

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**PRÁTICAS DE SAÚDE ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS: HÁ NOVIDADES NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS?**

por

Ana Regina Machado

**Belo Horizonte
2019**

TESE DSC-IRR

A. R. MACHADO

2019

ANA REGINA MACHADO

**PRÁTICAS DE SAÚDE ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS: HÁ NOVIDADES NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências sociais e humanas em saúde.

Orientação: Profa. Dra. Zélia Maria Profeta da Luz

Coorientação: Profa. Dra. Celina Maria Modena

Belo Horizonte

2019

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

M149p Machado, Ana Regina.
2019

Práticas de saúde às pessoas que usam drogas: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas?/ Ana Regina Machado. – Belo Horizonte. 2019.

IX, 172 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 120-130

Tese (doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Assistência integral à saúde/métodos 2. Centros de tratamento de abuso de substâncias/organização & administração 3. Usuários de drogas. I. Título. II. Luz, Zélia Maria Profeta da (Orientação). III. Modena, Celina Maria (Coorientação)

CDD – 22. ed. 362.292

ANA REGINA MACHADO

**PRÁTICAS DE SAÚDE ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS: HÁ NOVIDADES NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS?**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências sociais e humanas em saúde.

Banca examinadora

Profa. Dra. Zélia Maria Profeta da Luz (IRR Fiocruz). Presidente

Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos (UFMG). Titular

Prof. Dr. Marcelo Dalla Vechhia (UFSJ). Titular

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado (UFRJ). Titular

Prof. Dr. Wagner Jorge dos Santos. Titular

Prof. Dr. Fausto Pereira dos Santos (IRR Fiocruz). Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 04 de outubro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Às professoras Zélia Profeta e Celina Modena, pela acolhida, pelo apoio e pelas interlocuções, sempre profícuas, em toda a passagem pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e, sobretudo, durante a elaboração desta tese. São exemplos no empenho e no entusiasmo que se dedicam à produção científica comprometida com um sistema público de saúde resolutivo, solidário e justo.

Aos professores e colegas do IRR Fiocruz, pelos momentos de intensa produção acadêmica e afetiva que compartilhamos.

Aos trabalhadores do IRR Fiocruz, sobretudo Carol e Patrícia, pelas contribuições e apoio em várias tarefas e encaminhamentos necessários à conclusão do Doutorado.

Aos colegas da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, pelo apoio e incentivo à realização do Doutorado e pela oportunidade de realizar ações de educação permanente em saúde comprometidas com a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e com a Redução de Danos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, especialmente à Coordenação de Saúde Mental, Arnor e Valéria, e às gerentes dos serviços, Carmem, Kelly e Luciene, pelo apoio na realização da pesquisa.

Aos sujeitos participantes da pesquisa, que se dispuseram a contribuir nas entrevistas e grupos focais e também àqueles que me acolheram nos serviços e compartilharam seus saberes, seus fazeres, suas dores, suas alegrias e seus aprendizados.

Às pessoas que marcaram minha trajetória de vida e de trabalho na Graduação em Psicologia, no Centro Mineiro de Toxicomania, na Escola de Saúde Pública, nas ações educativas com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e nos movimentos pela sustentação de uma política sobre drogas cuidadora e cidadã: Ana Marta Lobosque, Antônio Nery, Bianca Ruckert, Cornelis van Stralen, Daniene Santos, Domiciano Siqueira, Francisco Cordeiro, Jarbas Vieira, Lúcia Martins, Marcelo Arinos, Marcelo Cruz, Márcia Hallak, Maria do Socorro Lemos, Maria Wilma S. de Faria, Marlene Rocha, Pedro Gabriel Delgado, Rodrigo Chaves, Rosimeire Silva, Tarcísio Andrade e Vanuza Melo. A muitas outras também, com as quais pude compartilhar trabalho e aprendizados e que seguem comigo pela vida afora. Todas estas pessoas, de alguma forma, estão presentes nesta tese.

À Chiquinha, minha, mãe, pelo amor e pela tranquilidade, fundamentais em minha vida e também na produção desta tese. Ao Chicão, meu pai, pelo amor e pelos ensinamentos. Com ele aprendi, desde muito cedo, que a produção de saúde da qual a saúde pública se ocupa se dá em meio a disputas e lutas, exige ousadia e se faz com compromisso ético e político. Aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas, pelo apoio e pela convivência.

Ao Daniel e à Nina, meus filhos e ao Elias, meu marido, companheiros mais que queridos, pelo compartilhamento de bons momentos e de muitos projetos, pelo amor que cotidianamente sustentamos e que torna a minha vida muito melhor.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD) são serviços abertos e territorializados, que ofertam atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. De acordo com a política e as normativas do Ministério da Saúde (MS), estes serviços deveriam adotar a Atenção Psicossocial e a Redução de Danos em sua lógica de atenção, rompendo com concepções que privilegiam a internação e que definem a abstinência como condição e meta exclusiva das práticas de saúde. Entre os anos 2002 e 2014, 378 Caps AD foram implantados no Brasil. Com o objetivo de ampliar as compreensões sobre a atenção que tem sido produzida nestes serviços, foi realizada uma pesquisa que buscou analisar sua coerência com as proposições do MS e com as necessidades das pessoas que usam drogas. A pesquisa, de abordagem qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-Dialética, envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas com gerentes de Caps AD e gestores de saúde mental, grupos focais com usuários, familiares e trabalhadores e observação participante nos três Caps AD de Belo Horizonte/ MG. O material produzido foi analisado por meio de categorias empíricas e interpretado a partir de referenciais teórico-conceituais do Cuidado, da Redução de Danos e da Atenção Psicossocial. Os resultados permitiram compreender que as pessoas apresentam diferentes necessidades, demandas e expectativas que não se restringem à produção de abstinência e que podem ser associadas a sofrimentos e comprometimentos de saúde decorrentes do consumo de drogas e também de contextos de vida marcados pela negação de direitos, pela exclusão e desqualificação social, pela violência, pelo proibicionismo e pelas políticas de guerra às drogas. Os Caps AD, por sua vez, priorizam práticas de produção de cuidado e de atendimento a comprometimentos de saúde, desenvolvem também práticas que favorecem acesso a direitos sociais básicos (alimentação, cuidados de higiene e proteção) e produzem formas de gestão do uso de drogas, não necessariamente coincidentes com a abstinência. As contribuições advindas das práticas dos Caps AD podem ser associadas àquilo que as pessoas encontram de maneira precária em suas trajetórias de vidas, como relações sociais cuidadoras, acesso a serviços de assistência à saúde, acesso a direitos sociais básicos e gestão do consumo de drogas. Os Caps AD pesquisados realizam, de maneira predominante, práticas coerentes com o modo de atenção proposto pelo MS e com as necessidades, demandas e expectativas das pessoas que usam drogas. Não privilegiam, portanto, a produção de abstinência e estão comprometidas com a ampliação das possibilidades de vidas das pessoas atendidas. A pesquisa contribuiu para a construção de novos referenciais analíticos para as práticas dos Caps AD, que podem ser considerados por pesquisadores em novas investigações, por trabalhadores em ações de educação permanente em saúde e por gestores na definição e gestão de modelos de atenção em saúde às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Palavras- chave: Assistência integral à saúde. Centros de tratamento de abuso de substâncias. Usuários de drogas

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs ('CAPS-AD') together with the National Health System ('SUS') offers free and local specialized services for people with alcohol or other drug problems. According to the Ministry of Health ('MS') policy and regulations these services should adopt Psychosocial Attention and Harm Reduction approaches in the care and treatment, and break conceptions that favor hospitalization and aim abstinence as the only goal of treatment services. From 2002 to 2014, 378 CAPS-AD were implemented in Brazil. A study was conducted in order to broaden the understanding of care services provided and if they were following MS's propositions and needs of drug users. Using a qualitative approach, the study, based on the theoretical-methodological framework of Dialectical Hermeneutics, examined semi-structured interviews with CAPS-AD and mental health managers, family members and workers, focus group interviews and participant observation at the three CAPS-AD of Belo Horizonte/MG. Data were analyzed using empirical categories and interpreted from theoretical and conceptual frameworks of Care, Harm Reduction and Psychosocial Attention. On the basis of results obtained we understand that people have different needs, demands and expectations that are not restricted to achieving abstinence. And these needs can be correlated to health sufferings resulting from drug use and also from life contexts that includes denial of rights, social exclusion and disqualification, violence, prohibitionism and drug war policies. CAPS-AD prioritize care and treatments practices for health sufferings, also develop practices that favor access to basic social rights (food, hygiene care and protection) and formulate ways of managing drug use, not necessarily aiming abstinence. Contributions from CAPS-AD practices can be related to what people find precariously in their life trajectories, such as caring social relationships, access to health care services, access to basic social rights and managing drug use. The CAPS-AD surveyed predominantly perform practices consistent with MS's propositions and needs, demands and expectations of drug users. Therefore, they do not favor achieving abstinence and are committed to expanding the life chances of clients. The study contributed to the construction of new analytical frameworks of CAPS-AD practices, which can be used in new researches, or by workers in health education actions and by managers in the definition and management of health care models for people with substance abuse problems.

Keywords: Comprehensive Health Care. Substance abuse treatment center. Drug users

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das contribuições dos campos teórico-conceituais propostos pelo Ministério da Saúde para atenção às pessoas que usam drogas, no período 2002-2015	40
Quadro 2 - Proposições do Ministério da Saúde para a atenção no Caps AD III, no período 2002-2015	49
Quadro 3 - Distribuição de regionais administrativas de Belo Horizonte/ MG e respectivas populações por Caps AD.....	58
Quadro 4 - Caracterização dos grupos focais realizados com usuários dos Caps AD de Belo Horizonte, nos anos 2016-2017.....	59
Quadro 5 - Caracterização dos grupos focais realizados com trabalhadores dos Caps AD de Belo Horizonte, nos anos 2016-2017.....	60
Quadro 6 - Caracterização dos grupos focais realizados com familiares nos Caps AD de Belo Horizonte, nos anos 2016-2017.....	61
Quadro 7 - Informações sobre a observação participante realizada nos Caps AD de Belo Horizonte, nos anos 2016-2017.....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Caps - Centro de atenção psicossocial

Caps AD - Centro de atenção psicossocial álcool e drogas

Caps i - Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil

CC – Centro de convivência

Cersam – Centro de referência em saúde mental

Cersam AD - Centro de referência em saúde mental álcool e drogas

CMT – Centro Mineiro de Toxicomania

MS – Ministério da Saúde

RAPS – Rede de atenção psicossocial

SAMU – Serviço de atendimento móvel de urgência

SRT – Serviço residencial terapêutico

SUP – Serviço de urgência psiquiátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UA – Unidade de acolhimento

UBS – Unidade básica de saúde

UPA – Unidade de pronto atendimento

Não é da luz do sol que carecemos. Milenarmente a grande estrela iluminou a terra e, afinal, nós pouco aprendemos a ver. O mundo necessita ser visto sob outra luz: a luz do luar, essa claridade que cai com respeito e delicadeza. Só a lua revela o lado feminino dos seres. Só a lua revela intimidade da nossa morada terrestre.

Necessitamos não do nascer do Sol. Carecemos do nascer da Terra.

(MIA COUTO em Contos do nascer da Terra)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	16
3 REFERENCIAIS TEÓRICO-CONCEITUAIS.....	17
3.1 Práticas de saúde	17
3.1.1 As práticas de saúde, a criminalização e a medicalização do uso e das pessoas que usam drogas: perspectivas históricas	18
3.1.2 As práticas de saúde às pessoas que usam drogas e o contexto social: desigualdade, desclassificação e exclusão	20
3.1.3 As práticas de saúde no SUS às pessoas que usam drogas: a Saúde Coletiva, a Clínica Ampliada e o Cuidado	23
3.1.4 As práticas de saúde no SUS às pessoas que usam drogas: a Atenção Psicossocial	29
3.1.5 As práticas de saúde no SUS às pessoas que usam drogas: a Redução de Danos	36
3.1.6 Síntese	40
3.2 As necessidades de saúde	41
3.3 A política de saúde e as propostas de atenção dos Caps AD	42
3.3.1 Os Caps AD	42
4 METODOLOGIA	50
4.1 O “pensar” a pesquisa	50
4.2 O “fazer” da pesquisa	55
4.2.1 Os espaços pesquisados	56
4.2.2 As técnicas utilizadas e sujeitos participantes.....	58
4.2.3 O tempo da pesquisa.....	62
4.2.4 Análise, síntese e interpretação dos resultados	62
4.3 Plano de divulgação dos resultados.....	63
5 RESULTADOS	64
5.1 Artigo 1: O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência.....	65
5.2 Artigo 2: Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD)?.....	81
5.3 Artigo 3: Contribuições da atenção em serviços de saúde às pessoas que usam drogas: da exclusividade da produção da abstinência à ampliação das possibilidades de vida.....	99
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
7 REFERÊNCIAS	120
8 APÊNDICES	131
9 ANEXOS	156

1 INTRODUÇÃO

No início dos anos 2000, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, ao reconhecer o uso prejudicial e a dependência de álcool e outras drogas como problemas de saúde pública, estabeleceu dois importantes documentos que orientaram a implantação da atenção às pessoas que fazem uso de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS). O primeiro deles, a Portaria MS nº 336/ 2002 criou, em meio a diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), o Caps álcool e drogas (Caps AD), que foi o primeiro serviço aberto do SUS destinado à atenção de pessoas em uso prejudicial de drogas. O segundo documento, a Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicado em 2003, definiu os marcos teóricos e políticos, os objetivos e as diretrizes que deveriam nortear essa atenção no SUS. Tais documentos foram formulados sob a influência de duas grandes experiências desenvolvidas a partir do fim da década de 80 no setor saúde, os Programas de Prevenção à AIDS, mais especificamente os projetos de Redução de Danos, e a reestruturação da atenção em Saúde Mental, um dos componentes do processo da Reforma Psiquiátrica do Brasil (BRASIL, 2003; MACHADO, 2006a).

A primeira experiência contribuiu para a inclusão da concepção da Redução de Danos no marco teórico da Política, que propõe que a abstinência de drogas deixe de ser o objetivo exclusivo das ações de saúde destinadas às pessoas usuárias ou dependentes de drogas. Tal concepção reorientou as práticas de atenção à saúde, ao reconhecer que, mesmo em situações de uso de drogas lícitas ou ilícitas, as pessoas não perdem os seus direitos. Produção de cuidado, promoção de vínculos, suspensão da condenação moral do uso, aumento da corresponsabilização de trabalhadores e usuários, defesa dos direitos das pessoas que usam drogas e a redução dos danos associados ao consumo de drogas passaram a ser considerados como norteadores das ações de saúde no SUS (BRASIL, 2003).

A segunda experiência, a Reforma Psiquiátrica, contribuiu para a adoção no campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas do modo de Atenção Psicossocial, constituído no Brasil para substituir o modo asilar centrado na instituição psiquiátrica. A atenção em uma rede de serviços abertos de base comunitária e territorial, o cuidado em liberdade, o acolhimento das pessoas como sujeitos com necessidades e singularidades e não exclusivamente como doentes, a importância da diversidade de saberes e práticas, a necessidade de promoção de mudanças culturais, o enfrentamento do estigma e a promoção de autonomia passaram também a compor as referências para o cuidado às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

As proposições do MS encontraram muitas resistências no campo social e também no

âmbito das políticas sobre drogas do Brasil, que se orientavam, desde o início do século XX, por concepções repressivas, criminalizadoras e moralistas (DELGADO, 2005; MACHADO, 2006a; MACHADO; MIRANDA, 2007; FIORE, 2012). Tais concepções se traduziam, no campo da atenção, em práticas realizadas, sobretudo, em espaços de internação, que exigiam a abstinência das drogas, como condição e meta exclusiva (ALVES, 2009a). Substituir tais concepções e criar uma rede de serviços orientada por referenciais da Redução de Danos e da Atenção Psicossocial, que pudesse contribuir para responder às necessidades de atenção à saúde das pessoas usuárias de álcool e outras drogas, tornaram-se desafios do SUS, mais especificamente, da Saúde Mental.

No ano de 2004, por meio da Portaria MS nº 2197, foi definida a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas com os seguintes componentes: atenção básica; atenção nos Caps AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; atenção hospitalar de referência e rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços do SUS.

Em 2011, pressionado pelo advento do fenômeno do crack e buscando ampliar os pontos de atenção, o MS publicou a Portaria nº 3088, que cria a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Propôs-se, então, uma rede única no campo da Saúde Mental, a Raps, que pudesse atender tanto as pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas quanto as pessoas com sofrimento mental grave. A Raps deveria se constituir a partir dos seguintes componentes de atenção: 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 (Centros de Atenção Psicossocial nas 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 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).

No período entre 2002 e 2014 ocorreu uma ampliação significativa dos serviços que

compõem a Raps. Em 2004, o SUS contava com 575 Caps e, dentre eles, 72 Caps AD (BRASIL, 2006). Em 2014, a Raps contava com 2.209 Caps, sendo 378 Caps AD, além de 111 Equipes de Consultórios na Rua, 4 Unidades de Acolhimento, 888 leitos em hospitais gerais e 610 Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2015). Neste mesmo período, o número de leitos psiquiátricos reduziu de 45.814 para 25.988. Pode-se constatar que o número de Caps, sobretudo de Caps AD, teve um aumento expressivo no período considerado.

Os Caps AD são serviços abertos e territorializados que devem atuar em rede e adotar a Redução de Danos e Atenção Psicossocial em seu modo de atenção. Contam com equipes multidisciplinares e oferecem diferentes práticas de atenção, como atendimentos à crise, atendimentos individuais e em grupos, permanência-dia, hospitalidade noturna, oficinas terapêuticas, atividades de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2012). Têm como finalidades a produção de cuidado em saúde, de vínculos sociais, de cidadania, de autonomia e de modos de regulação do uso de drogas (BRASIL, 2003; 2012).

A ampliação do número de Caps AD tem sido acompanhada pelo aumento da produção de conhecimentos sobre as práticas que desenvolvem. Os estudos realizados sobre os Caps AD têm privilegiado a realização de análises da coerência entre princípios, diretrizes e lógicas de atenção adotados nas práticas ofertadas pelos serviços e aqueles previstos na política do Ministério da Saúde no campo de álcool e drogas.

No campo da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, diferentes autores reconheceram que por meio do estudo das práticas é possível realizar análises sobre os fatores envolvidos na implantação de uma política. Onocko-Campos e Furtado (2005a) ressaltaram que é por meio das práticas, no contato entre o trabalhador de saúde e os usuários, que as diretrizes de uma política se materializam, daí ser de fundamental importância compreendê-las. Alves (2005) afirmou que é por meio das práticas que se pode apreender o modelo de atenção. Ou seja, é por meio delas que o modelo ganha concretude e demonstra as contribuições que pode dar para a produção de saúde das pessoas. Pinheiro e Luz (2007) observaram que as práticas podem também gerar novas ações, pensamentos e sentidos sobre a saúde, portanto, não devem ser consideradas apenas como campo de aplicação das ideias. Na perspectiva destas autoras, as práticas comportam um grau de invenção e podem revelar algo diferente do previsto. Hirdes (2008), a partir de uma compreensão dialética das mudanças de modelos de atenção, observou que estes processos são marcados por continuidades e descontinuidades e que as práticas de saúde, desenvolvidas em meio a esses processos, podem apresentar lógicas diferentes e até mesmo contraditórias, expressando as inovações propostas por uma política ou reproduzindo aquilo que se pretende superar.

Alguns estudos realizados sobre a atenção nos Caps AD revelaram dificuldades de apropriação da Redução de Danos e da Atenção Psicossocial nas práticas dos serviços (MORAES, 2008; FODRA; COSTA-ROSA, 2009; COSTA et al., 2015; WANDEKOKEN; QUINTANILHA; DALBELLO-ARAUJO, 2015; VASCONCELOS; PAIVA; VECHHIA, 2018). Estes estudos constataram que, em alguns Caps AD, predominam a orientação para a produção de abstinência e a adoção da concepção e práticas biomédicas e da lógica manicomial. Outros estudos, entretanto, revelaram existir coerência entre as práticas dos Caps AD e as proposições do Ministério da Saúde (FODRA; COSTA-ROSA, 2009; ALVES, 2009b; MOURA; SANTOS, 2011; PINHO, 2014; LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017; VASCONCELOS; PAIVA; VECHHIA, 2018). De acordo com estes estudos, os Caps AD produzem práticas orientadas por princípios e diretrizes da Atenção Psicossocial, como o acolhimento, o vínculo, o cuidado e a inclusão social e também da Redução de Danos, como a priorização de práticas de baixa-exigência, do acolhimento incondicional e a não exigência da abstinência como meta da atenção. Em alguns serviços, foi constatada a coexistência de princípios, lógicas e diretrizes de atenção, que ora produzem práticas mais próximas da lógica de atenção orientada pela Redução de Danos e da Atenção Psicossocial, ora mais próximas de uma atenção biomédica, centrada na doença e na produção da abstinência.

