bibliográficas:

RASERA, E. Fernando, ROCHA, Rita M. Godoy. Sentidos sobre a prática grupal no contexto da saúde pública. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 35-44, jan./mar. 2010

HENNINGTON, Élide De Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):256-265, jan-fev, 2005

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

Pessoas em Situação de Rua e os embates relacionados a acolhimento, acompanhamento e construção de projetos terapêuticos.

Procurei escrever algumas memórias de quando pude acompanhar, junto da equipe multiprofissional, um pouco da trajetória e da história de uma mulher negra, mãe, em situação de rua que é acompanhada por toda uma rede intersetorial no municipal há muito tempo. Essas memórias, portanto, dizem mais sobre como uma rede acompanha (considerando as tentativas, irregularidades, reprodução dos impedimentos ao acesso e de algumas violências) do que propriamente da trajetória de uma mulher.

Em meados 2017, enquanto ainda estagiário no CAPS ad com incontáveis discussões acaloradas com a equipe do serviço e com outras equipes ligadas ao acolhimento de pessoas que estão em situação de rua, encontrávamos vários problemas: devido a ausência de estratégias de acolhimento, o CAPS ad não vinha acolhendo, recebendo ou trabalhando com demandas ligadas a quem estava em situação de rua. Isso se tornava muito patente para os profissionais, uma vez que estes saíam pela cidade e encontravam pessoas que já haviam sido “referenciadas” ao cuidado no CAPS, um número crescente de “novas” pessoas nessa situação, todos narrando diferentes demandas e dificuldades para que conseguissem chegar até o serviço para atendimento.

Nesse período, me recorro de que um grupo que passou a frequentar o CAPS ad, composto por 2 homens e 1 mulher, todos entre 35 e 40 anos. Esse grupo com o passar do tempo, passou a frequentar o CAPS ad em mais espaços e em diferentes momentos na semana, começaram a participar de algumas oficinas e atendimentos mais específicos.

. Em 2018, quando retorno como profissional, os mesmos estavam com a referência do profissional antes mencionado, que me solicita para dividirmos as discussões e as estratégias no que se refere aos grupos em situação de rua, uma vez que vinha sozinho trabalhando com todos os usuários que passavam pelo espaço construído no ano anterior e estava esgotado.

Nesse momento que começa haver uma discussão de equipe sobre a trajetória do grupo que mencionei anteriormente. E finalmente, cerca de dois meses depois que uma usuária inicia uma reaproximação com o serviço, seu acompanhamento passa a ser uma questão de equipe, e não apenas de um único profissional com atendimentos pontuais.

Uma usuária referenciada ao CAPS ad há cerca de 12 anos, ou seja, ela foi acolhida e, entre idas e vindas, permaneceu com um prontuário ativo, em situação de acompanhamento pela equipe ainda que de modo completamente irregular. O que temos de memória da trajetória dessa mulher é que nesses cerca de 12 anos ela não apenas passa a ser acompanhada por um serviço de saúde mental, mas também pela Proteção Social Especial em serviços como CREAS e Centro Pop e mais recentemente pelo Consultório na Rua (serviço que é credenciado no município em 2017/2018). Tendo histórico de passagem por serviços de acolhimento infantil desde jovem, sua família residindo em condomínios minha casa, minha vida em bairro periférico, no qual é impedida de residir por conta de conflitos com o tráfico local.

O que a usuária nos contou na rua é que depois de sair da casa da família fica em situação de rua. Desde o primeiro momento em que isso ocorre, não tem a possibilidade de cuidar e / ou acompanhar seus filhos. Conforme nos conta, desde sua primeira gestação, lhe foi negada a possibilidade de ser mãe, devido às condições de vida, a uso de substâncias. Nesse contexto a usuária nos conta como alguns de seus filhos vão ficar com sua família, outros são levados para adoção, enquanto outros ainda, constam como desaparecidos, pois não existem registros sobre adoção.

Essa mulher passou por 8 gestações e não teve a possibilidade de cuidar de nenhum de seus filhos. Em todo esse período em que escrevemos estar “em acompanhamento” a própria usuária nos conta como circula por diferentes municípios (na região do médio paraíba), se envolve com diferentes parceiros como forma de proteção contra violências sexuais na situação de rua.

Contou também como frequentemente foi a partir do conhecimento que tomam de sua gravidez que os profissionais do cuidado e toda uma rede de apoio reiniciam tentativas de aproximação dela. Com argumentos principais como a necessidade de acompanhar e cuidar da gestação. Informando, ao mesmo tempo, que devido a sua história, suas escolhas e seus comportamentos seriam imensas (ou impossíveis) as chances para que conseguisse manter a guarda do bebê. Enfatizando ainda que sua família também não teria condições de cuidar de mais crianças, em caso de ter outros filhos.

No decorrer do ano de 2018, o grupo que mencionei anteriormente passa a procurar o CAPS algumas vezes. Para além da frequência em atividades prontas, buscam no CAPS higiene, alimentação, descanso e espaço para desabafo. É nesse período que essa mulher volta a se aproximar da equipe, por acompanhar seu parceiro. Começamos a ter acesso a toda uma rede de problemáticas do que se passa com ela na rua naquele momento, envolvendo principalmente violência, aviltamento de direitos e consumo de substâncias.

O casal ao poucos começa a nos contar sobre suas questões com consumo, sobretudo, de álcool e cocaína, também sobre uma ansiedade, um estado de alerta e medo ininterruptos. Lembram-nos a cada dia que não podem dormir à noite, porque não sabem quem pode aparecer, quem pode fazer qualquer coisa contra seus corpos. Dormir implicava o medo de não saber se acordará no dia seguinte, o álcool e a cocaína eram duas substâncias muito envolvidas nessa trama. Nesse momento a demanda mais básica que eles nos apresentaram era uma casa para viver. E explicam muito bem como ter um

lugar protegido para dormir é capaz de ajudar em muito naquilo que as equipes colocavam como principal meta: parar de beber e de cheirar.

Em 2018 o casal, ao conseguir o sorteio de um apartamento Minha casa Minha vida (sorteio que vinham aguardando), se mudaram para o que seria a primeira casa própria dessa mulher e uma primeira sustentação de uma proposta que ela própria colocava para si, a de ter uma vida, e não ter mais que tentar sobreviver fugindo pelos cantos. Por volta de Setembro/ Outubro de 2018 acontece a mudança. Construímos com a equipe todo um movimento para levar uma mobília mínima, como um colchão, um fogão e uma geladeira para o apartamento.

Fizemos a mudança, e ao mesmo tempo o casal passou a estar situado em um bairro bem mais distante do CAPS, cuja UBSF ainda estava em processo de construção. Acabamos por nos afastar e perder intensidade na relação de cuidado. Não haviam agentes comunitários de saúde para atender o bairro neste período, a unidade de saúde de referência não estava a dar conta da amplitude de seu território, como também o casal não se sentia a vontade para frequentar serviços de saúde que não o CAPS, afirmando que em outros locais havia preconceito contra “nego sujo e doidão”. Nesse período temos um esfriamento do nosso contato (lembrando que todas as justificativas e dificuldades de uma equipe para sair de sua unidade se mantinham).

Em algumas semanas que retomamos o contato desse companheiro homem, nos relatou que estava se separando e retornando para situação de rua e, por outro lado, sua agora ex-companheira estaria cheia de problemas no bairro, com vizinhança e tráfico. Nesse período não conseguimos mais contato, seja por vizinhos seja por visitas. Temos a notícia de que ela deixa o apartamento, mesmo com as mobílias por lá, e o apartamento passou a ser ocupado pelo tráfico do conjunto habitacional.

Apenas após um tempo considerável a reencontramos no município, em situação de rua, acompanhada por outros dois homens vindos de outros municípios. Novamente grávida (do ex-companheiro com quem dividira o apartamento), nos contou como novamente teve de fugir com medo de ser morta pelo tráfico, novamente transitou por outros municípios até a poeira abaixar. Novamente grávida, se mostrou desestabilizada, enraivecida, entristecida, desesperançosa e sem saber o que fazer.