Os estudos realizados, entretanto, ainda não permitem conhecer de maneira suficiente a atenção que tem sido produzida nos Caps AD, pouco se conhece sobre a importância das práticas destes serviços para as pessoas que usam drogas, se respondem às suas necessidades de atenção, se produzem contribuições relevantes para suas vidas. Concordamos com Pitta (2011) que ressaltou que um dos grandes desafios dos sistemas de cuidados que estão sendo implantados no SUS é a consideração das necessidades reais e concretas das pessoas usuárias de drogas. Além disso, consideramos que é de fundamental importância compreender as contribuições que têm proporcionado às vidas dessas pessoas. Priorizar, nos estudos sobre as práticas dos Caps AD, a compreensão das necessidades de atenção e das contribuições que produzem às pessoas que usam drogas expressa uma perspectiva ética, sem a qual não nos parece possível analisar a atenção no campo da saúde às pessoas que usam drogas.

No presente estudo, buscamos dar continuidade às pesquisas já realizadas que analisaram a coerência entre as práticas e as políticas de atenção, mas também produzir novas compreensões sobre as práticas dos Caps AD. Tais práticas são frequentemente analisadas a partir de conceitos que não fundamentam seu modo de atenção, entre eles a abstinência, a recuperação e a dependência química e que, na maioria das vezes, são insuficientes para compreender a complexidade das situações que se apresentam cotidianamente nos serviços,

bem como para orientar a atenção que ofertam. Em nosso estudo, utilizamos outros referenciais, não centrados na doença, para compreender a complexidade que a vida das pessoas que usam drogas expressa, bem como as práticas desenvolvidas pelos Caps AD. A partir da produção teórica-conceitual sobre o Cuidado, advinda do campo da Saúde Coletiva, sobre a Atenção Psicossocial e sobre a Redução de Danos construímos nossos referenciais analíticos, que permitiram relacionar as práticas dos Caps AD com processos sociais, históricos e políticos que as conformam. O proibicionismo, as desigualdades sociais, a pobreza, os estigmas em relação aos usuários dos serviços, o sucateamento do SUS, as fragilidades das relações e vínculos sociais na contemporaneidade, entre outros, produzem desafios éticos, políticos e técnicos que se expressam no cotidiano dos serviços (CAMPOS, 2008; FIORE, 2012; MACHADO, 2018). Tais processos não podem ser desconsiderados pois marcam, ainda que de modos diferentes, as vidas, os saberes e os fazeres das pessoas que participam da produção das práticas dos Caps AD, ou seja, usuários, familiares, trabalhadores, gerentes e gestores.

Buscando contribuir para a ampliação da produção de conhecimento sobre a atenção às pessoas que usam drogas que tem sido ofertada no SUS, realizamos uma pesquisa de abordagem qualitativa em três Caps AD de Belo Horizonte/MG. Inspirada no referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-Dialética, a pesquisa envolveu a realização de observação participante, de entrevistas semiestruturadas e de grupos focais com usuários, familiares, trabalhadores, gerentes de serviços e gestores da rede. O trabalho de campo foi realizado entre anos 2016 e 2017, período em que o Ministério da Saúde explicita, no campo discursivo e também em documentos, o redirecionamento da política de atenção às pessoas que usam drogas. Normativas passam a privilegiar a lógica da abstinência e o financiamento passa a ser direcionado para as comunidades terapêuticas. Em substituição à lógica de atenção orientada pela Atenção Psicossocial e pela Redução de Danos, propõe-se uma “guinada à abstinência” (BRASIL, 2017, 2018). Mantivemos, entretanto, como referência em nossas análises a proposta de atenção adotada no Brasil, entre os anos 2002 e 2015, que ainda se apresentava como norteadora dos saberes e os fazeres dos Caps AD pesquisados.

Optamos por apresentar os resultados da pesquisa sob a forma de artigos. No primeiro, buscamos compreender o que as pessoas que usam drogas buscam nos Caps AD, suas necessidades, demandas e expectativas. No segundo, buscamos analisar as práticas que têm sido produzidas nos Caps AD e suas relações com a política de atenção proposta pelo Ministério da Saúde. No terceiro artigo, identificamos as contribuições que as práticas dos Caps AD têm produzido nas vidas das pessoas que a eles recorrem.

Ressaltamos, por fim, que apesar do redirecionamento do modo de atenção a usuários de álcool e outras drogas que está em curso no Brasil, pesquisas, como a que realizamos, mantêm relevância e justificativa, pois podem contribuir para analisar as dificuldades, contradições e possibilidades que se apresentam na sustentação de práticas de atenção que se colocam a favor da saúde, da vida e do reconhecimento das pessoas que usam drogas em sua condição humana, cidadã e singular em cenários adversos. Podem também contribuir para que os trabalhadores ampliem suas compreensões sobre os desafios éticos e políticos que se impõem em suas práticas de atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as práticas dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD) e suas relações com as necessidades das pessoas que usam drogas e com as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a compreensão da atenção que tem sido produzida.

2.2 Objetivos específicos

I Compreender os significados atribuídos por usuários e seus familiares, trabalhadores e gerentes dos Caps AD às necessidades de atenção apresentadas pelas pessoas que usam drogas.

II Compreender os significados atribuídos por usuários e seus familiares, trabalhadores e gerentes às práticas dos Caps AD;

III Identificar e analisar as relações entre as práticas dos Caps AD e as políticas de atenção a usuários de drogas do setor saúde;

IV Compreender as contribuições das práticas dos Caps AD para as vidas das pessoas que usam drogas.

V Identificar fatores facilitadores e dificultadores das práticas de atenção às pessoas que usam drogas, bem como relacioná-los aos impasses da consolidação das políticas de atenção a usuários de drogas do setor saúde, da Reforma Psiquiátrica, do SUS e das políticas e leis sobre drogas do Brasil.

3 REFERENCIAIS TEÓRICO-CONCEITUAIS

No desenvolvimento deste estudo que tem como objeto as práticas dos Caps AD e que em seus objetivos busca relacioná-las às necessidades dos usuários e às proposições da política do SUS para a área, identificamos referências teórico-conceituais que contribuíram para a definição de práticas de saúde e de necessidades de saúde e documentos técnicos do Ministério da Saúde que permitiram a apresentação de sua política de atenção para as pessoas que usam drogas.

Na definição de práticas de saúde, utilizamos contribuições teóricas do campo da Saúde Coletiva, da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos. Na definição de necessidades de saúde, utilizamos as contribuições do campo da Saúde Coletiva. Na apresentação da política de saúde que dá sustentação ao modo de atenção do Caps AD, utilizamos a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e os documentos normativos publicados entre os anos de 2002 e 2015.

3.1 Práticas de saúde

Neste estudo, consideramos as práticas de saúde a partir de alguns pressupostos adotados no campo da Saúde Coletiva advindos das contribuições das ciências sociais e humanas.

O primeiro pressuposto diz respeito ao reconhecimento das práticas de saúde como produções sociais e históricas que devem ser consideradas a partir do contexto social em que se desenvolvem e das condições históricas e políticas em que foram produzidas (CASTELHANOS; LOYOLA; IRIART, 2014). O segundo pressuposto diz respeito à insuficiência do saber biomédico para a compreensão das necessidades de saúde das pessoas e para a definição das práticas ofertadas nos serviços de saúde, bem como de suas finalidades (CASTELHANOS; LOYOLA; IRIART, 2014).

Partimos destes pressupostos e buscamos apresentar inicialmente diferentes processos sociais e políticos, como o proibicionismo, a medicalização do uso de drogas, a desigualdade social, a desqualificação social e a exclusão, que têm expressão nas práticas realizadas nos Caps AD. Reconhecemos que esses processos marcam as experiências de vida das pessoas atendidas nesses serviços, bem como as concepções dos trabalhadores e gerentes que lá atuam. Em seguida, apresentamos as contribuições de saberes produzidos no campo da Saúde Coletiva, sobretudo sobre a clínica ampliada e o cuidado em saúde, da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos, que podem ser utilizados na análise da atenção produzidas nos Caps AD. Ao adotar tais saberes como nossas referências teórico-conceituais, expressamos nossa

coerência com o segundo pressuposto reconhecido por Castelhanos, Loyola e Iriart (2014), o da insuficiência do saber biomédico, assim como de qualquer outro, se considerado em sua especificidade e com exclusividade, na interpretação das situações que se apresentam nas práticas dos serviços de saúde.

3.1.1 As práticas de saúde, a criminalização e a medicalização do uso e das pessoas que usam drogas: perspectivas históricas

A adoção da perspectiva histórica na compreensão das práticas de uso e das práticas de atenção às pessoas usuárias de drogas permite identificar processos e discursos que as constituíram da maneira como existem na atualidade. Souza (2018), a partir das contribuições de Foucault, Deleuze e Guatarri, afirma que “O atual é um devir em que as placas sedimentares da história se movem, se chocam, produzindo fissuras” (SOUZA, 2018, p.50). O presente das práticas de atenção às pessoas que usam drogas deve, então, ser compreendido a partir de sua articulação com diferentes placas que, em alguns momentos, se cruzaram, dentre elas, a criminalização e a medicalização do uso de drogas. Souza (2018) ressalta que estas “placas” têm origens diferentes, mas se articulam em uma estratégia comum que busca produzir formas de governo da vida dos homens que Foucault nomeia de biopolítica. A criminalização e a medicalização do uso de drogas podem ser consideradas como estratégias de poder, que possuem uma dimensão repressiva e uma produtiva, pois contribuem à repressão do uso de drogas e dos modos de vida das pessoas que usam drogas, mas também favorecem a produção de experiências de existência dos homens, de relações entre os homens, de comportamentos e atitudes (OKSALA, 2011; SOUZA, 2018).

A proibição e a criminalização do uso de drogas são as bases do proibicionismo, que definiu algumas drogas como ilícitas e favoreceu a construção de diferentes estratégias para efetivar a repressão ao uso, à produção e ao comércio de drogas. Para Fiore (2012, p.9), o proibicionismo pode ser compreendido como “[...] o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias”. A partir de acordos e convenções internacionais, foi adotado praticamente em todos os países do mundo desde o início do século XX, com a justificativa de que era necessário para assegurar a proteção à saúde dos indivíduos e das coletividades e a segurança pública, diante das “ameaças” que as drogas produziam. O saber médico, ao classificar o uso de drogas como doença e ao identificar a gravidade dos riscos e danos “produzidos” pelas drogas, contribuiu para a sustentação do paradigma proibicionista (FIORE, 2005, 2012; VARGAS, 2008; ALARCON, 2012; SOUZA, 2018). Souza (2018) demonstra que os conceitos produzidos pela Psiquiatria - abstinência,

recaída, dependência química e internação compulsória - se articulam com a macropolítica proibicionista e contribuem para a adoção do ideal de uma sociedade livre de drogas. Favorecem também o surgimento de uma micropolítica que produz subjetividades, afetos e marcas nas vidas das pessoas que usam drogas. Segundo o autor:

A abstinência tem sua sustentação não na sua efetividade, mas no seu poder simbólico do ideal de uma sociedade livre desta ameaça. A internação compulsória, sendo um mix de punição e medida de tratamento, mantém provisoriamente este ideal. A recaída é um ponto fundamental deste circuito que se fortalece a medida que fracassa. É sob o signo da doença, e de sua gravidade que o fracasso será creditado, sendo a recaída uma manobra de individualização do fracasso. Passa-se a pensar em adequação do sistema de exclusão, seu aperfeiçoamento, seu refinamento para que um dia este estado seja permanente para um conjunto maior da população internada. (SOUZA, 2018, p.104).

Souza (2018) permite perceber como a proposta terapêutica da Psiquiatria é coerente com o ideal da abstinência e se constitui como estratégia de poder bem-sucedida, ao permitir o controle das pessoas que usam drogas, a despeito do fracasso na clínica. A recaída reafirma a gravidade da doença, individualiza o fracasso e justifica a necessidade das internações.

No nível macropolítico, o proibicionismo aparentemente também fracassa naquilo a que se destinou de maneira explícita, ou seja, o fim da produção, da comercialização e do consumo de drogas (VARGAS, 2008; FIORE, 2012; SOUZA, 2018.). Souza (2018) afirma, entretanto, que é por meio do fracasso dos objetivos anunciados que a política proibicionista se fortalece. O fracasso mantém a necessidade de aumentar o poder sobre as condutas dos homens e de normalizar a vida. Segundo o autor: “[...] o fracasso da medida repressiva será apenas índice de que esta repressão não está sendo suficientemente repressiva. O fracasso não gera um recuo da medida adotada, mas uma intensificação dela” (SOUZA, 2018, p.104).

Para Souza (2018), a proibição e a medicalização do uso e do usuário de drogas são regimes de produção de verdade que, além de produzirem justificativas, modulam pensamentos e compreensões, produzem subjetividades e contribuem para o estabelecimento de formas de governo entre os homens.

No campo da atenção às pessoas que usam drogas, a proibição e a medicalização produzem algumas dificuldades e ambiguidades entre os trabalhadores de saúde diante das situações que se apresentam nos serviços de saúde, que são percebidas como um misto de delinquência e de doença (SOUZA, 2018). Os trabalhadores de saúde, com frequência, atuam em meio a algumas imprecisões: cuidar, controlar, tratar e punir.

A adoção da perspectiva histórica permite identificar a presença de elementos nas práticas de saúde que, aparentemente, são externos a elas, mas que participam de sua produção. De acordo com Castelhanos, Loyola e Iriart (2014, p.569): “[...] as práticas de

saúde podem ser referidas a sistemas sociais e simbólicos em que se travam relações entre interpretações, saberes e práticas sociais distintas, sempre inscritas em relações de poder”. No cotidiano das práticas de atenção às pessoas que usam drogas há interpretações, saberes e práticas sociais em disputa, alguns advindos de políticas proibicionistas e de Guerra às Drogas, outros advindos de uma política fundamentada na Redução de Danos e na Atenção Psicossocial.

3.1.2 As práticas de saúde às pessoas que usam drogas e o contexto social: desigualdade, desclassificação e exclusão

Os contextos sociais nos quais as práticas de saúde são desenvolvidas e as marcas que produzem nas subjetividades e nos modos de vida das pessoas que a elas recorrem devem ser considerados em serviços de saúde. Mesmo reconhecendo que nem todas as pessoas que usam drogas vivem ou são afetadas da mesma forma por contextos sociais adversos, não nos parece possível desconsiderá-los nas análises das práticas dos Caps AD. Pesquisas, realizadas em serviços públicos de atenção ao uso de drogas, revelaram que as pessoas atendidas são, em sua maioria, do sexo masculino, possuem baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto), estão desempregadas ou tem trabalhos temporários e vivem em situação de vulnerabilidade social (FALLER et al., 2014; GALASSI et al., 2016; BOSKA et al., 2018). A consideração dos contextos sociais torna-se, portanto, importante para compreender o que se passa na vida dos usuários, nos serviços de saúde e nas práticas que realizam.

Paiva e Costa (2017) afirmam que as relações que os sujeitos estabelecem com as drogas devem ser analisadas a partir da realidade objetiva, elas não acontecem em um vazio histórico e cultural. Os autores destacam que, no Brasil, as desigualdades sociais são decorrentes de um modo de produção e de distribuição da riqueza que privilegia determinados segmentos da sociedade e compromete os direitos de outros segmentos. Segundo os autores:

As desigualdades sociais ainda vivenciadas no Brasil, relacionadas à concentração de renda, a manutenção de patamares de pobreza e miséria, os quadros de violências contra mulheres, jovens e negros, com expressivos indicadores de extermínio e encarceramento, tem conclamado a refletirmos sobre como este quadro opressor se concretiza em nosso cotidiano e como afetam a potência de vida de diferentes sujeitos sociais. (PAIVA; ANTUNES, 2017, P.67).

Os autores reconhecem que as pessoas que usam drogas, sobretudo aquelas que se encontram em determinadas condições sociais, têm mais dificuldades de serem reconhecidas como cidadãos, dignos da liberdade e da autonomia possíveis no capitalismo. Ou seja, o uso de drogas é mais um dos fatores que dificultam o reconhecimento da cidadania de alguns segmentos da população. Paiva e Antunes (2017) afirmam que:

[...] a supressão e o não reconhecimento de determinados sujeitos políticos de direitos, como os sujeitos usuários de drogas, em especial, aqueles que se encontram inseridos em realidades marcadas pela pobreza, violência, racismo e preconceitos de diferentes ordens. Trata-se de sujeitos que, no âmbito da sociedade burguesa, tem seu status de cidadania parcialmente reconhecido pelo Estado, não sendo, portanto, entendidos como indivíduos dignos de gozar sua liberdade e autonomia, mesmo que nos limites do capitalismo neoliberal vigente. (PAIVA; ANTUNES, 2017, p.54).

Souza (2009, 2016) constata e busca explicar o não reconhecimento da condição de cidadania ou mesmo da condição humana de uma determinada classe de pessoas no Brasil, da qual fazem parte muitos usuários de drogas, sobretudo aqueles que vivem nas ruas. O autor denomina esta classe de “ralé estrutural” e esclarece que o termo é utilizado, não para ofender pessoas sofridas e humilhadas que acumulam desvantagens sociais, mas para fazer notar a existência de uma classe que “[...] tem uma gênese social e um destino comum, sempre foi (in)visível, entre nós, e percebida apenas como conjuntos de indivíduos, carentes ou perigosos” (SOUZA, 2009, p.25). O autor busca compreender a gênese social da ralé estrutural a partir dos processos de urbanização e industrialização do País e de libertação dos escravos, que não foram acompanhados de iniciativas de construção de lugares e posições sociais dignas aos ex-escravos. Esta situação, que se manteve ao longo do tempo, contribuiu para que 1/3 da população brasileira permanecesse em uma “[...] classe de abandonados e desclassificados, sem qualquer chance de participação na competição social em qualquer esfera da vida” (SOUZA, 2011, p.38). A reprodução do pertencimento a esta classe envolve processos de socialização que acompanham os processos de distribuição de renda. Souza (2016), a partir das contribuições de Bourdieu, ressalta que as pessoas da ralé não dispõem de capital cultural e econômico que lhes permitam ser bem-sucedidas na vida. Algumas habilidades, tais como capacidade de concentração, de interpretação e de aquisição de conhecimento, consideradas naturais nas classes privilegiadas, são na verdade produzidas por meio de processos de socialização. Algumas relações afetivas que favorecem a autoestima e autoconfiança, também importantes para a competição social, são também mais frequentes em classes sociais privilegiadas. Para Souza (2016), as pessoas não possuem, portanto, as mesmas condições para conquistar lugares e relações dignas no campo social. É o pertencimento das pessoas a uma classe que define a probabilidade do seu destino. Em relação ao destino da ralé, Souza (2016) afirma:

Como não recebe estímulos familiares à disciplina e à capacidade de concentração, essa classe “fracassa” na escola e depois no mercado de trabalho, que exige qualificação escolar bem-sucedida. É assim que certa origem de classe se eterniza em reprodução de classe sem capacidade de incorporar conhecimento e planejar seu futuro. (SOUZA, 2016, p.35).

Por meio de processos intersubjetivos e econômicos, a ralé se perpetua como uma

classe fracassada, cotidianamente desqualificada, humilhada e sem perspectiva de futuro. Algumas pessoas da ralé seguem este destino, sem muito questionamento, ocupam lugares e postos de trabalho com algum valor social para as classes privilegiadas. Souza (2011) os nomeia de “pobres honestos”. Outras se revoltam. Buscam outros caminhos. Alguns encontram a droga. Souza (2016) observa que o uso de droga muitas vezes constitui uma resposta a esses processos que, ao mesmo tempo, contribui para sua manutenção ou mesmo para o seu agravamento.

Não é a malignidade da droga, portanto, que cria a prisão do vício, mas o abandono afetivo e social e a experiência silenciosa de uma humilhação ubíqua e sem explicação palpável [...].O consumo da droga é uma tentativa desesperada de fugir de um cotidiano intragável ainda que o consumo progressivo apenas aumente o desprezo social e a degradação subjetiva e objetiva. (SOUZA, 2016, p.37).