Imediatamente nos deparamos com dificuldades de acesso para a usuária em instituição de acolhimento no abrigo municipal (com vagas livres), sob a justificativa de que estava bebendo, cheirando e fumando, de que se relacionava com muitos homens e isso não era permitido no espaço, como também que por ser afrontosa levaria problemas

para os profissionais. Narrativas parecidas emergiram quando buscamos esse acesso a outros serviços. E associados a esses, tivemos uma espécie de esgotamento das equipes de saúde que acompanharam e acompanhariam os processos de gestação da usuária. Diante dessa paralisia foi convocada uma reunião de rede ampliada intersetorial para se discutir possibilidades, estratégias e articulações. Uma reunião ampliada para discussão de caso em que estavam presentes o Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS – ad), o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), o Consultório na Rua (CnaR) e o Centro de Atendimentos para População em Situação de Rua (CENTRO POP), a UBSF.

O objetivo: A reunião acontecia naquele momento para que se pudessem discutir estratégias setoriais e intersetoriais para atuação junto a uma usuária. Mulher, negra, mãe, gestante, usuária de drogas, em situação de rua, em constante situação de risco e ameaça de violência seja na rua, seja por ameaças do tráfico.

A “reunião ampliada” foi a primeira vez em que pude acompanhar um espaço de encontro entre diferentes equipes que agora colocam a pauta como “o que fazer diante dessa situação?”. Uma vez que era uma mulher gestante, com consumos abusivos de substâncias, gerando muitas denúncias de perturbação da ordem nos ambientes públicos, é nesses termos que essa história ganha o estatuto de “caso” como pauta certa para discussão. E como me lembra uma amiga, a pauta posta se refere a como produzir a desintoxicação da usuária (se possível por meio de internação), associada a uma proposta resolutiva para o absurdo de uma mulher em tais condições continuar engravidando. Dado que já tinha 8 filhos e não dava para continuar parindo mais.

A sugestão foi então um trabalho mais intensivo do CAPS, tanto no sentido de a fazer parar de beber, mas também, fundamentalmente, convencer a procedimento de laqueadura. Ao mesmo tempo em que investigar a possibilidade de uma laqueadura involuntária. Tais sugestões tomam como fundamento o excesso de trabalho e o desgaste envolvendo o acompanhamento da usuária, do processo de gestação e o destino certo de retirada de sua guarda, dado o nascimento de seu filho. Especificamente, a problemática se referia aos filhos e ao comportamento difícil na rua.

Com um tempo trabalhando essa reaproximação percebemos nas próprias falas da usuária como estar novamente grávida, já saber que seu filho não poderia ficar sob sua guarda, ter perdido a possibilidade de ter sua casa, estar na rua e completamente incerta se teria direito ao acolhimento institucional no município, narrando a sensação de não ser bem-vinda em diferentes serviços, por ser considerada alguém que mente,

arruma kizumba, ameaça profissionais tudo isso era algo que ela própria não podia não lembrar, não se deparar cotidianamente.

Seguimos tentando criar possíveis de viver, de agir. Construindo em algumas pactuações a possibilidade de guarda da criança com a família paterna em que a própria mãe, minimamente, poderia estar por perto. Ao mesmo tempo, construindo redes de atenção com a mãe, seu acolhimento, suas possibilidades de imaginar uma proximidade mínima com seu filho, de imaginar algum futuro.

ANEXO II

Solicitação de esclarecimentos quanto ao tema da precarização e metodologia de trabalho



Volta Redonda, 28 de março de 2022.

Memo: 054/2022

De: Área Técnica de Saúde Mental - PSM - SMS

PARA: A Educação Permanente em Saúde,

███
AAC: Marcilene

A Coordenação do Programa de Saúde Mental, através do Apoio Técnico de Gestão em Saúde Mental vem solicitar esclarecimentos quanto ao projeto de pesquisa intitulado "Entre apagar incêndios e enxugar gelos: Memórias dos trabalhadores de um CAPS Ad.