Algumas marcas dos contextos sociais nas vidas das pessoas que usam drogas foram identificadas por Lima (2016), em pesquisa realizada com usuários de crack, “[...] a fome, a falta de moradia e de bens, a falta de segurança, a sensação de medo e desconfiança, os laços frágeis com a família e amigos, as experiências de rebaixamento moral, o abandono, a rejeição afetiva, a falta de lazer” (LIMA, 2016, p.63). Entre condições reais e morais, a vida se apresenta indigna, esvaziada e pobre de reconhecimento social.

Toledo, Góngora e Bastos (2017) afirmam que o contexto social atual produz subjetividades e marcas nas vidas das pessoas que usam crack, que acabam por favorecer situações de marginalização e exclusão social. De acordo com os autores:

O uso de *crack* em cenas abertas, a situação de exclusão social em que vivem muitos usuários, o estigma e o preconceito, aliados à forte repressão estatal ao uso de drogas em espaços públicos, somados ao pouco acesso à saúde e apoio social, estabelecem um contexto em que as práticas ilícitas como os pequenos roubos/furtos podem vir a se inserir, vulnerabilizando ainda mais o usuário, que uma vez (des)inserido das políticas de seguridade social do Estado, verão agravada sua situação de marginalização e exclusão em relação ao restante da população. (TOLEDO; GÓNGORA; BASTOS, 2017, p.39).

A partir dessas contribuições de diferentes autores, identificamos a presença de processos sociais como a desigualdade, a desclassificação e exclusão que conformam as vidas das pessoas que usam drogas em seus aspectos materiais e subjetivos. Tais processos e contextos não podem ser desconsiderados em serviços de atenção às pessoas que usam drogas, como os Caps AD, já que são constitutivos da vida de muitas pessoas que a eles recorrem.

3.1.3 As práticas de saúde no SUS às pessoas que usam drogas: a Saúde Coletiva, a Clínica Ampliada e o Cuidado

O campo da Saúde Coletiva se constitui como campo de práticas e saberes a partir da crítica da exclusividade do saber biomédico para a explicação do processo de saúde/doença/sofrimento e para a resolução ou amenização dos problemas de saúde. Se, em sua origem, privilegiou aspectos macroestruturais dos processos saúde-doença, mais recentemente, tem se dedicado à investigação dos aspectos microssociais como os que se fazem presentes nas práticas de saúde, que envolvem dimensões técnicas, éticas, simbólicas e políticas (BIRMAN, 2005). Consideraremos em nossas análises sobre as práticas de atenção dos Caps AD, sobretudo as contribuições sobre a Clínica Ampliada de Campos (2003, 2006) e sobre o Cuidado em Saúde de Ayres (2000, 2004, 2008, 2009a, 2009b, 2011, 2013) e de Pinheiro (2008, 2009, 2013). Nestas produções, identificamos dois movimentos para compreender as práticas assistenciais de saúde: um de ampliar a clínica, seu objeto e seu campo de intervenção, a partir da consideração do sujeito, da doença e de suas condições concretas de existência e outro de reconhecer, “para-além da clínica”, a presença de saberes e fazeres práticos, que não se restringem aos tecnológicos, nos encontros intersubjetivos que ocorrem na produção da atenção em saúde. Compreendemos que estes dois movimentos não são excludentes. Buscamos destacar, nessas produções, contribuições que permitem analisar as práticas de atenção desenvolvidas nos Caps AD.

3.1.3.1 A clínica ampliada

Na produção teórica da Saúde Coletiva, autores como Onocko-Campos (2001) e Campos (2003, 2006) adotam o termo clínica para designar as práticas de saúde que têm como objeto a produção de uma atenção às enfermidades ou aos problemas de saúde que se manifestam em âmbito individual. Campos (2003) propõe que a clínica seja reformulada e ampliada a partir da consideração do sujeito em sua complexidade e não exclusivamente a partir da doença, como propôs a clínica médica desenvolvida na Modernidade. O autor propõe, então, “[...] uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais e em suas existências concretas, que inclua a doença como parte destas existências” (CAMPOS, 2003, p.56). Nesta proposição, Campos (2003) apresenta uma síntese da sua concepção sobre as práticas assistenciais da saúde, que inclui a subjetividade e a determinação social do processo saúde e doença, ou seja, aquilo que a Medicina moderna deixou de fora ao privilegiar a doença. A partir das contribuições de Campos (2003, 2006), podemos afirmar que há sujeito, há determinação social do processo saúde-doença e há doença e que, portanto, uma clínica se faz

necessária, ainda que reformulada e ampliada. Entretanto, é preciso ressaltar que a clínica, ainda que modificada, constrói seus saberes e práticas a partir do modelo de uma doença ou enfermidade, o que nos parece insuficiente para acolher e cuidar das situações que envolvem sofrimentos e comprometimentos diversos que se apresentam nos serviços de saúde. Em situações, como as que privilegiamos neste estudo, que envolvem a atenção às pessoas que fazem uso prejudicial ou são dependentes de drogas, o modelo clínico contribui de maneira parcial, seja em relação às interpretações que produz, seja em relação à terapêutica que propõe. Bedrikow e Campos (2011), em uma produção mais recente, reconhecem as limitações do modelo clínico em algumas situações em que a atenção à saúde se faz necessária. De acordo com os autores:

É preciso reconhecer que essa Clínica, essencialmente empírica, ancorada na ciência moderna positiva, com olhar para os sintomas e sinais, na busca de um nome – o da doença – mostrou-se eficaz para responder a vários desafios do processo saúde-doença. Por exemplo, dizer que um doente com febre, tosse produtiva, estertores pulmonares sofre de pneumonia (nome da doença), receitar-lhe antibiótico e observar sua recuperação, de forma a reassumir suas atividades cotidianas, é constatar a potência dessa clínica. Por outro lado, ela se revela frágil para dar conta de demandas que não se enquadrem em diagnósticos anatômicos, funcionais ou etiológicos. (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011, p.611).

Na atenção em serviços públicos de saúde às pessoas que usam drogas, a clínica médico-psiquiátrica contribui para a produção de respostas, ainda que parciais, às situações sempre complexas que são acolhidas e que, por vezes, incluem quadros de intoxicação, síndromes de abstinência alcoólica e diferentes comorbidades clínicas ou psiquiátricas. Em um estudo realizado em Caps AD, Boska et al. (2018) constataram que os leitos do serviço são utilizados tanto por pessoas que se encontram em situações para as quais a clínica médico-psiquiátrica apresenta respostas efetivas, quanto por pessoas que se encontram em situações de alta vulnerabilidade psicossocial. Os autores concluem pela importância de uma atenção que inclua o modelo biomédico e o modelo psicossocial.

A Psicanálise introduz outra direção, diferente daquela apontada pelo saber médico-psiquiátrico, à clínica com pessoas que usam drogas. Conceitos como satisfação pulsional, gozo, inconsciente, sujeito, desejo orientam a clínica das toxicomanias e permitem ler as situações que se apresentam a partir de experiências subjetivas marcadas pela insistência em formas de satisfação que causam dor, sofrimento e desespero; pelo imperativo de formas devastadoras de gozo e pelas dificuldades em regulá-lo (MACHADO, 2006b; MACHADO; FARIA, 2012). Além de contribuir para a compreensão das vinculações das pessoas com as drogas, a Psicanálise propõe a adoção de norteadores na atenção a ser ofertada nos serviços, conforme observa Faria (2018):

Na clínica contemporânea temos nos deparado cada vez mais com casos graves chegando aos serviços de saúde mental em que o uso intenso de uma substância está colocado. Sujeitos que se nomeiam “dependentes”, muitas vezes com intenso sofrimento psíquico, uma posição de resto, de dejetos, depauperados, com o corpo degradado. Temos como orientador ético acolher, promover cuidados, mas também aposta na responsabilização de cada um por seu gozo. A maneira que um determinado sujeito usa as drogas bem como o papel da droga em sua forma subjetiva de funcionar pode nos orientar qual a estrutura psíquica está em jogo. (FARIA, 2018, p.122).

Ainda que produzam contribuições relevantes e diferentes às pessoas que apresentam sofrimentos e adoecimentos associados ao uso de drogas, a clínica médico-psiquiátrica e a clínica psicanalítica se orientam por saberes que não alcançam todas as situações que se apresentam cotidianamente nos serviços de saúde, como o Caps AD. Outros saberes e outras racionalidades podem favorecer a compreensão de práticas que não se reduzem à clínica, mesmo que ampliada e reformulada.

3.1.3.2 O cuidado

O cuidado em saúde tem sido considerado por vários autores do campo da Saúde Coletiva como um constructo que busca articular as várias dimensões das práticas de saúde: técnica/ético-política, subjetiva/objetiva, individual/coletiva. Destacamos alguns atributos do cuidado em saúde que contribuem para a compreensão, desenvolvimento e análise das práticas de atenção às pessoas que usam drogas.

a) Cuidado em saúde como relação intersubjetiva, mediada por saberes técnicos e por valores humanos, éticos e políticos

O cuidado pode ser compreendido como “expressão de apoio social intenso” conforme propõem Contatore, Malfitano e Barros (2017). Os autores identificam diferentes significados associados ao cuidado, entre eles: atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, encargo, incumbência, responsabilidade e ocupação. Estes significados revelam “[...] uma dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda” (CONTATORE; MALFITANO; BARROS, 2017, p.554).

O cuidado pressupõe um certo modo de interação entre sujeitos que pode favorecer o encontro terapêutico entre usuários e trabalhadores de saúde. Para Pinheiro (2008, p.113), esse modo de interação envolve “[...] o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, com qualidade e resolutividade”. O cuidado corresponde, portanto, a uma relação entre sujeitos (trabalhador de saúde – usuário de serviço de saúde) em substituição à relação entre sujeito (trabalhador de saúde) e objeto (usuário de serviço de saúde). Ayres

(2011, p. 28) afirma que o cuidado contribui “[...] para fazer aparecer sujeitos onde havia apenas objetos (doença, órgãos afetados, funções alteradas, ações limitadas)”. As relações intersubjetivas favorecem a produção de cuidado, mesmo em práticas de saúde que envolvem a aplicação de tecnologias. De acordo com Ayres (2000):

(...) a intersubjetividade viva no momento assistencial permite escapar a uma objetivação “dessubjetivadora” exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico. Apoia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela, subverte-a. Estabelece-se a partir e em torno dos universais que ela carrega, mas cobra-lhe os limites. (AYRES, 2000, p. 119).

Ayres (2004) ressalta que o cuidado pressupõe a permeabilidade do técnico ao não técnico nas práticas de saúde. Para o autor, é por meio do diálogo entre estas duas dimensões que o cuidado em saúde se viabiliza. Ayres associa a dimensão não técnica das práticas de saúde à sabedoria prática, conceito derivado da filosofia aristotélica, “[...] que diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos a priori” (AYRES, 2004, p.20). O cuidado compreende, então, algo que se constrói em ato, nas relações entre sujeitos e que envolve aspectos éticos, morais e políticos. Não advém de conhecimentos produzidos pela ciência, como se dá com as tecnologias utilizadas no trabalho em saúde. Envolvem escolhas e decisões que se orientam pela ética.

Campos (2011) também ressalta a irredutibilidade do trabalho em saúde à sua dimensão tecnológica. O autor considera a tecnologia como “[...] saber científico instituído utilizado por vários ramos da ciência aplicada” (CAMPOS, 2011, p.3034). Campos (2011) observa que as tecnologias são adequadas quando se atua na produção de bens materiais ou de serviços, ou seja, quando se intervém em objetos na busca de um determinado resultado. Entretanto, quando a atuação envolve relações intersubjetivas, como nas práticas de saúde, é importante considerar, além da racionalidade tecnológica, a racionalidade da práxis, já que não se trata exclusivamente de aplicar conhecimentos produzidos pela Ciência nas vidas das pessoas. De acordo com o autor: “A variabilidade dos casos e a complexidade dos processos – práticas sociais e de subjetividade - dificultam a aplicação de um saber prévio, exigindo-se, portanto, reflexão e criatividade do agente da prática” (CAMPOS, 2011, p.3036). Valendo-se das contribuições de Kant sobre a razão pura e a razão prática, Campos (2011) afirma que a adequabilidade de uma ação diz respeito também a sua finalidade. De acordo com o autor:

Considero, apoiando-me em Kant, que na racionalidade da práxis, além do conhecimento acumulado, do saber sobre as tecnologias apropriadas, o agente deverá considerar, tanto na programação, quanto durante a execução da atividade, os objetivos de seu trabalho. A consideração de valores éticos modifica e amplia a racionalidade técnica ao tomar como referência para agir tanto alguma teoria e seus desdobramentos tecnológicos, quanto um sistema de valores e de diretrizes ético-

políticas. (CAMPOS, 2011, p. 3036-3037).

A partir das contribuições de Campos (2011), podemos compreender que o trabalho em saúde, por se tratar de uma prática social, envolve valores, princípios e finalidades. Tem, portanto, dimensões éticas e políticas. O trabalhador age não apenas a partir do seu saber profissional, é convocado cotidianamente a escolher o que fazer diante das situações que se apresentam.

b) O cuidado como acolhimento do outro

O cuidado em saúde tem como condição o acolhimento do outro, em sua alteridade. De acordo com Ayres (2009), é por meio do acolhimento que o outro do cuidador pode surgir no espaço assistencial.

O acolhimento às pessoas nos serviços de saúde pressupõe a presença de diálogos, em substituição aos monólogos conduzidos pelos profissionais. O acolhimento se faz por meio da escuta, do autêntico interesse em ouvir o outro (Ayres, 2004, 2009, 2011). Ayres (2004) observa que, muitas vezes, os trabalhadores escutam apenas o necessário para completarem seus raciocínios clínicos, estão pouco disponíveis para o encontro com o outro que se apresenta nos espaços de atenção à saúde. Muitas vezes, o que ocorre é uma monofonia e não uma polifonia, conforme ressalta Pinheiro (2009). Ceccim e Merhy (2009) afirmam que o acolhimento em alteridade permite que os usuários se apresentem com suas singularidades, não como um caso particular de um saber geral que o trabalhador de saúde possui. De acordo com os autores, o acolhimento “[...] é um momento que tem em si certos mistérios, pela riqueza dos processos relacionais que contém, por ocorrer segundo razões muito diferenciadas e por não ser apreendido por nenhum saber exclusivo” (CECCIM; MERHY, 2009, p. 535). O acolhimento pressupõe um interesse pelo outro, mediado por diferentes saberes e por uma disponibilidade relacional, e pode favorecer a criação de vínculos e de responsabilização entre os sujeitos que dele participam.

c) O cuidado como condição para a promoção de mudanças e para a construção projetos

O cuidado contribui para a construção de um modo de pensar e de agir nas práticas de saúde. Permite compreender que as práticas de saúde são mediadas por saberes tecnológicos (técnica, racionalidade tecnológica) e não tecnológicos (sabedoria prática, racionalidade da práxis) e que envolvem acolhimento, escuta, diálogo, vínculo e responsabilidade. É necessário avançar um pouco mais para compreender como o alcance do cuidado nas práticas de saúde.

Camargo Jr. (2009) refere-se à atenção à saúde como “[...] um conjunto heterogêneo de práticas destinadas a evitar, eliminar ou minorar um tipo de sofrimento considerado por razões sociais, culturais e técnicas como sendo um problema de saúde” (CAMARGO JR, 2009, p.103). Merhy e Feuerwerker (2016) afirmam que as práticas de saúde são atos de trabalho, atos que produzem ou modificam algo a partir de uma necessidade. Ayres (2004) afirma que as práticas de saúde, quando apresentam uma dimensão cuidadora, podem produzir êxito técnico e sucesso prático. O êxito técnico refere-se ao alcance de um fim a partir da aplicação de procedimentos técnico-científicos. O sucesso prático refere-se às mudanças produzidas no campo da práxis, que envolvem dimensões éticas e políticas. Ayres (2013) afirma que o êxito técnico e o sucesso prático referem-se a dois horizontes normativos diferentes, que devem orientar as práticas de saúde: o técnico-científico e o prático (significados, valores, interesses e afetos). As práticas de saúde devem considerar os sentidos existenciais dos sofrimentos e adoecimentos e promover a construção de projetos de felicidade. Se a ideia de projeto remete à introdução da dimensão de futuro, a de felicidade relaciona-se às experiências de vida valoradas positivamente pelas pessoas que a vivenciam (AYRES, 2004; 2013). O cuidado poderia, então, proporcionar a construção de um projeto que tenha valor e sentido para a pessoa que busca uma atenção em saúde. O cuidado pode também favorecer a produção da autonomia (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006; CAMPOS; AMARAL, 2007). De acordo com Campos e Amaral (2007, p.852), a ampliação do grau de autonomia dos usuários equivale a um “[...] aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida”.

As práticas de saúde se orientam, portanto, por diferentes horizontes normativos e buscam sempre sustentar, como todo trabalho, a possibilidade de mudanças: cura, amenização do sofrimento, construção de projetos de vida, ampliação da autonomia, entre outras.

Podemos afirmar que há, na produção teórica do campo da Saúde Coletiva sobre as práticas de atenção à saúde, contribuições que, ainda que não sejam frequentemente utilizadas no campo da atenção às pessoas que fazem uso de drogas, podem ser consideradas na análise e no desenvolvimento de práticas nos Caps AD, já que ampliam as compreensões sobre os encontros que ocorrem entre usuários e trabalhadores no cotidiano dos serviços de saúde.

3.1.4 As práticas de saúde no SUS às pessoas que usam drogas: a Atenção Psicossocial

Neste item, buscamos identificar saberes e práticas do campo da Atenção Psicossocial, que constituem o modo de atenção dos Caps AD, formulados e desenvolvidos a partir da experiência da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Buscamos destacar aquilo que esses saberes e práticas acrescentaram às formulações sobre o Cuidado e a Clínica Ampliada produzidas no campo da Saúde Coletiva. Consideramos que a Atenção Psicossocial, assim como a Saúde Coletiva, parte da crítica à exclusividade do saber biomédico na produção de saberes e fazeres relacionados ao processo saúde/doença/ sofrimento, reconhece que as práticas de saúde são sociais e históricas e que não têm apenas uma dimensão técnica, apresentam também dimensões éticas e políticas.

A Atenção Psicossocial se constitui como campo a partir da crítica e da tentativa de produzir rupturas com processos históricos que permitiram a apropriação da experiência da loucura e da assistência às pessoas loucas pela instituição psiquiátrica.

A assistência psiquiátrica no Brasil, do início do século XIX até o fim do século XX, foi realizada, sobretudo, em grandes hospitais psiquiátricos que favoreceram a segregação, a violação de direitos, os maus tratos e o silenciamento das pessoas loucas. A crítica e a luta contra esta “assistência” deu início ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que permitiu a implantação de um modo de atenção em saúde mental comprometido com a promoção do cuidado em liberdade e da cidadania das pessoas com sofrimento mental grave.

A partir do início da década de 90, uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos começou a ser implantada no âmbito do Sistema Único de Saúde. A criação desta rede, que buscou construir um novo modelo de atenção em Saúde Mental no Brasil, é parte de um processo social, mais amplo e complexo, de desinstitucionalização da loucura que consiste na “[...] desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença” (AMARANTE, 2010, p.49).

O campo da Atenção Psicossocial se constituiu por meio da produção de novos conhecimentos sobre a experiência da loucura, de novas terapêuticas, de novas formas de convivência e de pertencimento da loucura e de lutas por direitos das pessoas loucas. A constituição deste campo envolve, portanto, desafios epistemológicos, técnicos, éticos e políticos e redimensiona o saber e o fazer em Saúde Mental.

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990a) contribuem para compreender como a finalidade das práticas em Saúde Mental se modifica a partir da proposição do processo de desinstitucionalização da loucura. De acordo com os autores, trata-se da:

[...] reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas, no entanto, seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e de sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990a, p. 33).

O cuidado se apresenta como possibilidade também no campo da Atenção Psicossocial. A remissão de sintomas ou a “cura” da loucura deixam de ser finalidades das práticas de saúde. O compromisso com o outro, com suas formas singulares de existência, com seus sofrimentos e com seus modos cotidianos e concretos de vida passam a orientar a atenção às pessoas com sofrimento mental grave. De acordo com Barros et al. (2007, p.817), esta nova orientação busca “[...] negar a doença como objeto exclusivo de intervenção e colocar neste lugar a vida da pessoa”. Trata-se de acolher, cuidar e inventar a saúde a ser produzida. Lobosque (2003) contribui para compreender a radicalidade envolvida na proposta de acolhimento da loucura. Segundo a autora: “[...] trata-se de acolher, sem reserva ou temor, o sofrimento mental, quando insuportável, sem buscar pretextos para a recusa, nem impor condições à hospitalidade” (LOBOSQUE, 2003, p. 59). Barros et al. (2007) afirmam que o cuidado no campo da Saúde Mental envolve, além do acolhimento, responsabilização, ética, promoção de autonomia, resgate da cidadania, produção de vínculos, subjetividades, respeito, liberdade e de inclusão social. Rotelli, Leonardis e Mauri (1990a) afirmam que a invenção da saúde se faz por meio da produção de vida, de novos sentidos e de novas sociabilidades. O redimensionamento do pensar e do fazer em Saúde Mental compreende, então, saberes, disciplinas, práticas, relações sociais, instituições, compreensões e atores que incluem, mas não se restringem àqueles que são próprios ao campo da saúde. O trabalhador de Saúde Mental é chamado a atuar não só como terapeuta, mas como um ator social que estabelece vínculos, que se responsabiliza e participa da invenção da saúde das pessoas com sofrimento mental grave, tanto em serviços de saúde como também em seus territórios (AMARANTE, 2015).

No campo da atenção em saúde mental do Brasil, novas práticas, novos saberes ou mesmo novas relações com os saberes do “campo psi” têm sido construídos a partir dos encontros entre trabalhadores e pessoas com sofrimento mental grave que vêm ocorrendo em serviços abertos, territorializados. Diferentes designações são adotadas para nomear as formas de atenção construídas nesses serviços. Alguns autores buscam nomeá-las a partir do acréscimo de diferentes adjetivos à palavra clínica. Além da “clínica ampliada” proposta por Campos (2003, 2006), outras expressões como “clínica da reforma”, “clínica da atenção

psicossocial”, “clínica antimanicomial” (LOBOSQUE, 1997), “clínica em movimento” (LOBOSQUE, 2003), “clínica e cotidiano” (LEAL; DELGADO, 2007) são utilizadas. Outros autores propõem utilizar o termo Atenção Psicossocial para designar o campo de práticas e saberes, comprometidos com a desinstitucionalização da loucura (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; AMARANTE, 2007).

A adoção da noção de campo parece-nos mais apropriada do que a de um saber, a clínica, para designar o fazer do campo da Saúde Mental. As inovações nas práticas de Saúde Mental produzem mudanças na clínica, mas vão além da clínica, produzem dois movimentos diferentes, mas não excludentes. O cotidiano dos serviços substitutivos modifica a clínica e também envolve outros fazeres e saberes que não se restringem à clínica. A proposição de Campos (2000) sobre campos e núcleos de saberes nos auxilia nesta compreensão. De acordo com o autor, para cumprir determinadas tarefas teóricas ou práticas é necessário conformar campos com diferentes núcleos de saber. Podemos compreender que as tarefas teóricas e práticas, que surgem com a desinstitucionalização da loucura, envolvem vários núcleos de saber. A clínica é um deles, que se modifica a partir da dinâmica que é estabelecida no campo, das relações com outros núcleos, como a promoção de cidadania, o apoio social, a reabilitação psicossocial, etc. Considerar a Atenção Psicossocial como campo parece-nos importante para evitar que tudo se torne clínico, como adverte Amarante (2015), mas também para manter a contribuição importante e singular dos núcleos de saberes clínicos (psiquiátrico, psicanalítico, entre outros) na atenção em Saúde Mental, como observa Lobosque (1997). Para a autora, nas situações de crise, em casos de dilaceramento psíquico, os saberes e profissionais clínicos são sempre convocados a atuar dos lugares que lhes são próprios na amenização do sofrimento mental. Não se trata de negar a clínica, mas de negar sua exclusividade como núcleo de saber e de prática em Saúde Mental.

Optamos aqui por considerar a atenção em Saúde Mental como um campo, o campo da Atenção Psicossocial, que envolve “[...] dispositivos institucionais que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais a do paradigma psiquiátrico” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p.19). Costa-Rosa (2000) apresenta elementos constitutivos da lógica psicossocial a partir de quatro eixos. O primeiro diz respeito à concepção do processo saúde-doença e aos meios teóricos e técnicos para lidar com este processo. Por meio deste eixo, apresenta a compreensão da determinação e consistência psíquica e sociocultural dos problemas de saúde mental, a consideração dos conflitos e contradições como constitutivos do sujeito e contingentes de sua situação, a orientação de tratamento da demanda e não dos sintomas, a consideração do sujeito como sujeito e não

como objeto, a realização de uma clínica da escuta e da criação de si e a proposição da desospitalização. O segundo eixo apresenta os aspectos que caracterizam as relações intrainstitucionais constitutivas do modo psicossocial: horizontalidade das relações, participação dos sujeitos envolvidos, autogestão, interprofissionalidade e transdisciplinaridade. O terceiro eixo diz respeito aos aspectos que caracterizam as relações entre as instituições e a população: interlocução, porosidade e livre-trânsito. O quarto e último eixo apresenta os efeitos esperados das ações e projeto terapêuticos de uma atenção que adota a lógica psicossocial: implicação e reposicionamento do sujeito, conquista dos direitos de cidadania e ampliação do poder contratual (COSTA-ROSA, 2000). Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) afirmam a importância de manter aberto o campo da atenção psicossocial para a inclusão de outros elementos que podem advir na tarefa de cuidar das pessoas com sofrimento mental grave em liberdade. De acordo com os autores, trata-se de um “[...] capaz de congrega e nomear todo o conjunto das práticas substitutivas ao modo asilar, conservando ao mesmo tempo a abertura necessária para a inclusão de inovações que ainda estão se processando e para outras que certamente virão” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p.32).

Sem desconsiderar que este campo se constituiu a partir do processo de desinstitucionalização da loucura, compreendemos que ele contribui também para dimensionar o campo da atenção às pessoas que usam drogas. Sabemos que, ao longo da história, usuários de drogas não tiveram destinos muito diferentes dos loucos. No Brasil, em 1991, quando se inicia o processo de reestruturação em Saúde Mental, 1/3 dos leitos psiquiátricos eram ocupados por pessoas com problemas relacionados ao alcoolismo (ALVES et al., 1994). Além disso, sabemos também do esforço da Psiquiatria para naturalizar o fenômeno do uso de drogas e transformá-lo em uma doença, a dependência química. Há diferenças entre loucura e uso de drogas e os processos históricos e sociais que os constituem, mas há também proximidades nas formas adotadas na sociedade para lidar com estes fenômenos: não aceitação das diferenças que estas formas de existência expressam, segregação social, objetificação na forma de doenças, estigmatização e controle social.

Destacamos, nos modos de cuidado às pessoas com sofrimento mental grave que vêm sendo construídos no Brasil, duas dimensões que podem ser consideradas também na atenção às pessoas que usam drogas: a importância de uma clínica articulada a um projeto político e a produção de sociabilidades que reconheçam e respeitem formas singulares de existência.

a) A clínica articulada a um projeto político

A clínica no campo da atenção psicossocial constituiu-se a partir da crítica à clínica psiquiátrica que privilegia o olhar sobre doença e o sintoma, a utilização “a priori” de fármacos, a supressão do sintoma e a segregação em hospitais psiquiátricos (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; COSTA-ROSA, 2013). Constitui-se também em oposição à pretensão de qualquer clínica de se tornar exclusiva na compreensão e na proposição de terapêuticas para o sofrimento mental (COSTA-ROSA, 2000). De acordo com Costa-Rosa (2000, p.53): “[...] a substituição da Psiquiatria por outra disciplina, por exemplo, a Psicologia ou mesmo a Psicanálise, não alteraria a natureza do paradigma asilar”. Para substituir este paradigma, é necessário construir uma clínica que considere o modo como cada sujeito vivencia a experiência da loucura, que utilize diferentes saberes e estratégias terapêuticas, que se articule a um projeto ético e político de inclusão e convivência com a loucura no campo social. Sem desconsiderar a dimensão patológica do sofrimento psíquico e os modos de viver e de sentir o sofrimento das pessoas loucas, uma clínica vem sendo constituída, a partir de saberes e práticas comprometidos com as transformações concretas e cotidianas nas vidas das pessoas com sofrimento mental grave, buscando superar condições de abandono, desamparo, isolamento e segregação social (ROTELLI, 1990b; LEAL; DELGADO, 2007).

Lobosque destaca a importância da clínica nos serviços substitutivos, sobretudo em situações de crise e de sofrimento insuportável, quando “[...] um certo modo de acompanhamento, de presença, de atos e palavras se faz necessário como ajuda” (LOBOSQUE, 2003, p.20). A autora propõe, então, uma “clínica em movimento” que se apoia em saberes e disciplinas psi, como a Farmacologia e a Psicanálise, mas que neles não se encerra, que se articula à vida, à cultura, às formas de convivência e também a um projeto político e social, o projeto antimanicomial (LOBOSQUE, 2003).

Leal e Delgado (2007) afirmam a importância de uma clínica que considere o modo singular por meio do qual cada uma das pessoas com sofrimento mental grave constituiu sua relação consigo e com o mundo. Modo que se apresenta como patológico, não pela diferença que expressa, mas pela perda da normatividade, ou seja, da capacidade de produzir novas normas diante daquilo que se impõe na vida, em diferentes situações e momentos. A clínica proposta, articulada ao projeto de desinstitucionalização da loucura, deve favorecer a reconstrução da normatividade e envolver a produção de “[...] um outro modo de funcionar, de organizar e de se articular com a cidade” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 136). A clínica envolve, então, a produção de novas normas pelo sujeito em seu cotidiano, em suas redes e em seu território.

As práticas clínicas devem favorecer o acolhimento, o cuidado e o tratamento daquilo que se apresenta como insuportável para cada sujeito louco, sem prescindir da articulação com o projeto ético e político que busque constantemente “fazer caber” a loucura no campo social, assegurar o respeito aos diferentes modos de existência e favorecer a conquista dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental grave.

A clínica no campo da atenção psicossocial apoia-se em saberes e práticas clínicas já existentes, mas se abre e se modifica constantemente por estar articulada um projeto ético e político cotidianamente construído, em meio a muitos desafios.

b) A produção de sociabilidades: o apoio social, a reabilitação social e a inclusão social

Além da clínica articulada à política, o campo da atenção psicossocial tem apontado a importância da produção de novas sociabilidades que favoreçam a superação do estigma, o isolamento e a exclusão social e a criação de outras formas de vida e lugares sociais para as pessoas que vivenciam a experiência da loucura. Amarante dimensiona melhor a tarefa que se tem no campo social:

Transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. (AMARANTE, 2015, p.19).

Muitas mudanças são propostas ou esperadas no campo das relações sociais a partir da atenção em Saúde Mental. Alguns conceitos têm sido utilizados para designar práticas de que valorizam essas relações, entre elas, apoio social e reabilitação psicossocial. O apoio social refere-se a “[...] dar e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p.22). Aproxima-se da concepção de Cuidado do campo da Saúde Coletiva e também da Atenção Psicossocial, conforme propõem Barros et al. (2007). A reabilitação psicossocial, na perspectiva apresentada por Saraceno (2001), diz respeito à ampliação do poder de realizar trocas sociais em três cenários de existência: trabalho, moradia e relações afetivas. O autor observa que as pessoas com sofrimento mental grave não apresentam valores reconhecidos no campo social e, portanto, têm dificuldades de realizar trocas sociais. A reabilitação psicossocial propõe, então, a transformação da condição de desvalor social para uma condição de valor, que permite a realização de trocas sociais (KINOSHITA, 2001). Neste processo, muitas vezes, é necessário que o trabalhador “empreste” seu poder contratual às pessoas com sofrimento mental grave. A reabilitação psicossocial, compreendida como uma ética como

propõe Saraceno (2001), afirma a importância da conquista de direitos sociais e da promoção de cidadania das pessoas com sofrimento mental grave na modificação das situações de exclusão social.

Lobosque (1997) afirma a importância do cuidado em Saúde Mental promover um cabimento da loucura no campo social, por meio de um duplo movimento, que envolve o sujeito louco em sua relação com o campo social e o campo social em sua relação com a loucura. Para a autora, trata-se de “[...] convidar o sujeito a sustentar sua diferença, sem precisar excluir-se do social” (LOBOSQUE, 1997, p.22 e 23). Lobosque (1997, p.23) ressalta que “[...] fazer caber o louco na cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento”. Os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos podem contribuir para a produção destes movimentos, conforme observou Silva (2015):

[...] possível apontar que a Reforma Psiquiátrica brasileira [...] tomou a seu encargo, como estratégia de desconstrução da instituição manicomial, a tarefa de “fazer caber a experiência da loucura” na cidade e na cultura. Dessa forma, a mudança na resposta da cidade à loucura que a habita se inicia na e com a saúde e os novos modos de cuidar do homem louco, mas deve necessariamente ultrapassar os muros sanitários para dialogar com a cultura. (SILVA, 2015, p. 123).

Os serviços devem, portanto, produzir modos de cuidado que contribuam para o convívio e para a produção de laços sociais. O acolhimento a pessoas com experiências de vida marcadas por relações sociais muito empobrecidas ou mesmo pela quase ausência de relações sociais justifica a importância de orientar as práticas dos serviços substitutivos para a produção de novas sociabilidades, em uma direção oposta ao isolamento e à exclusão social (LOBOSQUE, 1997; ALVES; GULJOR, 2004). De acordo com Leal e Delgado (2007, p.142): o “[...] cuidado deixa de dizer respeito apenas à doença e passa também a dizer também ao sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da sua relação com o social”. Os autores compreendem que a consideração de conceitos, a princípio, externos ao campo da saúde, como território, rede e cotidiano pode redimensionar o fazer dos serviços substitutivos. O conceito de território refere-se ao “[...] campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e de relações sociais do usuário” (LEAL, DELGADO, 2007, p.142). As redes podem ser compreendidas como os fluxos que se articulam e que se desarticulam no território, que dão sustentação às existências, ainda que provisoriamente. O cotidiano “[...] é o mundo da vida, é o lugar de existência de todos nós” (LEAL, DELGADO, 2007, p.142). Redimensionar a atenção a partir destes conceitos contribui para que os serviços participem do cotidiano, das relações sociais e das experiências de vida das pessoas com sofrimento mental grave.

O campo da Atenção Psicossocial produz, então, dois acréscimos em relação ao campo da Saúde Coletiva, para a produção de práticas de saúde. O primeiro diz respeito à

consideração da articulação da prática clínica a um projeto ético e político. O segundo diz respeito à consideração de elementos da vida “onde ela acontece” nas práticas dos serviços de saúde, que podem contribuir para sustentar e ampliar as possibilidades de inserções, de construção de redes e de relações sociais nos territórios de vida das pessoas com sofrimento mental grave. Consideramos que tais acréscimos servem também para nortear a atenção às pessoas que usam drogas. Atenção que inclui uma clínica necessária diante dos comprometimentos orgânicos e psíquicos apresentados pelas pessoas que usam drogas. Clínica que também deve se articular a um projeto ético e político que busca produzir outro lugar social para as pessoas que usam drogas, diferente daqueles produzidos historicamente pelas políticas de criminalização ou pelos processos de medicalização da experiência do uso de drogas. Compreendemos também que se trata de uma atenção que inclui elementos da vida e do cotidiano das pessoas que usam drogas, tanto para identificar sofrimentos daí advindos (construídos em processos de exclusão, estigmatização e desqualificação social), quanto para a produção de inserções, de redes e da ampliação de suas possibilidades de vida.

3.1.5 As práticas de saúde no SUS às pessoas que usam drogas: a Redução de Danos

Neste item, apresentamos as contribuições da Redução de Danos para a atenção às pessoas que fazem uso de drogas. Buscamos destacar aquilo que essa concepção acrescenta às concepções da Saúde Coletiva e da Atenção Psicossocial.

A Redução de Danos foi considerada como o marco teórico-político do Ministério da Saúde em sua política de atenção às pessoas que usam drogas, publicada no ano de 2003. Esta política partiu da consideração da complexidade das relações entre as pessoas, os contextos e as drogas e dos processos históricos e sociais que favoreceram a condenação moral, a criminalização e a medicalização das pessoas que usam drogas. Buscou produzir rupturas com estes processos e construir novas compreensões e novas formas de cuidado às pessoas que usam drogas.

Para compreender as contribuições da Redução de Danos para as práticas de saúde, retomamos duas de suas experiências inaugurais: o Relatório Roleston, elaborado em 1926, no Reino Unido e as iniciativas de troca de seringas, realizadas por uma associação de usuários de drogas, na Holanda, no início da década de 80 (MESQUISTA, 1998; ANDRADE, 2002; SOUZA; CARVALHO, 2012, PETUCO, 2014). O Relatório Roleston foi elaborado por médicos e introduziu na prática médica a possibilidade de prescrições de uso de drogas para pessoas dependentes de drogas. Segundo Andrade (2002), a recomendação do Relatório

“[...] era de que opiáceos fossem prescritos pelos médicos clínicos para os dependentes de drogas como forma adequada de ajudá-los a levar uma vida mais estável e socialmente útil” (ANDRADE, 2002, p.83). Mesmo que não tenha se transformado em conduta hegemônica, a recomendação do Relatório possibilitou o surgimento de práticas médicas destinadas às pessoas dependentes de drogas, que não se restringiam à produção de abstinência. O Relatório reconheceu as vantagens da regulação do uso de drogas na produção de melhorias na vida dos usuários. A segunda experiência, a de troca de seringas, partiu de pessoas que usavam drogas e que queriam conciliar “[...] o desejo de continuar a usar drogas com a estratégia de cuidados de si e dos outros” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 38). Esta experiência possibilitou o reconhecimento de pessoas usuárias de drogas como cidadãos com direito ao uso e ao cuidado, e também como produtores de estratégias de saúde. Souza e Carvalho (2012) observaram que: “Usuários de drogas falando e agindo em nome próprio, criando estratégias de cuidado que incluem a possibilidade de usar drogas, produziram um curto-circuito frente às políticas hegemônicas que tendem a criminalizá-los” (SOUZA; CARVALHO, 2012, p. 40). Estas experiências contribuíram para produzir modos de atenção em saúde e formas reconhecimento das pessoas que usam drogas diferentes daqueles produzidos pelas políticas repressivas.

A Redução de Danos chegou ao Brasil no fim da década 80, quando ações de prevenção da AIDS começavam a ser desenvolvidas. Em 1992, 24,9% das pessoas portadoras do HIV haviam se contaminado em experiências de uso compartilhado de drogas injetáveis (BRASIL, 1992). Programas preventivos que incluíam troca de seringas foram propostos, mas enfrentaram grandes dificuldades de implantação em um contexto repressivo influenciado pela política de guerra às drogas (MACHADO, 2006a). Mesmo em meio a controvérsias e resistências, alguns projetos foram implantados e produziram modificações nas formas de atenção às pessoas que usam drogas, entre elas, destacamos: acolhimento e estabelecimento de vínculos com usuários nas cenas de uso; promoção de cuidados em saúde sem exigência da abstinência como condição; promoção de formas seguras de uso de drogas; reconhecimento do saber e do protagonismo político dos usuários; ampliação das inserções e redes sociais dos usuários; ampliação das finalidades das ações de saúde. No início dos anos 2000, a Redução de Danos tornou-se um dos marcos teórico-políticos da Política do Ministério da Saúde para a atenção às pessoas que usam drogas, que apresentava coerência com os princípios e as diretrizes do SUS e das políticas de saúde Mental do Brasil (BRASIL, 2003).

A Redução de Danos foi adquirindo diferentes significações no Brasil: estratégia preventiva de saúde pública, modelo de atenção, modo de abordagem, paradigma, marco

teórico-político, ética do cuidado às pessoas que usam drogas (ANDRADE, 2002; BRASIL, 2003; ALVES, 2009a, 2009b; PETUCO, 2011, 2014; SOUZA; CARVALHO, 2012, SOUZA, 2018). Petuco (2011) argumenta a favor da compreensão da Redução de Danos como um paradigma, utiliza uma definição da Associação Brasileira de Redução de Danos para justificá-la. Para o autor, trata-se de “[...] um paradigma que constitui um outro olhar sobre a questão das drogas, instituindo novas tecnologias de intervenção comprometidas com o respeito às diferentes formas de ser e estar no mundo promovendo saúde e cidadania” (PETUCO, 2011, p.128). Nesta definição, estão presentes rupturas com paradigmas hegemônicos, o reconhecimento e o respeito pelas diferenças que marcam as formas de existência das pessoas que usam drogas e a promoção de saúde e cidadania dessas pessoas.