Solicitamos esclarecimento quanto ao objeto de estudo, uma vez que não ficou claro se a pesquisa pretende abordar o processo de cuidado, a precarização ou ambos, a precarização apontada no projeto é a problematização ou será objeto de estudo? Ainda na introdução tem se destacado o objetivo do estudo, este seria o geral com os outros quatro específicos?

Na metodologia entendemos que a coleta de dados será por meio do diário de campo com a produção dos dados na reunião de mini equipe para discussão de casos e entrevista semi estruturada com trabalhadores e ex trabalhadores. Proceder?

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para os devidos esclarecimentos.

Atenciosamente,

ANEXO III

Roteiros norteadores para interlocução com outros trabalhadores

Entrada na Rede de saúde – Breves memórias

O interesse pela memória dos trabalhadores, sobretudo, acerca de estratégias de atenção se dá a partir do momento em que pude perceber como uma série de estratégias que vi ou pude acompanhar ao lado de outros trabalhadores eram narradas pelos próprios a partir de memórias de situações, períodos ou mesmo iniciativas anteriores. Desse modo, percebi que dinâmicas de equipe, organização da atenção diária, grupos terapêuticos me foram sendo apresentados através de narrativas que diziam ao mesmo tempo do passado e do presente do trabalho no CAPS ad. O olhar dos trabalhadores sobre os próprios arranjos do serviço, na medida em que me apresentavam a realidade do momento, contavam também de trajetórias e experiências anteriores. De modo que sobre cada grupo, ou mesmo organização de equipe, fui percebendo que haviam histórias e memórias. Uma certa memória capaz de contar de encontros com usuários, como também de trajetórias de trabalho no município.

Desse modo, a partir de 2020 percebi que alguns grupos terapêuticos que pude acompanhar como o Superação, Nossas Escolhas, Renascer, Baseado na Lei, entre inúmeros outros, foram descontinuados em função da situação da pandemia por Covid-19. Como também, com a demissão ou saída dos profissionais que coordenavam estes grupos, a memória dessas estratégias se concentram com os usuários e, por vezes, se aproximam do esquecimento. O presente trabalho parte dessas vivências, busca construir através da memória de trabalhadores uma análise sobre como as práticas de cuidado se desenvolvem.

Em 2016 entrei na rede como estagiário do Consultório na Rua, no mesmo ano, com a saída de profissionais da equipe, o trabalho sofre alterações. Sem o veículo de transporte, motorista, e com poucos profissionais, a rotina de ida às ruas se modificou. A partir desse momento, inicio uma aproximação com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad). E desde o primeiro momento a equipe do serviço de saúde mental indicou como acontecia o cuidado de pessoas e grupos em situação de rua.

Nesse momento que conheci grupos como o Superação, Nossas Escolhas, Renascer que não eram dedicados exclusivamente para População em Situação de Rua, mas que tinham participação de usuários que estavam na rua ou estavam em serviço de abrigo. A equipe me convidou a participar desses coletivos, trocar ideias e sugestões.

Me convidaram também para conhecer e pensar junto sobre o cuidado de usuários e usuárias que eram referenciados ao serviço, mas não tinham frequência nos grupos mencionados. Pessoas que eventualmente procuravam algo ou algum

profissional ou, que em abordagens na rua faziam alguma demanda. Tais situações frequentemente colocavam os profissionais para pensar sobre quais possibilidades haviam de cuidado ou mesmo de oferta em saúde.

Do contato com os grupos: Superação

Superação foi um dos primeiros espaços coletivos que conheci. Foi indicado pela profissional de psicologia, a própria quem o coordenava. Desde o primeiro momento em que pude participar o grupo contava com mais de 18 pessoas, e contava também com pessoas que estavam em situação de rua, que estavam abrigados, que haviam passado por Comunidades Terapêuticas, ou que estavam residindo no município. Em praticamente todos os encontros que participei, encontrei a sala cheia.