Alves (2009b) ressalta que a Redução de Danos forneceu elementos para a constituição de um modelo de atenção às pessoas que usam drogas, o “modelo de atenção orientado pela Redução de Danos”. Tal modelo se caracteriza pelo reconhecimento do uso de drogas como um fenômeno complexo (determinado por fatores biológicos, socioculturais e psicossociais), pela consideração dos usuários como cidadãos de direito, que podem assumir protagonismo e responsabilidade nas ações de saúde e de cuidado, pelo reconhecimento da necessidade de reduzir as consequências adversas e o sofrimento social associados ao consumo de drogas, pela não exigência da abstinência como condição ou meta exclusiva das ações de saúde, pela valorização das metas intermediárias de redução de riscos e danos e pela utilização de diferentes estratégias de cuidado centradas nas necessidades dos usuários. Tal modelo se diferencia do “modelo de atenção centrado na abstinência”, coerente com as políticas de guerra às drogas, que compreende o uso de drogas como problema moral, crime ou doença e que define a interrupção do uso de drogas como objetivo exclusivo de suas práticas de atenção, alcançada, sobretudo, por meio da internação ou da restrição de liberdade das pessoas usuárias de drogas (ALVES, 2009b).

Petuco (2014) afirma também que a Redução de Danos pode ser compreendida como uma ética do cuidado as pessoas que usam drogas. O autor reconhece que o diferencial da Redução de Danos “[...] não reside em um cardápio de estratégias, mas na capacidade de operar de modo não prescritivo, não colocando a abstinência como um único objetivo” (PETUCO, 2014, p.146).

A presença da Redução de Danos em serviços de atenção às pessoas que usam drogas se dá em meio a incompreensões, discordâncias, resistências e também em meio a apropriações, concordâncias e invenções (ALVES, 2009b; MARTINS, 2015; TRINDADE-FILHO, 2018). Mesmo em serviços do SUS, como os Caps AD, que deveriam adotá-la

diretriz, não há consensos sobre o que é trabalhar sob a lógica da Redução de Danos. Muitas vezes, é por meio de uma relação de oposição à abstinência que a Redução de Danos é compreendida. A este respeito, Souza e Carvalho (2012) afirmam que ao compreendê-las como polos opostos e antagônicos, a abstinência poderia significar o “Não às drogas” e a Redução de Danos o “Sim às drogas”. O “nada vale” ou “nada pode” em oposição ao “valeduto” ou “pode-tudo”, o que reduz a possibilidade de considerar as inúmeras experiências de envolvimento com drogas, bem como as diferentes mudanças que podem ser construídas nos espaços de saúde, nos encontros entre trabalhadores e usuários. Os autores afirmam ainda que reduzir danos não corresponde a um “vale tudo”, mas à possibilidade de “[...] fazer surgir novas regras diferentes da regra da abstinência e atrelar a saúde a uma terceira via que possibilite escapar do esquema jurídico do contra ou a favor, do lícito e ilícito” (SOUZA; CARVALHO 2012 p.41). No campo da atenção em saúde, não caberia aos trabalhadores, portanto, se posicionar em um desses polos, mas construir outras possibilidades de se relacionar, de ter contato com os usuários e com suas experiências de uso e de contribuir para minimizar os danos a elas associados. Nem o combate às drogas, nem a simples aceitação, mas uma construção “[...] para que a vida que se expressa na relação com as drogas possa criar novas regras que podem ou não incluir as drogas” (SOUZA; CARVALHO, 2012 p.54).

De maneira sintética, podemos afirmar que são contribuições da Redução de Danos para o campo da atenção a usuários de drogas: o reconhecimento e o respeito às diferenças que marcam as formas de existência das pessoas que usam drogas, o reconhecimento da existência de formas seguras e não prejudiciais de uso de drogas, a possibilidade de fazer uma gestão do uso de drogas, o reconhecimento de cidadania das pessoas que usam drogas, a valorização dos saberes, da responsabilização e do protagonismo das pessoas que usam drogas na produção do cuidado em saúde, o reconhecimento de que a abstinência não é condição nem finalidade exclusiva das ações de saúde, a possibilidade de construção de novas regras para a vida das pessoas usuários de drogas, que podem incluir as drogas ou não.

3.1.6 Síntese

No Quadro 1, apresentamos a síntese das contribuições da Saúde Coletiva, da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos que compõem o campo da atenção à saúde das pessoas que usam drogas e que serão consideradas na análise do material empírico da pesquisa.

QUADRO 1: Síntese das contribuições dos campos teórico-conceituais propostos pelo Ministério da Saúde para atenção às pessoas que usam drogas, no período 2002-2015.

Campo teórico-conceitual	Contribuições para as práticas de atenção à saúde das pessoas usuárias de drogas
Saúde Coletiva	<p>Consideração dos sujeitos que se apresentam nos serviços de saúde como pessoas marcadas por suas condições concretas de existência, que apresentam sofrimentos, problemas de saúde ou doenças;</p> <p>Reconhecimento das diferenças entre as pessoas, bem como o respeito a essas diferenças nas ações de saúde;</p> <p>Consideração das relações entre trabalhadores e usuários como relações entre intersubjetivas, mediadas por diferentes racionalidades (tecnológica e da práxis), por diferentes saberes (técnicos, éticos, advindos das experiências, dos próprios sujeitos), afetos, interesses, desejos e valores;</p> <p>Importância de assegurar nas práticas de saúde aquilo que poderá favorecer a dimensão humana dos atos assistenciais: acolhimento, escuta, diálogo, vínculo e responsabilização;</p> <p>Construção de projetos que produzam mudanças, compreendidas como experiências valorizadas positivamente pelas pessoas que se dirigem aos serviços.</p> <p>Promoção da ampliação da autonomia.</p>
Atenção Psicossocial	<p>Necessidade de uma clínica articulada a um projeto ético e político, contrário à exclusão e à segregação social de pessoas que possuem formas singulares de existência;</p> <p>Produção de sociabilidades que incluam, reconheçam e respeitem formas singulares de existência.</p>
Redução de Danos	<p>Respeito às diferenças que marcam as formas de existência e à cidadania das pessoas que usam drogas;</p> <p>Reconhecimento de que a abstinência não pode ser condição nem finalidade exclusivas das práticas de saúde;</p> <p>Possibilidade de gestão do uso de drogas (uso seguro, uso não prejudicial, redução do uso, abstinência etc.);</p> <p>Valorização dos saberes, da responsabilização e do protagonismo das pessoas que usam drogas na produção do cuidado em saúde;</p> <p>Possibilidade de pessoas usuárias de drogas produzirem novas regras para a vida, que podem incluir as drogas ou não.</p>

FONTE: Elaborado pela autora.

3.2 As necessidades de saúde

O campo da Saúde Coletiva favorece uma ampliação da compreensão sobre as necessidades e as demandas de saúde das pessoas que usam drogas, ao considerar a presença de elementos estruturais, sociais, biológicos e subjetivos nos processos de produção de saúde/doença-sofrimento/ cuidado. Esta diversidade de elementos pode se expressar nas necessidades e demandas que são dirigidas individualmente aos serviços de saúde, conforme aponta Cecílio (2016). O autor ressalta a importância de considerar sempre aquilo que as pessoas apresentam como necessidades ou demandas, mesmo reconhecendo que elas não se restringem a aspectos subjetivos ou individuais. Para o autor, trata-se de:

[...] “colocar a ponta do compasso” na pessoa em situação de adoecimento e/ou fragilidade como tarefa central da equipe/trabalhador de saúde, e como sentido ético-político maior dos serviços de saúde, permite ou exige que se vá abrindo círculos cada vez mais amplos, produzindo um movimento que parte do singular/individual para o mais geral. Da pessoa doente ou em situação de fragilidade e/ou perda de alguma autonomia, abre-se imediatamente a relação equipe/paciente [...], e abrem-se as tensões decorrentes da institucionalização crescente e irreversível das práticas de saúde, e abrem-se as complexas e necessárias redes de atenção que têm a tarefa nada fácil de produzir alguma integração entre serviços que atuam com lógicas tão diferentes, sem desconsiderar os contraditórios interesses públicos e privados. E poderíamos ir abrindo novos círculos - a ponta do compasso posta naquele que busca o cuidado -, de modo que, afinal, abriríamos o “círculo mais externo”, o contexto da Sociedade em que o cuidado é produzido. (CECÍLIO, 2016, p.77).

Outros autores do campo da Saúde Coletiva ressaltam a importância de se produzir, nos serviços de saúde, leituras e escutas que permitam identificar necessidades de saúde diferentes daquelas identificadas pelo saber biomédico (AYRES, 2009; MERHY; FEUERWERKER, 2016, PINHEIRO et al.2013). Luz (2004), a partir de uma perspectiva estrutural, afirma que as pessoas recorrem aos serviços de saúde em busca da recomposição de valores de solidariedade, convivência e sociabilidade que, na sociedade capitalista, foram substituídos por valores como competitividade, produtividade e individualismo. Ou seja, as pessoas buscam no serviço o que deixaram de encontrar no campo social. Cecílio e Matsumoto (2006) apresentam uma taxonomia das necessidades em saúde que considera fatores diferenciados, ainda que interligados, que transcendem a necessidade de atenção em serviços de saúde: ter boas condições de vidas, criar vínculos com os trabalhadores do sistema de saúde, ter acesso às tecnologias de saúde necessárias e também construir autonomia. Merhy e Feuerwerker (2016) reconhecem a importância da ampliação do olhar e da escuta para que trabalhadores possam compreender a complexidade das vidas e dos sofrimentos dos usuários nos encontros que acontecem nos serviços de saúde. Lacerda e Valla (2004) afirmam que é necessário incluir as pessoas na compreensão do que necessitam em situações de sofrimento e de adoecimento. Os autores afirmam que ainda que tais situações tenham uma

determinação social, elas se expressam individualmente, portanto, é necessário acolher e escutar as pessoas. Pinheiro propõe que a demanda por cuidado seja reconhecida como uma demanda pelo direito humano à saúde e pelo direito de cada um de ser reconhecido em suas diferenças que se relacionam a “[...] aspectos socioculturais e aqueles de caráter físico-biológicos, relacionados a deficiências ou patologias” (PINHEIRO, 2010, p.22). Ayres afirma que processos de vulnerabilização, que produzem o “não reconhecimento” ou o desrespeito, têm consequências danosas para os sujeitos. Eles expressam as fragilidades éticas e políticas sobre as quais se assentam as relações sociais. A esses processos podem se associar déficits de saúde, de cidadania, de inclusão e de reconhecimento que justificam a necessidade do cuidado nas práticas de saúde (AYRES, 2011). Pinheiro e colaboradores afirmam que a demanda não pode ser compreendida como produção exclusiva de quem procura o serviço, mas como uma “[...] produção de saberes e práticas em permanentes disputas, que envolvem diferentes sujeitos nos diversos espaços/territórios onde estão inseridos” (PINHEIRO et al., 2013, p.50). Introduz, portanto, a dimensão do poder na definição do que se compreende e do que se oferta nas práticas dos serviços.

Neste estudo, compreendemos, portanto, as necessidades e as demandas de saúde a partir de uma concepção ampliada do processo de produção de saúde/adoecimento-sofrimento/cuidado.

3.3 A política de saúde e as propostas de atenção dos Caps AD

Neste item, apresentamos a proposta de atenção para os Caps AD, presente na política do Ministério da Saúde para atenção às pessoas usuárias de drogas, estabelecida entre os anos 2002 e 2015, cujos princípios e diretrizes originaram nas experiências de construção do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e dos Programas de Prevenção à AIDS. Tal proposta, desde a sua formulação, tem sido objeto de muitas disputas e discordâncias que envolvem aspectos éticos, técnicos e políticos. Sem desconhecer que a atenção às pessoas que usam drogas constitui-se no Brasil como um campo marcado por muitas disputas de poder, conforme aponta Petuco (2016), consideramos nas análises realizadas neste estudo o modo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde, entre os anos 2002 e 2015, que serviam como orientadores das práticas dos Caps AD pesquisados.

3.3.1 Os Caps AD

Os Caps AD foram criados por meio da Portaria MS n. 336 de 2002 para prestar atenção psicossocial a “[...] pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de

substâncias psicoativas” (BRASIL, 2002a). Estes serviços buscaram inaugurar uma forma de atenção no sistema público de saúde, que pudesse se diferenciar daquela que os usuários recebiam até então, quase sempre restritas ao atendimento em serviços de urgência dos hospitais gerais ou às internações em hospitais psiquiátricos.

Quando propôs a criação dos Caps AD, o Ministério da Saúde considerou o uso, abuso e a dependência de drogas como fenômenos complexos que não deveriam ser abordados exclusivamente pelo setor saúde e por uma concepção médico-psiquiátrica. A Atenção Psicossocial, já adotada no SUS no campo da atenção às pessoas com sofrimentos mentais graves, passou também a ser proposta como orientador das práticas destinadas às pessoas em uso prejudicial ou dependentes de drogas. Além da Atenção Psicossocial, os Caps AD deveriam se orientar também por uma concepção ampliada de Redução de Danos. Estes serviços foram implantados em meio a desafios teóricos, técnicos, éticos e políticos que envolviam e ainda envolvem a sustentação de uma proposta contra hegemônica e a invenção de práticas de atenção às pessoas usuárias de drogas. Entre os anos 2002 e 2015, o MS publicou vários documentos técnicos buscando subsidiar a construção dessas práticas. Buscaremos identificar, nestes documentos, o modo de atenção que os Caps AD deveriam adotar.

a) Definições de Caps AD

O Caps AD II foi definido na Portaria MS n.336/2002 como um serviço comunitário de atenção diária, com funcionamento entre 08:00 e 18:00, referência para uma população de 70.000 a 200.000 habitantes, com equipe multiprofissional formada por psiquiatra, médico clínico geral, enfermeiro, outros profissionais de nível superior como terapeuta ocupacional, pedagogo, psicólogo e assistente social e técnicos de nível médio como técnico administrativo, de enfermagem e artesão.

Em 2010, a Portaria MS n.2841 criou o Caps AD III e o definiu como um serviço de atenção integral e contínua, com funcionamento nas 24 horas, inclusive feriados e finais de semana, que deveria ser retaguarda para 200.000 pessoas. A Portaria MS n. 130/2012, a última publicada que mantém a lógica de atenção original dos Caps AD, definiu o Caps AD III como:

[...] o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (BRASIL, 2012).

A Portaria definiu ainda que o CAPS AD III deveria se constituir como referência de atenção para uma região de saúde com população de 200 a 300 mil habitantes.

b) Caps AD para quem?

Nos documentos do MS, as pessoas que deveriam ser atendidas nos Caps AD receberam diferentes nomeações. Os primeiros documentos apresentam nomeações mais próximas das concepções médicos-psiquiátricas, tais como “pacientes com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas” e “dependentes químicos”, conforme Portaria MS 336/2002. Na “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, publicada em 2003, além dessas, outra nomeação surgiu “pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas”. Nas Portarias MS n.3088/2011 e n.130/2012 e no “Guia Estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas”, publicado no ano de 2015, encontramos outras nomeações, como “pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas”, “pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas” ou “pessoas que usam drogas e que se encontram situações de vulnerabilidades individuais, sociais e comunitárias”. Podemos perceber que o Ministério da Saúde parte de uma nomeação mais próxima da concepção médico-psiquiátrica, que destaca a dimensão patológica das relações que as pessoas estabelecem com as drogas e produz novas nomeações que buscam expressar a complexidade presente nestas relações. As mudanças nas nomeações são coerentes com as concepções do campo da Saúde Coletiva, da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos que permitem considerar que o conceito de dependente de drogas ou de dependente químico não é suficiente para compreender uma pessoa que tem a experiência do uso de drogas e que apresenta problemas, sofrimentos ou danos. Há, nos documentos do Ministério da Saúde, o reconhecimento de que as pessoas que recorrem aos Caps AD não são necessariamente doentes, são pessoas que apresentam problemas, danos e sofrimentos que podem ser associados ao uso de drogas e que justificam a necessidade de atenção em serviços de saúde.

c) Concepções, princípios e finalidades da atenção nos Caps AD

Na Portaria MS 336/2002, o Ministério da Saúde propôs que o Caps AD adotasse uma lógica comunitária, ofertasse uma atenção diversa com práticas clínicas e de inserção social e

que assumisse a responsabilidade sanitária pelos usuários e pelos problemas de saúde associados ao uso de drogas em um território.

A Portaria MS n.816/2002 propôs que o Caps AD ofertasse atenção de maneira articulada com a rede de serviços de saúde e também com outros setores, de maneira a favorecer a reabilitação e a reinserção social dos usuários.

No documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (2003), o MS partiu da crítica a uma abordagem predominantemente médico-psiquiátrica e propôs que os Caps AD realizassem acolhimento e cuidado territorializados, construíssem projetos terapêuticos singulares, flexíveis e de baixa exigência adequados às necessidades de cada usuário, que não exigem a abstinência como condição ou meta exclusiva. De acordo com o MS:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (BRASIL, 2003, p.10).

Na Política, a atenção proposta incluía também a ampliação do grau de liberdade, de corresponsabilidade e de vínculo, a ampliação do acesso, a criação de redes de suporte social, a conquista de autonomia, a oferta de uma prática clínica e política, a ênfase na reabilitação e na reinserção social e a intersetorialidade.

O Documento Técnico “Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial”, publicado em 2004, reafirmou que os Caps deveriam realizar tarefas clínicas e de reinserção social, afirmou a necessidade de invenção de novas teorias e práticas para sustentá-las, bem como a importância de articulação com outros pontos da rede para produzir respostas às diferentes demandas acolhidas.

A Portaria MS n. 3088/ 2011 criou a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) formada por componentes da atenção básica, da atenção psicossocial especializada, da atenção de urgência e emergência, da atenção residencial de caráter transitório, da atenção hospitalar, da estratégia de desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. Definiu também princípios e diretrizes da Raps, que deveriam ser adotados pelos seus pontos de atenção, inclusive os Caps AD: respeito aos direitos humanos, garantia da autonomia e da liberdade das pessoas; promoção da equidade; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços; oferta de cuidado integral e de assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação

das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social, a promoção de autonomia e o exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; atenção de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada; estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; promoção de estratégias de educação permanente; desenvolvimento da lógica do cuidado, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A Portaria MS n.130 /2012 apresentou diretrizes e finalidades para orientar as práticas dos Caps AD III. O serviço deveria: ofertar atenção contínua; ser referência de cuidado e proteção para usuários em situações de crise e de maior gravidade (recaídas, abstinência, ameaças de morte, etc.); construir projetos terapêuticos singulares de forma compartilhada para promover e ampliar as possibilidades de vida; regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno, com base em critérios clínicos e/ou em critérios psicossociais; promover inserção, proteção e suporte de grupo em processos de reabilitação psicossocial; adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo às tecnologias de baixa exigência, tais como acomodação dos horários, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc.); orientar-se pelos princípios da Redução de Danos. Observa-se nesta Portaria, de forma mais explícita, a inclusão de aspectos psicossociais na definição das situações de crise, nos critérios de utilização do acolhimento noturno e na construção do projeto terapêutico, bem como a consideração de conceitos utilizados no campo da Saúde coletiva, como necessidades, cuidado e defesa da vida. Conceitos advindos da abordagem médico-psiquiátrica, como recaída, abstinência e desintoxicação, permanecem presentes.

No documento intitulado “Guia Estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas” (2015), o MS propôs mais uma vez que a concepção de Redução de Danos fosse adotada como princípio ético do cuidado às pessoas usuárias de drogas, que deveria se basear na defesa da vida, na cidadania e no respeito aos direitos humanos. De acordo com o documento: “A Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas” (BRASIL, 2015, p.39). O documento afirmou também que a RD não deve ser adotada como uma estratégia isolada, mas deve se constituir como uma lógica de cuidado, possibilitando práticas de baixa exigência, a corresponsabilização, o acolhimento incondicional, a construção de estratégias singulares de atenção, o diálogo de saberes na

definição de práticas, a reinserção social, a ampliação das possibilidades de cuidado e de construção de novos projetos de vida. O documento apresenta os princípios para o cuidado às pessoas que usam drogas: acolhimento; escuta qualificada; vínculo; baixa exigência e redução de danos; atitude dialógica na construção do caso e do Projeto Terapêutico Singular; respeito aos direitos, às necessidades, à autonomia e à dignidade dos usuários; integralidade do cuidado.

Este conjunto de concepções, princípios e finalidades presentes nos documentos do MS permitem compreender o Caps AD como campo de múltiplas práticas que articula e convoca diferentes saberes.

d) Práticas dos Caps AD

Na Portaria n. 336/2002, estão previstas as práticas de atenção diária que o Caps AD deveria ofertar: a permanência no serviço em um ou dois turnos, o atendimento individual, atendimento em grupo, o atendimento em oficinas terapêuticas, as visitas e atendimentos domiciliares, o atendimento à família, as atividades comunitárias, o atendimento de desintoxicação e a oferta de alimentação. Além de práticas assistenciais, o Caps AD deveria também desenvolver práticas de organização da rede de atenção a usuários de drogas, com a supervisão de serviços de atenção básica, a organização de informações e o cadastramento de usuários de medicamentos especiais em seu território de abrangência.

A Portaria MS n.816/2002 incluiu a orientação profissional, o suporte medicamentoso psicoterápico nas práticas do Caps AD.

A Portaria MS n.305/2002 propôs a realização de atividades educativas e preventivas no serviço e na comunidade, além do acolhimento, observação, repouso e desintoxicação para usuários em quadros não severos de abstinência.

A Portaria MS n.2841/2010 definiu, como práticas do Caps AD III, o acolhimento noturno em no máximo 12 leitos, as intervenções em situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave).

A Portaria MS n.3088/ 2011 definiu que as atividades dos Caps deveriam ser realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, oficinas, assembleias) e que os Projetos Terapêuticos Individuais deveriam ser construídos de forma compartilhada pela equipe, pelo usuário e por sua família.

A Portaria MS n. 130/2012 reafirmou a importância do acolhimento de casos novos no período de 07 às 19 horas, da definição de profissionais de referência para cada usuário e da construção de projetos terapêuticos singulares que promovam e ampliem as possibilidades de

vida. A Portaria definiu compromissos práticos que os Caps AD deveriam adotar para favorecer a atenção integral: trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento; garantir acesso para clientela referenciada; responsabilizar-se pelos casos; realizar atendimentos individuais, atendimentos psicoterápicos e de orientação; ofertar medicação assistida e dispensada; realizar grupos (psicoterapia, grupos operativos e atividades de suporte social); realizar oficinas terapêuticas; realizar visitas e atendimentos domiciliares; realizar atendimentos a familiares, individual e em grupo; realizar atividades de reabilitação psicossocial (construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais); estimular o protagonismo dos usuários e familiares (atividades participativas e de controle social, assembleias, diálogos sobre as políticas públicas e a defesa de direitos no território); disponibilizar refeições diárias aos usuários (BRASIL, 2012). A Portaria propôs também a participação no Caps AD III em práticas compartilhadas de cuidado: com o hospital geral, em quadros de abstinência, intoxicação aguda e outros agravos clínicos; com outros serviços de saúde, na atenção às comorbidades psiquiátricas ou clínicas; com a Atenção Básica; com a rede de atenção às urgências e emergências, especialmente com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; com a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Nos documentos e normatizações do MS, foi se definido o compromisso dos Caps AD com a produção da atenção integral às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas. Deste compromisso decorre a necessidade de articular redes e compartilhar cuidados. O Caps AD deveria, portanto, manter-se aberto e disponível ao acolhimento das pessoas que a ele recorrem e à articulação e compartilhamento de cuidado com outros serviços.

e) Síntese

No Quadro 2, apresentamos uma síntese da proposta do Ministério da Saúde, elaborada entre os anos 2002 e 2015, para a atenção em Caps AD III, que corresponde à modalidade dos Caps pesquisados neste estudo.

QUADRO 2: Proposições do Ministério da Saúde para a atenção no Caps AD III, no período 2002-2015.

Definição	Serviço de atenção integral e contínua, que pode ser retaguarda para um grupo populacional de 200 mil a 300 mil habitantes, com equipe multiprofissional e funcionamento de 24 horas/dia
Público	Pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em situações de vulnerabilidades individuais, sociais e comunitárias.
Finalidades	Ofertar atenção psicossocial; Ofertar cuidado e proteção em situações de crise e de maior gravidade (clínica e psicossocial) Realizar atendimentos clínicos; Contribuir para a promoção de cidadania, da reinserção social e da reabilitação psicossocial; Reduzir danos; Ampliar as possibilidades de vida para os usuários.
Diretrizes e princípios	Acolhimento, escuta e vínculo; Ampliação do acesso; Lógica territorial e comunitária, Ampliação do grau de liberdade, de autonomia e de corresponsabilidade; Construção de projetos terapêuticos singulares, flexíveis, de menor exigência e adequados às necessidades e com a participação dos usuários; Redução de Danos; Respeito aos direitos humanos; Combate a estigmas e preconceitos; Diálogo de saberes na definição das práticas; Diversificação das estratégias de cuidado; Atenção em redes para garantir a integralidade do cuidado.
Práticas	Plantões diários de acolhimento; Observação, repouso e desintoxicação para usuários em quadros não severos de abstinência; Permanência diurna; Hospitalidade noturna; Atividades coletivas (grupos operativos, oficinas terapêuticas, psicoterapia, assembleias; atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos nos territórios); Atendimento individual médico, psicoterápico e de orientação, dentre outros; Medicação assistida; Oferta de refeições diárias aos pacientes assistidos; Visitas e atendimentos domiciliares; Atividades de reabilitação psicossocial, tais como alfabetização ou reinserção escolar, o acesso à vida cultural, o manejo de moeda corrente, o autocuidado, o manejo de medicação, a inclusão pelo trabalho, a ampliação de redes sociais, dentre outros; Atendimento à família, individual e em grupo; Compartilhamento de cuidado com outros serviços de saúde e com outros setores.

FONTE: Elaborado pela autora.

4 METODOLOGIA

Apresentamos, neste item, o caminho que realizamos para conhecer a realidade das práticas de atenção dos Caps AD. Minayo ressalta que a construção da metodologia implica em um “[...] forte debate de ideias, de opções e de práticas” (MINAYO, 2014, p.44). Trata-se, portanto de um processo que envolve visões de mundo e escolhas dos pesquisadores, que devem ser explicitadas para favorecer o diálogo entre diferentes produções científicas, sempre parciais, nunca dotadas de neutralidade.

Optamos pela realização de uma pesquisa social, pois consideramos as práticas dos Caps AD objetos históricos e sociais. Considerar a historicidade dessas práticas implica em situá-las em um determinado tempo e espaço, em compreendê-las como mutáveis com marcas do passado e com possibilidade de projeção no futuro, “[...] numa reconstrução constante do que está dado e do novo que surge” (MINAYO, 2014, p.39). Considerar as práticas do Caps AD como práticas sociais implica em compreendê-las a partir dos contextos e das interações sociais em que são produzidas. Optamos por compreender as práticas a partir das pessoas que as produzem. Escolhemos técnicas de pesquisa que permitissem aproximar das vivências e experiências destas pessoas. Tais considerações justificam a nossa segunda opção metodológica: a realização de uma abordagem qualitativa da realidade das práticas dos Caps AD. Ou seja, optamos por uma modalidade de pesquisa que considerasse “[...] o indissociável imbricamento entre subjetivo e objetivo, entre atores sociais e investigadores, entre fatos e significados, entre estruturas e representações” (MINAYO, 2014, p.60). Adotamos, como decorrência, a tarefa de interpretar “[...] o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto a interpretação das práticas” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p.197). Propusemos, então, interpretar as práticas dos Caps AD a partir dos significados que usuários, familiares, trabalhadores, gerentes e gestores atribuem a elas. Realizamos um exercício interpretativo do cotidiano dos serviços atento ao compromisso ético de fidelidade, buscando compreender sua estrutura, práxis e sua lógica social, como propõem Deslandes e Gomes (2004). A opção pela pesquisa social qualitativa expressa também nossa concordância com a provisoriade, a incompletude e o caráter aproximativo do conhecimento produzido sobre a realidade (MINAYO, 2014). Nossa intenção foi produzir uma aproximação com a realidade das práticas dos Caps AD, mas não a verdade sobre estas práticas.

4.1 O “pensar” a pesquisa

Desde o momento inicial da pesquisa, consideramos que seria de fundamental

importância assegurar a participação dos diferentes sujeitos que produzem as práticas dos Caps AD para que pudéssemos alcançar nossos objetivos. Queríamos compreender melhor o que os usuários buscam nos serviços, o que os trabalhadores têm produzido como práticas, quais as relações destas práticas com as políticas de saúde da área de álcool e drogas e quais as contribuições destas práticas para a vida das pessoas que usam drogas. Partíamos do pressuposto de que as várias pesquisas realizadas e as inúmeras críticas feitas aos Caps AD não permitiam compreender de maneira suficiente o que tem sido produzido nestes serviços. Partíamos do pressuposto de que algo permanecia fora do alcance do conhecimento já produzido.

A partir das contribuições de Santos (2007) e de Ayres (2008), este pressuposto que advinha de nossas reflexões e de nossa experiência de cerca de vinte anos de trabalho na área, puderam ser traduzidos em uma questão epistemológica. Santos (2007) contribui para compreender que alguns conhecimentos são intencionalmente mantidos fora do campo da produção científica. O autor utiliza o termo “sociologia das ausências” que nos auxilia na compreensão de que a ausência de um certo tipo de produção científica é ativamente produzida. Santos (2007) ressalta que muito pouco é produzido a partir da experiência do presente, há um “desperdício da experiência”. O autor recorre aos processos de produção de conhecimento para demonstrar que um apego ao conhecimento produzido no passado dificulta o conhecimento do presente. O autor observa ainda que o conhecimento produzido no passado no campo das ciências sociais é, sobretudo, um conhecimento europeu. Ou seja, buscamos compreender o presente a partir de uma produção teórica feita no passado, sobretudo no hemisfério norte. Santos (2007) destaca também que, na produção de conhecimento científico, a força da ideia de progresso na racionalidade moderna direciona a atenção para o futuro, para o que se pode alcançar. Para o autor, o presente está sempre contraído, é preciso alargá-lo e produzir conhecimentos a partir do que nele emerge. Santos (2007) propõe, então, uma sociologia das emergências que considere a experiência do presente e a produção teórica que dela possa advir. Tanto a sociologia das ausências quanto a sociologia das emergências nos inspiraram no planejamento da pesquisa que realizamos. Consideramos que há uma ausência importante na produção de conhecimento sobre o presente da atenção às pessoas que usam drogas - viabilizado por projetos, práticas e serviços realizados no Brasil a partir da década de 90 e por políticas formuladas e implantadas a partir dos anos 2000. Esta ausência de conhecimento parece ter sido favorecida pela falta de referenciais no campo de álcool e drogas para compreender as práticas produzidas a partir dos princípios e diretrizes que as orientam. Adotamos o pressuposto de que as práticas dos Caps AD têm produzido inovações

que ainda não foram formalizadas ou sistematizadas por meio da produção científica.

A contribuição de Ayres (2008) para pensar esta pesquisa relaciona-se com a necessidade, apontada pelo autor, de desenvolver análises ou avaliações da atenção em saúde que não se restrinjam à consideração de seu êxito técnico. O autor ressalta a importância de considerar também o sucesso prático que eventualmente possam produzir. Na atenção às pessoas que usam drogas, que se desenvolve em um contexto em que predominam tentativas de controle político-legal-moral, o êxito técnico de uma prática de saúde é frequentemente associado à interrupção do consumo de drogas. A partir das contribuições de Ayres (2008), compreendemos a importância de analisar o sucesso prático dessa atenção, ou seja, aquilo que a atenção nos Caps AD pode produzir e que diz respeito a um ganho ético, à produção de cuidado, de sociabilidades, de autonomia e de ampliação das possibilidades de saúde e de vida. O autor nos convida a refletir sobre o alcance das práticas de atenção em saúde no reconhecimento da condição humana, singular e cidadã das pessoas que usam drogas.

A partir destas considerações, propusemos a realização de uma pesquisa social, qualitativa, inspirada na Hermenêutica-Dialética. Minayo (2014) afirma que a Hermenêutica-Dialética favorece a produção de uma racionalidade sobre os processos sociais, que envolve a síntese dos processos compreensivos e críticos. Apesar das diferenças, essas correntes de pensamento contribuem para delimitar a tarefa interpretativa, identificando os atos que a compõem: o compreender e o criticar.

A Hermenêutica se ocupa da interpretação e da compreensão e tem na linguagem e na comunicação seus elementos principais, que se tornam possíveis a partir da “[...] capacidade de colocar-se a si mesmo no lugar do outro” (MINAYO, 2002, p.84). A interpretação e a compreensão não são produções de um sujeito, são decorrentes de relações intersubjetivas que também pertencem “[...] ao ser do que é compreendido” (MINAYO, 2002, p.85). A compreensão, entretanto, não significa apenas identificar ideias, planos e vontades de outros. Pressupõe também interpretá-los a partir da análise de contexto, da cultura e da história que expressam estruturas, vivências, significados e símbolos transformados em consensos ao longo de um tempo. Por meio da interpretação e da compreensão, pode-se chegar a um entendimento ou a um não entendimento, já que a linguagem que é seu principal substrato, nem sempre é transparente em si mesma (Minayo, 2002). Importante destacar que a tarefa hermenêutica não é própria da ciência, ela faz parte da experiência humana em geral (GOMES, 2014).

Já a Dialética, segundo Minayo (2002), busca na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos contraditórios e obscuros da realidade social, elementos necessários para a

produção de crítica. A Dialética parte do pressuposto de que os processos sociais estão em permanente mudança provocada por contradições que neles são geradas, têm a marca da provisoriedade. Minayo, a partir das contribuições de Marx, contribui para a compreensão da perspectiva dialética ao afirmar que “[...] do ponto de vista da história, nada existe de eterno, fixo, absoluto e que, portanto, não existem nem ideias, nem instituições nem categorias estáticas” (MINAYO, 2002, p.95).

Minayo (2002) reconhece que as proximidades e as distâncias entre Hermenêutica e Dialética podem se articular em relações de complementaridade que ampliam a perspectiva compreensiva da abordagem qualitativa da pesquisa social:

Ao mostrar como a primeira realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade na qual ocorrem, resalto que suas limitações podem ser fortemente compensadas pelas propostas do método dialético. A dialética, por sua vez, ao sublinhar a dissensão, a mudança e os macroprocessos, pode ser fartamente beneficiada pelo movimento hermenêutico, que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade. Enquanto a práxis hermenêutica, assentada no presente, penetra no sentido do passado, da tradição, do outro, do diferente, buscando alcançar o sentido das mais diversas formas de texto, a dialética se dirige contra seu tempo. Enfatiza a diferença, o contraste, a dissensão e a ruptura de sentido. (MINAYO, 2002, p.103-104).

O referencial teórico-metodológico da Hermenêutica- Dialética nos conduziu na construção de um percurso metodológico que buscou compreender e criticar as práticas de atenção realizadas nos Caps AD. Buscamos identificar os consensos, os dissensos e as contradições que se fazem presentes no cotidiano dos Caps AD. Propusemos a utilização de diferentes técnicas - entrevista semiestruturada, grupos focais e observação participante - que pudessem favorecer o encontro com os diferentes sujeitos participantes e com suas interpretações sobre as práticas de atenção que vivenciam e produzem nos serviços.

A entrevista semiestruturada pode ser compreendida como propõe Minayo (2014), como uma conversa com finalidade. Ela serve à “[...] construção de informações pertinentes a determinado objeto de investigação” (MINAYO; COSTA, 2018, p.141). As entrevistas são processos de comunicação verbal que podem contribuir para revelar e também para omitir dados. Sempre que possível, as entrevistas devem ser acompanhadas por outras técnicas de pesquisa. As entrevistas individuais devem ser realizadas quando os sujeitos participantes possuem experiências e vivências singulares relevantes para a produção de dados sobre o objeto investigado (MINAYO; COSTA, 2018). Nesta pesquisa, as entrevistas individuais foram realizadas com gerentes de Caps AD e com gestores de Saúde Mental do município de Belo Horizonte. Optamos pela realização de entrevistas semiestruturadas, que podem proporcionar a reflexão livre dos entrevistados a partir de elementos relacionado com os objetivos da pesquisa.

O grupo focal é um tipo de conversa ou entrevista que acontece em pequenos grupos. Ele produz informações a partir da interação e comunicação dos sujeitos participantes, pode revelar as percepções, crenças e atitudes sobre um tema, produto ou serviço, bem como os consensos e os dissensos a eles relacionados (KIND, 2004; TRAD, 2009; MINAYO, 2014). As informações produzidas são essencialmente qualitativas (NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002). Na composição do grupo, os sujeitos participantes devem ser homogêneos em relação a uma característica considerada fundamental para a produção das percepções sobre o tema discutido (TRAD, 2009). Nesta pesquisa, os grupos foram definidos a partir da inserção dos sujeitos participantes nos serviços como trabalhadores ou usuários ou familiares. Buscamos favorecer a interação e a fala em debate (NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

A observação participante permite um modo de aproximação com a realidade da vida diferente daquele produzido pelas outras técnicas. Minayo e Costa (2018) destacam as contribuições do antropólogo Malinowsk na definição do método e das técnicas de observação, que permitem ao pesquisador estar presente em espaços onde a vida acontece, onde “a vida palpita”. Minayo e Costa (2018) destacam também a importância do sociólogo Schütz na compreensão da importância do pesquisador qualitativo ir ao campo. Para este autor, a observação pode permitir ao pesquisador despir-se da postura de quem sabe e buscar o entendimento dos princípios gerais da vida cotidiana dos entrevistados (MINAYO; COSTA, 2018). Nesta pesquisa, buscamos nos posicionar como participante-observador. Os sujeitos observados foram informados que nossa inserção no campo tinha uma finalidade definida e que participaríamos das diferentes atividades dos Caps AD durante um período determinado.

Em relação ao material produzido na pesquisa qualitativa, Minayo (2012) ressalta que ele corresponde às experiências e vivências dos sujeitos participantes e expressam um tipo de conhecimento delas decorrente, o senso-comum. As experiências dizem respeito “[...] ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza” (MINAYO, 2012, p. 622). As vivências dizem respeito às reflexões pessoais construídas a partir das experiências. O senso-comum se constitui, então, por “[...] opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir” (MINAYO, 2012, p. 622). A produção de conhecimento realizada a partir de uma pesquisa deve partir do senso-comum, mas ir além. Minayo (2012) propõe que ele seja compreendido, interpretado e dialetizado, a partir de outros conhecimentos.

Na análise do material produzido na pesquisa, utilizamos também as contribuições da hermenêutica-dialética na realização de dois movimentos. O primeiro que permitiu a apropriação e organização dos dados primários e o segundo que consistiu na contextualização,

crítica, comparação e triangulação dos dados primários (GOMES et al., 2005).

Na realização do primeiro movimento analítico, consideramos as etapas apresentadas por Gomes et al. (2005) que envolvem:

- a. Transcrição das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais.
- b. Organização dos materiais de acordo com as formas pelas quais foram produzidos (entrevistas individuais, grupos focais, observação participante).
- c. Elaboração de estruturas de análise, a partir da classificação tipo de sujeito/ tipo de material.

Esta primeira etapa permite uma ordenação dos dados e fornece o que Minayo (2014) denominou de mapa horizontal das descobertas do campo.

Na realização do segundo movimento analítico, seguimos as orientações de Gomes et al. (2005) e de Minayo (2014) que propõem:

1. Descrição: Apresentação e agrupamento das diferentes concepções dos entrevistados, após realização de várias leituras do material.
2. Análise: Definição de categorias empíricas e decomposição do conjunto de dados, buscando apresentar as partes que o compõem.
3. Interpretação: Compreensão e produção de uma nova leitura do material, orientada por conceitos e referenciais teóricos, buscando apresentar ideias que estão além das falas e dos fatos descritos e produção de uma síntese.

4.2 O “fazer” da pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Pesquisas René Rachou/ Fiocruz Minas, conforme Parecer Consubstanciado nº 1.674.266/2016 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ MG, conforme Parecer Consubstanciado nº 1.734.225/2016 (Anexo B) e recebeu o número do CAE n.57956416.0.0000.509. A pesquisa seguiu todas as orientações da Resolução CNS n.466 de 2012.

O trabalho de campo foi realizado entre setembro de 2016 e setembro de 2017, nos três Caps AD do município de Belo Horizonte/ Minas Gerais e envolveu:

- Três entrevistas semiestruturadas com coordenadores de saúde mental do município;
- Três entrevistas semiestruturadas com gerentes dos Caps AD;
- Três grupos focais com usuários, um em cada serviço;
- Três grupos focais com familiares, um em cada serviço;

- Três grupos focais com trabalhadores, um em cada serviço;
- 120 horas de observação participante, 40 horas em cada serviço.