Apesar da heterogeneidade das pessoas que frequentavam, ouvi em diferentes momentos que foi um grupo pensado no início para um perfil mais específico de usuários, como o exemplo, de usuários de álcool. Com o passar do tempo, pelo que acompanhei, o grupo foi agregando pessoas com outras trajetórias não ligadas só ao consumo do álcool. Fico me perguntando como isso foi se desenvolvendo, e como foi mudando o trabalho inicialmente imaginado. Como o grupo mudou. E como os profissionais que trabalharam nele recordam tais processos.

O grupo 12 passos – O grupo Compartilhando Experiências

Também foi um dos grupos que primeiramente foram apresentados. Este coordenado por um profissional de nível médio. Também indicado como um grupo que reunia pessoas com trajetórias diferentes e, segundo me recordo, tinha como principal descrição: compartilhar experiências.

O nome inicial de 12 passos mantinha uma referência às formas de trocas de ideias dos grupos de AA e NA e, em algum momento, essa estratégia passa por uma modificação e passa a se chamar grupo Compartilhando Experiências. Me recordo que haviam discordâncias quanto as referências dessa estratégia.

Essa estratégia, segundo me recordo, se localizava muito a partir dos vínculos de ajuda mútua e solidariedade que poderiam ser criados a partir da reunião. E até mesmo a referência aos grupos anônimos parecia manter uma referência nesse sentido.

No entanto, como era desenvolver um grupo a partir do serviço como o CAPS ad? Como se pensar uma estratégia com essas referências a partir do CAPS? Como o coletivo foi pensado?

O grupo de mulheres

O grupo de mulheres eu tomei conhecimento em outro contexto. De certo modo, a partir da fala de uma profissional que o coordenava há anos, ouço algumas problemáticas. Primeiro, pelo que pude entender, o grupo nasce com uma perspectiva de necessidade de um espaço de acolhimento à mulheres em um serviço em que a frequência semanal se dava majoritariamente por usuários homens. Mas como se iniciou é uma história que não ouvi, no entanto, quando tomo conhecimento, é a problemática de que destino dar ao grupo, principalmente se seria possível acabar com o coletivo e pensar outra estratégia.

Nesse ponto, me pareceu haver uma diferença entre o que seria a proposta pensada em um momento e o que concretamente acontecia no momento em que conversei com a profissional que o coordenava. Essa diferença, o que concretamente a profissional vivia no grupo, foi conversado comigo com uma profunda inquietação.

O que se tornou o grupo de mulheres, o que elas mobilizavam no serviço, como se mobilizavam no seu encontro, seus próprios movimentos, histórias e narrativas me pareceram levar a um questionamento sobre o que é cuidado a mulheres usuárias de drogas. A profissional, nesse sentido conversava comigo interrogando o próprio fazer desse grupo. Como lidar com essas demandas? Como trabalhar com a autonomia delas no contexto em que se apresentam? Sobretudo, como lidar com questões como violências estruturais?

Me recordo que quanto a este grupo a equipe encontrava dilemas sobre o que fazer, como lidar com o próprio coletivo.

Baseado na lei

Como lidar com jovens que chegavam ao serviço por uma questão de justiça e não procurando cuidado em saúde? A partir de um certo tempo no CAPS ad fui percebendo que existiam questões sobre o acesso de outros grupos, que não apenas em situação de rua, pessoas ligadas a penas alternativas, bem como jovens em conflito com a lei consistiam também em grupos que lançavam questões para o serviço.

No caso do jovens e penas alternativas em determinados momentos eu percebi que eram ligada a própria demanda, ouvi questionamentos como: o que vamos fazer com esses jovens aqui? Quais ofertas temos?

Para além disso, havia um problema mais geral que em alguns momentos era colocado, como lidar quando o CAPS vira um lugar de cumprir pena e não de cuidado? Os jovens não queriam ir lá, segundo alguns profissionais contam. Como se dava esse encontro então? Entre trabalhadores e usuários?

O grupo Baseado na lei é uma estratégia que emerge então a partir da colocação de alguns desses problemas. Como trabalhar quando não havia uma procura desses jovens por qualquer demanda de saúde colocada?

Como é essa campo de demanda faz aparecer um grupo específico? Como em termos coletivos a equipe lidava com essa discussão?

Mudanças na gestão e Contratação profissional

Retorno ao serviço contratado como psicólogo em 2018 e me deparo com a saída de outras profissionais psicólogas. Nos primeiros dois anos que me aproximei do CAPS ad ouvi em diferentes momentos os profissionais mencionarem os números de usuários referenciados. A partir desse momento em que sou contratado e que acompanho a saída de companheiras, as referências precisam ser refeitas, no entanto, os números para cada profissional que se mantém no serviço podem superar uma centena. O que é lidar com uma centena de usuários referenciados? Como uma equipe se organiza para tal?

Para além dessas questões, acompanhei com algumas parceiras dilemas ligados a como manter o serviço portas abertas sustentando novos acolhimentos diante de questões na organização de usuários já acolhidos. Recordo que em diferentes momentos diferentes profissionais diziam que era inviável trabalhar com o serviço portas abertas, mas o que é trabalhar no ou com o inviável nessa situação? O que é constituir maneiras de trabalho em equipe nesse contexto?

É desse momento que surgem os grupos de acolhimento. Os grupos, consistiam em uma estratégia ou tentativa de organizar o trabalho, mas como é sustentar esses processos em equipe?

Grupo Renascer

Além desses grupos, pude acompanhar alguns outros ainda. Como o grupo Renascer em que participei por um tempo juntamente com outro profissional e cujas características eram parecidas com o que mencionei sobre o 12 passos e

Compartilhando experiências. E sobre o mesmo grupo Renascer, me recorro que quando pude me aproximar a partir de 2018 foi exatamente após a demissão da profissional que o coordenava por muitos anos. Nesse caso, os próprios usuários se mantiveram indo até o serviço e outros profissionais procuraram participar do espaço desse coletivo, até para que o mesmo simplesmente não acabasse.

Esse foi um aspecto que me chamou atenção como é tentar manter ou dar alguma continuidade após a saída de um profissional que esteve há muitos anos ligados ao trabalho. Como enquanto equipe se fez este arranjo?

Pessoas em Situação de rua, embates ligados a acolhimento e acompanhamento.

Me chamou atenção como em determinado momento que notei a presença da usuária no serviço senti com a equipe que haviam questões sobre como cuidar. Mulher em situação de rua, com vulnerabilidades acentuadas ligadas a conflitos em diferentes territórios, com histórias de várias gestações já no circuito da situação de rua, com uma série de dificuldades em relação às crianças, frequentemente envolvida em relações com parceiros violentos. As trajetórias, a frequência irregular nos serviços, as dimensões das demandas do que apresentava, me fizeram questionar o que era para equipe se deparar com uma mulher gestante, em situação de rua, com conflitos no bairro de origem, com uso intenso de algumas substâncias? Como é se deparar com essa situação e construir uma correria pelo cuidado?

No mais frequente das vezes pude observar diferentes profissionais e equipes mencionarem uma série de dificuldades e histórias relacionadas aos filhos da usuária, e de como suas situações de vida seriam insustentáveis. Mantenho a pergunta sobre como essa memória sobre a trajetória dessa mulher, entre profissionais, impactava as estratégias de cuidado para a usuária.

ANEXO IV TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: “*Entre apagar incêndios e enxugar gelos: Memórias dos trabalhadores de um CAPS ad*”, conduzida por Maicon de Avila Oliveira. Este estudo tem por objetivo analisar limites e desafios na implementação de políticas públicas de saúde mental para usuários de drogas correlacionando-os com processos de sucateamento e precarização de políticas públicas. Para tanto, busca reunir memórias com outro(a)s trabalhadore(a)s do serviço acerca das estratégias de atenção construídas no mesmo.