Antes de iniciar o trabalho de campo nos Caps AD, foi feita uma apresentação do projeto de pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde para as gerentes dos serviços, para a referência técnica em álcool e drogas e para o coordenador de Saúde Mental. Este último já tinha conhecimento da pesquisa, pois havia emitido a carta de anuência, na qual declarava concordância com sua realização. Em cada um dos Caps AD, foi feito um primeiro contato com a gerente e foi pactuada uma forma de dar início ao trabalho de campo. Em todos os serviços, foi feita uma apresentação da pesquisa em reuniões de equipe. Em um dos serviços, a gerente solicitou que o início do trabalho de campo acontecesse apenas após a apresentação da pesquisa aos trabalhadores. Nos outros serviços, o trabalho de campo foi iniciado imediatamente após o contato com as respectivas gerentes e a apresentação foi feita assim que pôde ser incluída na pauta da reunião de equipe. Tanto o coordenador de Saúde Mental, quanto as gerentes foram cooperativos e favoreceram a realização da pesquisa.

Durante o trabalho de campo, respeitamos todos os compromissos éticos, todas as pactuações feitas com as gerentes, bem como o cotidiano da atenção realizada nos serviços e as pessoas nele envolvidas. Percebemos e respeitamos as diferentes posturas dos trabalhadores e usuários, alguns cooperativos e interessados, outros indiferentes, alguns resistentes. Os familiares mostraram-se cooperativos e se sentiram valorizados nos momentos em que participaram da pesquisa. Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontram nos Apêndices A (gestores e gerentes), B (usuários), C (trabalhadores) e D (familiares).

4.2.1 Os espaços pesquisados

A pesquisa foi realizada nos três Centros de Referência em Saúde Mental- Álcool e Drogas (Cersam AD) de Belo Horizonte/ MG. Além dos três Cersam AD, o município conta também com o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), instituição do sistema estadual de saúde que compõe a rede municipal de saúde. Todos os quatro serviços são habilitados no Ministério da Saúde como Caps AD III. Por ter uma história e uma concepção de atenção que advém de um processo histórico singular, o CMT não participou da pesquisa. Foram pesquisados os três Cersam AD do município, implantados a partir de uma mesma lógica de gestão e de atenção. Optamos por nomear os serviços de Caps AD 1, Caps AD 2 e Caps AD 3, nomenclatura utilizada no SUS, em todo País, para designar serviços de atenção às pessoas

apresentam necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

É importante destacar que o município de Belo Horizonte, desde o ano de 1993, tem implantado uma política de atenção em Saúde Mental que busca “[...] a reafirmação da ética antimanicomial como diretriz da política e a articulação do trabalho em rede” de maneira a favorecer a “[...] inclusão da loucura na cidade e na cidadania” (ABOU-YD; SILVA; SOUZA, 2008, p. 13). Na afirmação dessa política, foi de grande importância a posição decidida da gestão municipal de saúde, dos coordenadores municipais de saúde mental e dos movimentos sociais, entre eles, o Fórum Mineiro de Saúde Mental e a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental. No ano de 2008, quando a política municipal de Saúde Mental completou 15 anos, Belo Horizonte já havia desativado 1.600 leitos e dois hospitais psiquiátricos. Apresentava uma rede de serviços substitutivos formada por pontos de atenção presentes na política nacional de Saúde Mental e por outros criados a partir das necessidades surgidas na experiência do município. Em 2008, Belo Horizonte contava com sete Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) com funcionamento 24 horas (serviços habilitados no Ministério da Saúde como Caps III), nove centros de convivência, 58 equipes de saúde mental nas unidades básicas de saúde, 10 serviços residenciais terapêuticos (SRT), um serviço de urgência psiquiátrica noturna (SUP), uma Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários e nove Equipes complementares de Atenção à Criança e ao Adolescente. A coordenação da rede de Saúde Mental reconhecia, entretanto, duas de suas deficiências e afirmava a intenção de implantar o Cersam AD e Cersam Infante-juvenil. No ano de 2008, ou seja, seis anos após a publicação da Portaria GM MS 336/2002, o município inaugurou o seu primeiro Caps AD, o Cersam AD Pampulha. Em 2011, implantou duas equipes de consultórios de rua. Em 2013, inaugurou o Cersam AD Barreiro e, posteriormente o Cersam AD Nordeste. Esta inclusão tardia da atenção a usuáries de drogas na rede de Saúde Mental de Belo Horizonte foi destacada por diferentes autores (NILO, 2013; SILVA, 2015; TRINDADE FILHO, 2018). A orientação técnica, ética e política dos serviços álcool e drogas foi e ainda é antimanicomial e baseada na Redução de Danos. Os Caps AD municipais foram implantados em meio a disputas políticas, em um contexto em que o modo de atenção proposto pelo MS passou a ser criticado com contundência e a defesa de práticas higienistas e de internação se fortaleceu.

Os quatro Caps AD do município são referências para uma população de aproximadamente 2.375.000 habitantes (IBGE, 2010). Cada um dos serviços é responsável por duas ou três regionais de saúde e por suas populações, conforme quadro abaixo:

QUADRO 3: Distribuição de regionais administrativas de Belo Horizonte/ MG e respectivas populações por Caps AD.

Serviço	Regionais de abrangência	População de abrangência (habitantes)
Cersam AD Pampulha	Pampulha, Venda Nova e Noroeste	780.860
Cersam AD Barreiro	Barreiro e Oeste	568.670
Cersam AD Nordeste	Nordeste e Norte	504.063
Centro Mineiro de Toxicomania	Centro Sul e Leste	521.558

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014; IBGE, 2010.

No ano de 2018, com a implantação dos Caps AD e de outros pontos de atenção, a rede de saúde mental de Belo Horizonte apresentava a seguinte configuração: 33 SRT, oito Caps III, dois Caps infanto-juvenil (Caps i), três Caps AD III, um Caps AD II (CMT), uma Unidade de Acolhimento Adulto (UA), uma Unidade de Acolhimento infanto-juvenil, nove Centros de Convivência (CC), quatro equipes de consultório de rua, um SUP que oferta suporte noturno, inclusive aos Caps AD, e realiza o atendimento às crises no turno da noite, o Projeto Arte na Saúde com 52 Oficinas para crianças e adolescentes de seis a 18 anos e nove Equipes Complementares de Saúde Mental Infanto-juvenil vinculadas às Unidades Básicas de Saúde (TRINDADE, 2018).

4.2.2 As técnicas utilizadas e sujeitos participantes

a) Entrevistas semiestruturadas

- *Número de entrevistas realizadas:* seis
- *Período de realização:* setembro a outubro de 2016
- *Sujeitos participantes e formas de identificação:*

Três coordenadores de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, com atuação entre 2003 e 2016 (ano de início da pesquisa), e três gerentes dos Caps AD.

Para a realização das entrevistas foram preparados dois roteiros, que se encontram nos Apêndices E e F. Todos os entrevistados mostraram-se disponíveis e, além de concederem a entrevista, favoreceram a realização do trabalho. As entrevistas tiveram duração mínima de 52 minutos e máxima de 1 hora e 23 minutos, em um total de 7 horas e 24 minutos. Os entrevistados foram identificados como Gestor Saúde Mental 1 ou 2 ou 3 e como Gerente AD 1 ou AD 2 ou AD 3.

b) Grupos focais

- *Número total de grupos focais realizados:* nove

- *Período de realização:* Novembro de 2016 a setembro de 2017

- *Grupos focais com usuários (três grupos)*

Em cada um dos Caps AD, foi realizado um grupo focal com usuários, a partir de roteiro constante no Apêndice G. Após início da observação participante e apresentação da pesquisa aos usuários em assembleias ou oficinas, quando muitos usuários já tinham conhecimento da pesquisa e já conheciam a pesquisadora, foi feito um convite para a participação no grupo focal. Foram observados os critérios de inclusão (ter mais de 18 anos, estar há mais de um mês no Caps AD, estar de acordo com a participação e não apresentar transtorno mental). Os trabalhadores não fizeram restrição à participação de nenhum usuário, em função das condições clínicas. No Caps AD 1 e no Caps AD 2, dois usuários saíram do grupo após a leitura do TCLE. No Caps AD 1, o grupo focal de usuários foi realizado com a presença de duas pesquisadoras (uma coordenadora e uma observadora). Os outros grupos foram realizados apenas por uma coordenadora.

No Quadro 4, apresentamos a síntese das informações dos grupos focais realizados com usuários.

QUADRO 4: Caracterização dos grupos focais realizados com usuários dos Caps AD de Belo Horizonte, nos anos 2016-2017.

Serviço	Número de participantes	Composição do grupo por sexo	Forma de identificação na pesquisa	Duração (hora/minuto)
Caps AD 1	9	3 mulheres 6 homens	Usuário ou Usuária, número, Caps AD 1	1: 03
Caps AD 2	12	2 mulheres 10 homens	Usuário ou Usuária, número, Caps AD 2	1: 06
Caps AD 3	9	9 homens	Usuário, número, Caps AD 3	1: 16
Total	30	5 mulheres 25 homens	----	3: 25

FONTE: Elaborado pela autora.

Grupos focais com trabalhadores (três grupos)

Em cada um dos Caps AD, foi realizado um grupo focal com trabalhadores, a partir de roteiro constante no Apêndice H. Havia previsão de realização de dois grupos focais com trabalhadores em cada um dos serviços pesquisados: um com trabalhadores de nível superior e um com trabalhadores de nível médio. Entretanto, já no primeiro Caps AD pesquisado, não foi possível realizar o grupo focal apenas com trabalhadores de nível médio. Eles não puderam se ausentar das atividades em que atuavam como plantonistas. Optamos, então, por realizar um grupo único com trabalhadores de nível médio e de nível superior. Após início da observação participante e apresentação da pesquisa na reunião de equipe, os trabalhadores foram convidados a participar dos grupos focais. Solicitamos que a heterogeneidade da equipe

(formação profissional, nível de formação, sexo) fosse contemplada na formação dos grupos. Em dois serviços, os grupos focais foram agendados no horário da reunião de equipe. No outro Caps AD, o grupo focal foi agendado no mesmo dia, porém em horário diferente da reunião de equipe. Foram observados os critérios de inclusão (estar há mais de seis meses no Caps AD e estar de acordo com a participação). Os grupos foram realizados sob a coordenação da pesquisadora.

No Quadro 5, apresentamos a síntese das informações dos grupos focais com trabalhadores.

QUADRO 5: Caracterização dos grupos focais realizados com trabalhadores dos Caps AD de Belo Horizonte, nos anos 2016-2017.

Serviço	Número de participantes	Composição por sexo	Composição por profissão	Forma de identificação na pesquisa	Duração (hora/ minuto)
Caps AD 1	9	8 mulheres 1 homem	2 psicólogos 2 enfermeiros 1 psiquiatra, 1 terapeuta ocupacional 3 assistentes sociais	Trabalhador ou Trabalhadora, número, Caps AD 1	1:13
Caps AD 2	13	10 mulheres 3 homens	4 psicólogos 3 enfermeiros 2 técnicos de enfermagem 1 farmacêutica 2 terapeutas ocupacionais 1 médica	Trabalhador ou Trabalhadora, número, Caps AD 2	1:32
Caps AD 3	9	7 mulheres 2 homens	2 enfermeiros 2 psicólogos, 2 técnicos de enfermagem 1 redutor de danos, 1 terapeuta ocupacional 1 técnica administrativa	Trabalhador ou Trabalhadora, número, Caps AD 3	1:27
Total	31	25 mulheres 6 homens	25 trabalhadores de nível superior 6 trabalhadores de nível médio	----	4:12

FONTE: Elaborado pela autora.

Grupos focais com familiares (três grupos)

Em cada um dos Caps AD, foi realizado um grupo focal com familiares, a partir de roteiro constante no Apêndice I. A pesquisa foi apresentada nos grupos de familiares realizados nos serviços quando foi feito o convite para participação no grupo focal. No Caps AD 3, após a terceira tentativa de realizar o grupo (apenas um ou dois familiares compareciam), os familiares foram convidados por telefone. Após o convite, 9 familiares

compareceram e o grupo focal foi realizado. Foram observados os critérios de inclusão (ter mais de 18 anos, ter um familiar no Caps AD por pelo menos um mês, estar de acordo com a participação). No Caps AD 1, uma familiar desistiu de participar do grupo após a leitura do TCLE. Os grupos foram realizados por uma coordenadora.

No Quadro 6, apresentamos a síntese das informações dos grupos focais realizados com familiares.

QUADRO 6: Caracterização dos grupos focais realizados com familiares nos Caps AD de Belo Horizonte, nos anos 2016-2017.

Serviço	Número de participantes	Composição do grupo por sexo	Forma de identificação na pesquisa	Duração (hora/minuto)
Caps AD 1	4	3 mulheres 1 homem	Familiar, número, Caps AD 1	0:59
Caps AD 2	7	6 mulheres 1 homem	Familiar, número, Caps AD 2	0:57
Caps AD 3	9	7 mulheres 2 homens	Familiar, número, Caps AD 3	1:02
Total	20	16 mulheres 4 homens	----	2:58

FONTE: Elaborado pela autora.

c) Observação participante

Em cada um dos Caps AD, foi realizada uma observação de 40 horas ao longo de aproximadamente um mês e duas semanas, carga horária e período necessários e suficientes para acompanhar a diversidade das atividades coletivas realizadas em cada serviço. Por recomendação do Comitê de Ética do IRR Fiocruz, a observação participante se limitou aos espaços coletivos de atenção. No período da observação, foi possível estabelecer vínculos com usuários e trabalhadores que, mesmo que temporários, permitiram uma aproximação maior com o cotidiano dos serviços. A participação foi agendada a partir de contatos com os trabalhadores que coordenavam as atividades coletivas e com as gerentes dos serviços. Em alguns momentos participamos das atividades dos trabalhadores, em outros das atividades dos usuários. Não houve restrição explícita à participação e observação de qualquer atividade. Em algumas situações, sobretudo nos plantões de dois serviços, tivemos dificuldades de compreender bem as situações que se apresentavam, apesar de conversar e pedir esclarecimentos aos técnicos plantonistas. Em um dos serviços, foi possível compreender melhor os atendimentos realizados durante o plantão. Os trabalhadores não só compartilharam os atendimentos feitos, como pareciam buscar solidariedade diante das dificuldades ou mesmo das facilidades que vivenciavam nos plantões. A observação participante produziu resultados relevantes, que não seriam alcançados com as técnicas de entrevista, individuais ou

coletivas. Por meio da observação, foi possível aproximar da atenção no espaço e tempo em que acontecia e compreender como se dava a sua produção. Todas as observações foram registradas em um Diário de Campo.

No Quadro 7, apresentamos informações sobre a observação participante, dividimos as atividades acompanhadas entre atenção (atividades que envolveram trabalhadores e usuários) e educação permanente (atividades que envolveram apenas trabalhadores).

QUADRO 7: Informações sobre a observação participante realizada nos Caps AD de Belo Horizonte, nos anos 2016-2017.

Serviço	Duração	Práticas de atenção	Práticas de educação permanente	Período
Caps AD 1	40 horas	Sala de espera Oficinas (Significados do Caps AD, Artes Plásticas) Atividade externa Grupo de família Plantão manhã e tarde Permanência-dia manhã e tarde	Reunião de equipe Reunião de passagem de plantão Supervisão clínico-institucional (Regional)	18/10 a 28/11/2016
Caps AD 2	40 horas	Oficinas Grupos com usuários Rodas de conversa Assembleia de usuários Grupo de família Plantão manhã e tarde Permanência-dia manhã e tarde	Reunião de equipe Reunião de passagem de plantão Supervisão clínico-institucional	09/05 a 20/06/2017
Caps AD 3	40 horas	Oficinas Assembleia de usuários Grupo de família Plantão manhã e tarde Permanência-dia manhã e tarde	Reunião de equipe Reunião de passagem de plantão Supervisão clínico-institucional	19/07 a 24/08/2017

FONTE: Elaborado pela autora.

4.2.3 O tempo da pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada entre setembro de 2016 e setembro de 2017.

4.2.4 Análise, síntese e interpretação dos resultados

A análise e a interpretação dos dados seguiram as etapas propostas por Gomes et al. (2005) e Minayo (2014). Após realizar várias leituras do material produzido no trabalho de campo (transcrições de entrevistas e de grupos focais e registros do diário de campo), criamos estruturas de análise que permitiram a organização do material por grupo de sujeitos participantes e, posteriormente, por categorias empíricas. Por meio destas estruturas, foi possível não só identificar proximidades e divergências nas interpretações dos diferentes sujeitos, bem como realizar a triangulação das interpretações obtidas por meio das diferentes técnicas. Após análise, realizamos a interpretação dos dados, utilizando a produção teórica do

campo da Saúde Coletiva sobre atenção em saúde, do campo de álcool e outras drogas sobre a atenção em serviços de saúde e do campo da Saúde Mental sobre as práticas em serviços abertos e comunitários. Todos os processos de análise foram descritos nos artigos que se encontram no item 5 Resultados.

4.3 Plano de divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de:

a) Publicação de três artigos científicos. Dois artigos já foram aceitos para publicação, um na revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação e outro na Physis – Revista de Saúde Coletiva. O terceiro artigo ainda não foi submetido.

b) Realização de oficina para apresentação dos resultados nos Caps AD

Apresentaremos à Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e aos gerentes dos Caps AD uma proposta de realização de oficina em cada um dos serviços para apresentação dos resultados, que consiste em:

1. Encaminhamento dos artigos aos serviços com sugestão de leitura.
2. Realização de exposição dialogada sobre os artigos.
3. Apresentação detalhada dos resultados em cada um dos serviços.
4. Levantamento do interesse dos trabalhadores e gerente de cada um dos serviços no aprofundamento de algum resultado.
5. Produção e apresentação de um texto para cada um dos serviços que demandar aprofundamento.
6. Encaminhamento dos textos aos serviços com sugestão de leitura.
7. Realização da exposição dialogada sobre os textos nos serviços.

5 RESULTADOS

A partir dos resultados da pesquisa, elaboramos três artigos buscando responder ao objetivo geral, ou seja, a análise das práticas de atenção realizadas nos Caps AD e suas relações com as necessidades das pessoas que usam drogas e com as políticas de saúde propostas nesta área.

No primeiro artigo “O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência”, buscamos compreender quais as necessidades, demandas e expectativas são apresentadas nos Caps AD, a partir de uma leitura referenciada no campo da Saúde Coletiva, que permite a ampliação das compreensões sobre as necessidades e demandas de atenção à saúde, sem restringi-las aquelas explicitamente associadas aos processos de adoecimento.

No segundo artigo “Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD)?”, buscamos apresentar e compreender as práticas realizadas nos Caps AD e as lógicas de atenção que expressam, bem como relacioná-las com as políticas de atenção propostas na área.

No terceiro artigo “Contribuições da atenção em serviços de saúde às pessoas que usam drogas: da exclusividade da produção da abstinência à ampliação das possibilidades de vida”, apresentamos as contribuições que os Caps AD têm proporcionado às pessoas que usam drogas.

5.1 Artigo 1

O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência¹

What do people who use drugs seek at health services? Understandings beyond abstinence

¿Personas que usan drogas, qué buscan en servicios de salud? Comprensiones más allá de la abstinencia

Ana Regina Machado. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado). Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas. Avenida Augusto de Lima, 1715. Bairro Barro Preto. Belo Horizonte/ MG. CEP: 30.190.002 Brasil. E-mail: amachado@aluno.fiocruz.br. <https://orcid.org/0000-0001-8614-2533>

Celina Maria Modena. Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Direitos Humanos em Saúde e Saneamento. Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas. Belo Horizonte/ MG. Brasil. E-mail: celina.modena@fiocruz.br. <https://orcid.org/0000-0001-5035-3427>

Zélia Maria Profeta da Luz. Grupo de Pesquisa Clínica e Políticas Públicas em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas. Belo Horizonte/ MG. Brasil. E-mail: zelia.profeta@fiocruz.br. <https://orcid.org/0000-0002-0819-3025>

Resumo

Proposições de modificação da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas que usam drogas têm desconsiderado suas necessidades, demandas e expectativas. A partir de contribuições da Saúde Coletiva, buscou-se compreendê-las por meio de pesquisa qualitativa que envolveu entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observação participante em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD). Constatou-se que os usuários dirigem-se aos serviços não apenas para interromper o consumo de drogas, mas também para reduzi-lo, para receber atenção a comprometimentos orgânicos ou psíquicos, construir laços sociais, ter acesso a condições básicas de vida e conquistar autonomia. A pesquisa, ao ampliar as compreensões sobre as demandas, necessidades e expectativas das pessoas que usam drogas, apresentou contribuições para a análise e redefinição das práticas e do modelo de atenção adotados no SUS.

Palavras-chave Necessidades e demandas de serviço de saúde. Centros de tratamento de abuso de substâncias. Usuários de drogas.

Abstract

Propositions of changes regarding the care offered by the Brazilian National Health System (SUS) to people who use drugs have disregarded their needs, demands and expectations.

¹ Este artigo foi submetido e aceito para publicação na Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, conforme informação constante no ANEXO C.