Você foi selecionado(a) por ter trabalhado ou estar trabalhando no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) do município pesquisado. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento, em qualquer momento da pesquisa, não acarretarão qualquer prejuízo. A apresentação do projeto e deste Termo de Consentimento ocorrem antes das realização de entrevistas ou de qualquer procedimento da pesquisa de campo, sendo estas atividades possíveis apenas após a assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes envolvidos. **A apresentação e obtenção deste termo ocorrerá de modo presencial para todos os participantes da pesquisa, estando sob a responsabilidade do pesquisador o contato e a apresentação deste termo aos possíveis participantes.**

Os riscos da participação na pesquisa consistem na identificação do serviço e dos atores a partir das falas e narrativas construídas, considerando que o estudo procura reunir memórias de trabalho no serviço do CAPS ad no município pesquisado. Como também nos possíveis impactos afetivos ligados ao ato de rememoração. Para lidar com esses potenciais riscos procuramos não especificar nomes, localizações ou mesmo categorias profissionais, bem como informações ou termos que os participantes preferiam não expor, com fins de manter sigilo e privacidade dos mesmos. Como também, em caso de qualquer desconforto ou impacto relativo a memórias de trabalho, fica sob responsabilidade do pesquisador o acolhimento, acompanhamento e possíveis assistências necessárias ao participante. Além disso, entendemos como possíveis benefícios, ao lembrar, a possibilidade de construção de discussões sobre os processos de trabalho atuais, bem como a reunião de uma memória coletiva sobre os mesmos. O que pode favorecer a organização e coletividade de trabalho.

A participação nesta pesquisa não é remunerada, como também não implica em

nenhum tipo de gasto para os participantes, qualquer eventual despesa para participação (como passagens ou com acesso à internet) podem ser ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação, em caso de não estar atualmente trabalhando no CAPS ad, consistirá em encontros individuais por meios remotos como *What's up*, *Zoom* e *Google Meeting* e/ou chamadas por telefone, **nas quais serão apresentadas memórias e questões norteadoras para a interlocução.** Em caso de não concordância com qualquer memória ou questão, o participante poderá se recusar a abordar ou conversar sem que isso implique em qualquer prejuízo para sua pessoa. A gravação desses encontros estará sujeita à aprovação de cada participante, em caso de impossibilidade de gravação, será construído diário de campo, também apresentado a quem participar, para aprovação ou alterações. O objetivo da gravação se dá para fins de transcrição exclusivamente, não será utilizada em nenhuma outra forma de divulgação. O arquivamento das gravações (nos casos em que a mesma for autorizada) se dará por download no computador pessoal do pesquisador e serão arquivados por período mínimo de cinco anos, conforme Resolução 510/16 Art. 28. **Cada participante da pesquisa tem direito ao acesso à gravação da sua entrevista pessoal, como também, ao diário de campo construído caso requisite.**

A participação, em caso de estar trabalhando atualmente no CAPS ad, consistirá no contato com o pesquisador em reuniões de equipe, discussão de casos e planejamento do trabalho, a partir das quais serão construídos diários de campo abertos, os quais podem ser questionados e alterados a todo momento pelos participantes. **Ressaltamos que os diários de campo construídos a partir dos encontros também serão guardados nos arquivos do pesquisador e também arquivados por período mínimo de cinco anos, conforme Resolução 510/16 Art. 28.**

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O pesquisador responsável se compromete a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou serviços participantes. Bem como a reapresentar as reflexões e resultados da pesquisa aos participantes e ao serviço em que a mesma se realiza.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador

responsável / coordenador da pesquisa. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e o pesquisador rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar o pesquisador responsável ou o(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa nos contatos abaixo:

- Pesquisador Responsável: Maicon de Avila Oliveira. Psicólogo. Rua Marcelo Monteiro Cesar, nº 20. Ap: 303, São Geraldo, Volta Redonda. CEP: 27253-600. Telefone pessoal (24) 98121-7491. E-mail: maiconavila@id.uff.br
- Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

Você autoriza que, em caso de entrevista realizada *em plataforma online como Zoom ou Google Meeting*, tenha sua voz gravada:

() Sim () Não

Você autoriza que, em caso de entrevista realizada *em plataforma online como Zoom ou Google Meeting*, tenha sua imagem gravada:

() Sim () Não

Ao assinar esse termo, você declarará que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa, e que concorda em participar

Volta Redonda - RJ, ____de,_____de,_____.

Assinatura do(a) participante: _____.

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____.