Based on the contributions of the Collective Health, this qualitative approach research sought to comprehend those issues by the conduction of semi-structured interviews, sessions of focal groups and participant observation at three Centers for Psychosocial Care - Alcohol and Drugs (Caps AD). Results show that people go to services not only to stop drug use, but to reduce the use, to build social bonds, to receive care to physical or to psychic suffering, to access basic living conditions and to build autonomy. The research, by broadening the understanding of the demands, needs and expectations of people who use drugs, presented contributions to the analysis and redefinition of practices and of care model to be adopted at SUS.

Keywords Health services needs and demand. Substance abuse treatment center. Drug users

Resumen

Proposiciones de modificación de la atención a usuarios de drogas en el Sistema Único de Salud (SUS) han desconsiderado sus necesidades, demandas y expectativas. A partir de contribuciones de la Salud Colectiva, se buscó comprenderlas por medio de investigación cualitativa que involucró entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observación participante en Centros de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas (Caps AD). Se constató que los usuarios se dirigen a los servicios no sólo para interrumpir el consumo de drogas, sino también para reducirlo, para recibir atención a compromisos orgánicos o psíquicos, construir lazos sociales, tener acceso a condiciones básicas de vida y conquistar autonomía. La investigación, al ampliar las comprensiones sobre las demandas, necesidades y expectativas de las personas que usan drogas, presentó contribuciones para el análisis y redefinición de las prácticas y del modelo de atención adoptados en el SUS.

Palabras clave Necesidades y demandas de servicios de salud. Centros de tratamiento de abuso de sustancias. Consumidores de Drogas

Introdução

Desde o início dos anos 2000, vem ocorrendo disputas em torno do modelo de atenção às pessoas usuárias de drogas a ser adotado no Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2,3}. Nestas disputas, destacam-se o modelo de atenção centrado na abstinência e o modelo de atenção orientado pela redução de danos. O primeiro, inspirado pela política proibicionista, compreende o uso de drogas como problema moral, crime ou doença e define a interrupção do uso de drogas como objetivo exclusivo de suas práticas². Já o modelo de atenção orientado pela redução de danos compreende o uso de drogas como um fenômeno complexo com determinantes biológicos, socioculturais e psicossociais e define a redução das consequências adversas e do sofrimento psicossocial decorrentes do uso de drogas, como objetivo de suas práticas².

Embora o Ministério da Saúde⁴ (MS) tenha feito opção pelo modelo de atenção orientado pela redução de danos, conforme definido na Política do MS para Atenção Integral a Usuários de

Drogas, publicada no ano de 2003, a lógica de atenção centrada na abstinência de drogas permaneceu presente no âmbito das práticas de saúde e também da gestão das políticas. Tal lógica se fortaleceu a partir do ano de 2010, quando a atenção às pessoas usuárias de crack tornou-se o centro do debate das políticas sobre drogas. Desde então, os serviços do SUS destinados à atenção a usuários de drogas passaram a sofrer severas críticas por não adotarem a abstinência como meta ou mesmo por não proporcioná-la. A partir do ano de 2017, o modelo de atenção centrado na abstinência passou a compor as proposições do Ministério da Saúde e também do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)^{5,6}. Tal modelo adota o pressuposto de que as pessoas buscam os serviços exclusivamente para interromper o consumo de drogas e desconsidera a presença de outros fatores nas vidas das pessoas que usam drogas que podem levá-las a recorrer a uma atenção em saúde.

Poucos estudos foram realizados para compreender o que as pessoas que usam drogas demandam, necessitam ou esperam dos serviços de atenção. Em um deles, McKeganey et al.⁷ constataram, por meio de uma pesquisa que entrevistou mais de mil usuários em 33 serviços na Escócia, que 56,6% dos usuários buscavam abstinência e 39,2% buscavam mudanças nos padrões e formas de uso de drogas. No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack⁸ identificou fatores considerados importantes por pessoas usuárias de crack, em situação de rua, na busca por serviços assistenciais: oferta de alimentação, banho e outros cuidados de higiene, ajuda para conseguir emprego; ajuda para conseguir escola/curso; oferta de serviços básicos de saúde, oferta de serviços sociais básicos (abrigo, retirada de documentos) e gratuidade de serviços. As duas pesquisas, realizadas em tempos e espaços diferentes, adotaram também pressupostos diferentes. A primeira partiu da compreensão de que as necessidades, demandas e expectativas de pessoas relacionam-se às mudanças nos padrões e nas formas de uso de drogas. A segunda pesquisa partiu da compreensão ampliada dos fatores que podem motivar a busca por serviços assistenciais.

O campo da Saúde Coletiva, ao reconhecer a presença de elementos estruturais, sociais e subjetivos na conformação dos processos saúde/doença/sofrimento, tem contribuído para ampliar a compreensão das necessidades, demandas e expectativas que as pessoas apresentam nos serviços de saúde. Mendes-Gonçalves⁹ compreende que as necessidades individuais de saúde são produções sócio-históricas, não são fixas, nem podem ser definidas de forma apriorística. Nas sociedades capitalistas, elas se confundem com as necessidades sociais, que são definidas por grupos dominantes e que buscam apresentar-se como necessidades de todos os indivíduos. Entre as necessidades sociais, destacam-se “[...] as necessidades de consumo de serviços de assistência à doença”⁹ (p.366). Ayres¹⁰ afirma a importância dos trabalhadores de

saúde produzirem leituras diferentes daquelas produzidas pelo saber biomédico para compreender o que as pessoas buscam quando se dirigem aos serviços de saúde. Luz¹¹ afirma que as pessoas recorrem aos serviços de saúde em busca da recomposição de valores de solidariedade, convivência e sociabilidade que, na sociedade capitalista, foram substituídos por valores como competitividade, produtividade e individualismo. Merhy e Feuerwerker¹² reconhecem a importância da ampliação do olhar e da escuta dos trabalhadores para que a complexidade da vida e do sofrimento das pessoas possa ser considerada nas práticas de saúde. Lacerda e Valla¹³ afirmam a importância de dar voz às pessoas para que seus sofrimentos e adoecimentos possam ser compreendidos nos serviços de saúde.

Considerando estas contribuições do campo da Saúde Coletiva, buscamos compreender as demandas, necessidades e expectativas dirigidas aos serviços de saúde por pessoas que usam drogas, por meio da realização de uma pesquisa qualitativa em três Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (Caps AD), serviços de atenção abertos e territorializados do SUS, que se destinam ao cuidado às pessoas em uso prejudicial ou dependentes de drogas.

Constatamos que a produção científica sobre a temática ainda é escassa e não permite compreender de maneira suficiente o que as pessoas que usam drogas buscam nos serviços de saúde. Tal produção tem grande relevância para a análise das práticas já realizadas nos serviços de saúde, bem como para a proposição de novas práticas ou modelos de atenção comprometidos com a produção de saúde das pessoas que usam drogas.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, a partir de uma perspectiva hermenêutica, que buscou compreender os sentidos construídos em processos intersubjetivos de comunicação¹⁴. Esta perspectiva reconhece que a experiência cultural é portadora de consensos que se convertem em estruturas, vivências, significados e deve ser interpretada a partir de análises que considerem o contexto, a cultura e a história¹⁴.

Nesta pesquisa, as necessidades, demandas e expectativas das pessoas que usam drogas foram consideradas a partir dos sentidos construídos nas interações entre pesquisadoras, pessoas usuárias de drogas, trabalhadores e gerentes de serviços de saúde. Buscamos, nas interpretações produzidas, associar as necessidades, demandas e expectativas identificadas a diferentes processos históricos, culturais, sociais e políticos.

O trabalho de campo foi realizado entre outubro de 2016 e setembro de 2017 nos três Caps AD do município de Belo Horizonte/ MG. Foram utilizadas diferentes técnicas de pesquisa para os diferentes sujeitos participantes: grupo focal para trabalhadores e para usuários,

entrevista semiestruturada para gerentes, além da observação participante. Foram realizados, no total: seis grupos focais, três entrevistas semiestruturadas e 120 horas de observação participante. A pesquisa envolveu um total de 64 sujeitos participantes (três gerentes, 31 trabalhadores e 30 usuários). No Caps AD 1, o grupo focal de trabalhadores contou com nove participantes (três assistentes sociais, duas psicólogas, duas enfermeiras, um médico e um terapeuta ocupacional) assim como o grupo focal de usuários (6 homens e 3 mulheres). No Caps AD 2, o grupo focal de trabalhadores contou com 13 participantes (três psicólogas, um psicólogo, duas enfermeiras, um enfermeiro, duas terapeutas ocupacionais, uma farmacêutica, uma médica, uma técnica de enfermagem e um técnico de enfermagem) e o grupo focal de usuários com 12 (dez homens e duas mulheres). No Caps AD 3, o grupo focal de trabalhadores contou com nove participantes (duas psicólogas, uma enfermeira, um enfermeiro, uma terapeuta ocupacional, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista e um redutor de danos), assim como o grupo focal de usuários (9 homens).

As entrevistas semiestruturadas e os grupos focais foram gravados e transcritos. As observações foram registradas em um diário de campo. O material da pesquisa foi interpretado a partir das etapas propostas por Minayo¹⁴ e Gomes et al.¹⁵: descrição, análise e interpretação dos dados. A descrição permitiu a constituição do conjunto de dados a ser trabalhado. A análise permitiu a organização e classificação dos dados em quatro categorias empíricas: tratamento; construção/reconstrução de laços sociais; melhoria das condições reais de existência e produção de autonomia versus demanda de outros. A interpretação dos dados envolveu, como propõe Minayo¹⁴, a produção de uma “interpretação das interpretações” dos diferentes sujeitos participantes, relacionando-as com elementos estruturais, sociais e subjetivos, como propõe o campo da Saúde Coletiva em estudos sobre as necessidades e demandas de atenção em saúde.

O material utilizado neste artigo faz parte da pesquisa intitulada “Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas: Uma análise dos cuidados nos Caps AD de Belo Horizonte/MG” (CAE n.57956416.0.0000.5091), aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – FIOCRUZ MINAS da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ MG e realizada de acordo com as orientações da Resolução CNS n.466 de 2012.

Resultados e Discussão

Os resultados demonstraram que os usuários dos Caps AD apresentam diferentes necessidades, demandas e expectativas em relação à atenção em serviços de saúde que podem

ser associadas às suas experiências individuais de consumo de drogas, e também a processos sociais e estruturais que contribuem para a conformação de seus processos de sofrimento e de adoecimento.

O tratamento

As pessoas buscam os Caps AD para tratar dos sofrimentos e adoecimentos associados à dificuldade de regular o consumo de drogas e também para tratar de outros comprometimentos de saúde, orgânicos e psíquicos.

Usuários dos Caps AD, nos grupos focais realizados e nas atividades presenciadas durante a observação participante, destacaram a importância dos sofrimentos decorrentes da dificuldade de regular o consumo de drogas na busca pela atenção em saúde:

Eu não tava aguentando mais. Se eu acordasse às três horas da manhã tinha que beber uma pinga. Eu acordava e bebia (Usuária 5, AD1).

Eu tava quase morrendo por causa do crack, tava pesando 59 quilos, tava bem detonado, tava super escravizado, todo dia eu usava muita droga, 10, 15 pedras (Usuário 4, AD2).

Na assembleia, uma usuária afirmou que o crack atingia sua alma, comandava seu cérebro, fazia com que se esquecesse do filho, da casa, da vida. Usou crack por 15 dias seguidos, procurou o serviço porque não suportava mais. Outro usuário falou de suas dificuldades com o crack: “... pra mim tá sendo uma luta mudar, eu já usei crack chorando porque não queria usar, mas não conseguia parar” (Pesquisadora, diário de campo, maio de 2017).

Diante do sofrimento e da impossibilidade de realizar escolhas em relação ao uso de drogas, os usuários afirmaram buscar o Caps AD para interrompê-lo.

Eu gostaria de sair daqui bem, sem recaída (Usuário 2, AD2).

Eu quero sair daqui sem bebida, sem droga (Usuário 2, AD1).

A demanda pela interrupção do consumo expressa o “ideal da abstinência” presente em legislações e políticas proibicionistas sobre drogas que têm sido historicamente afirmadas, inclusive com a participação do saber médico-psiquiátrico. No campo da atenção, este ideal orienta o modelo de atenção centrado na abstinência e contribui para a compreensão de que o tratamento ou qualquer outra ação de saúde destinada às pessoas que usam drogas devem produzir a interrupção de drogas^{2,3}. Souza¹⁶ propõe analisar o ideal da abstinência a partir da biopolítica, ou seja, a partir de práticas de governo vida dos homens, que são exercidas na dimensão da micropolítica (produção de subjetividade, a constituição de regimes de sensibilidade e de modos de vida) e na dimensão da macropolítica (institucionalização de estruturas legais, administrativas e econômicas). Para o autor¹⁶, a abstinência, apesar de ser alcançada por poucos, permanece como um ideal com forte poder simbólico que contribui

para individualizar o fracasso, para reforçar a fraqueza do usuário, para confirmar a gravidade da doença e para favorecer a adoção de intervenções de controle de corte populacional¹⁶. Este circuito dificulta a produção e a aceitação de um autogoverno na gestão do consumo de drogas¹⁷, que não seja coincidente com a abstinência. Nos Caps AD pesquisados, entretanto, algumas formas de gestão do consumo de drogas têm sido produzidas e valorizadas pelos usuários, conforme afirmado nos grupos focais:

O serviço tá me ajudando muito, tô conseguindo reduzir bastante o uso do cigarro e da bebida (Usuário 8, AD3).

Eu tô pedindo para ficar aqui, pra ter força de vontade porque não quero beber igual eu bebia (Usuária 4, AD1).

Eu não espero ser curado 100% mas eu queria sim sair e voltar minha vida de novo pro trabalho (Usuário 5, AD3).

Estas possibilidades e expectativas - redução do consumo, invenção de outra forma de consumo, retomada da vida - foram construídas a partir da inclusão da redução de danos na concepção de atenção dos Caps AD. De acordo com essa concepção, a abstinência não deve ser condição, nem meta exclusiva das ações de saúde⁴. Nos grupos focais, os trabalhadores afirmaram:

A abstinência é um ideal tão longe que não tem nenhuma pega no real. A abstinência é uma inverdade, é uma proposta que não cabe para a maioria dos usuários. Eu tento desmistificar isso... “Será que você não tá exigindo muito, você tem 28 anos e está querendo parar de usar de uma vez uma droga que você usa desde nove anos?” (Trabalhador 3, AD3).

Se a demanda do paciente é a abstinência, a gente trabalha nessa perspectiva (...). Agora tem alguns casos aqui que não vão parar, não tem outra forma, tem que ser a redução de danos (Trabalhador 8, AD1).

Além de buscarem mudanças nas relações com as drogas, as pessoas recorrem aos Caps AD para tratar de seus comprometimentos orgânicos, buscam cuidado para o corpo adoecido ou debilitado. Alguns usuários chegam aos serviços com comprometimentos clínicos graves, associados ao consumo abusivo de drogas; às vezes intoxicados, às vezes em crises de abstinência. Outros chegam a partir de outros problemas de saúde. Nos grupos focais de trabalhadores e na observação participante, estas situações foram destacadas:

Muitos usuários chegam numa situação muito ruim, muito mal fisicamente e vão precisar desse cuidado do corpo, de oferecer leite, soro (Trabalhadora 12, Caps AD 2).

Os usuários que chegam têm comorbidades clínicas muito graves (Trabalhadora 1, Caps AD 1).

Um usuário chega ao serviço com tremores intensos, tosses e vômitos. Está em crise de abstinência (Pesquisadora, Diário de Campo, novembro de 2016).

Um usuário chega intoxicado, com pressão arterial alterada. Uma usuária retorna ao Caps AD, permanecerá até fazer uma cirurgia, tem cirrose. Outra usuária veio do Pronto-Socorro, onde chegou após fazer uso intenso de cocaína e apresentar convulsões, está com a língua cortada (Pesquisadora, Diário de Campo, junho de 2017).

As pessoas buscam também um tratamento para o sofrimento psíquico nos Caps AD. De acordo com os trabalhadores, muitos usuários chegam aos serviços após tentativas de autoextermínio ou com ideias suicidas, em quadros de confusão ou agitação. Muitos apresentam sofrimento psíquico grave: depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar.

Os saberes da saúde, inclusive os biomédicos, são importantes, mas também insuficientes na identificação daquilo que os usuários buscam nos serviços de atenção^{10, 18}. Nos Caps AD pesquisados, diante da complexidade das situações que se apresentam, foi possível perceber tanto a importância quanto a insuficiência do saber biomédico, ou de qualquer outro saber considerado em sua especificidade (Psicologia, Psicanálise, Terapia Ocupacional etc.), para a identificação dos problemas e para a proposição das práticas de atenção à saúde. Eles contribuem para produzir leituras parciais sobre a atenção que as pessoas buscam.

As necessidades, demandas e expectativas de tratamento, discutidas neste item, relacionam-se com a produção de mudanças nas relações com as drogas e com a atenção aos comprometimentos de saúde orgânicos e psíquicos.

Construção/ reconstrução dos laços sociais

As pessoas que usam drogas buscam os serviços de saúde para construir ou reconstruir laços sociais fragilizados ou rompidos. Relações sociais marcadas por abandono, desamparo, humilhação, maus tratos, estigmatização, desqualificação e marginalização marcam as subjetividades das pessoas atendidas nos Caps AD. Nos grupos focais, entrevistas e observação participante, a ruptura ou fragilização dos laços sociais foram enfatizadas:

Eu tava abandonado, pra mim o que existia era só a rua e a cachaça (Usuário 6, AD1).

Atendemos pessoas que perderam todos os vínculos (Trabalhadora 2, AD3).

O principal na vida dos usuários é essa fragilidade social, familiar, esse desamparo (Trabalhadora 5, AD2).

Eu vejo também que os usuários sofrem de afeto, de solidão (Trabalhadora 6, AD1).

Há muito preconceito, muito estigma, é uma população que sempre foi marginalizada (Gerente, AD1).

A gravidade dos casos discutidos na reunião de equipe diz respeito ao uso, mas também às situações de vida: desamparo, solidão, falta de lugar, loucura, miséria,

violência, morte, desespero, sofrimento (Pesquisadora, diário de campo, novembro de 2016).

Alguns autores contribuem para compreender as relações entre o sofrimento advindo das interações sociais e a busca por serviços de saúde. Luz¹¹ afirma que a fragilização dos laços sociais e os sentimentos de desamparo e instabilidade podem ser compreendidos a partir da presença da lógica econômica (competição, individualismo, sucesso, produtividade etc.) nas relações sociais. Para a autora, as pessoas buscam os serviços de saúde também para repor valores de solidariedade, sociabilidade e comunicação, que não vivenciam em seus cotidianos. Souza¹⁹ observa que pessoas que usam crack e que vivem nas ruas têm suas subjetividades marcadas por processos de desclassificação social. Essas pessoas sofrem “[...] o abandono afetivo e social e a experiência silenciosa de uma humilhação ubíqua e sem explicação palpável” (p.37). Flach e Nery Filho²⁰ ressaltam a importância dos trabalhadores de saúde compreenderem melhor o sofrimento das pessoas que usam drogas e vivem nas ruas. De acordo com os autores:

O sofrimento das pessoas com quem trabalhamos está relacionado aos efeitos das relações desiguais de poder historicamente e discursivamente construídas e que se personificam no poder local como preconceitos, estigmas, desigualdades sociais e violências (p. 305-306).

Nos Caps AD pesquisados, as pessoas atendidas têm oportunidade de vivenciar formas de interação social baseadas no acolhimento, no respeito e na criação de vínculos. A construção de novos laços e interações sociais, embora não se apresente inicialmente como necessidade, demanda ou expectativa nos Caps AD, torna-se um motivador importante para a permanência dos usuários nos serviços. Como observam Pinheiro et al.²¹, a demanda não é apenas o que os usuários levam aos serviços, é também um produto das interações que ocorrem entre sujeitos em um tempo e em um espaço definidos. Compreendemos que as interações sociais construídas entre trabalhadores, gerentes e usuários dos Caps AD atualizam necessidades e demandas de construção de laços sociais baseados no acolhimento, reconhecimento, vínculo, atenção, respeito e cuidado.

A demanda e expectativa de reconstrução de laços sociais, sobretudo com familiares, foram também destacadas pelos usuários nos grupos focais:

A coisa que eu mais quero quando sair daqui é estar bem com a minha pessoa e com a minha família (Usuário 5, AD1).

Eu tô reconstruindo o meu vínculo familiar que eu tinha perdido e isso é muito importante pra mim (Usuários 1, AD3).

As necessidades, demandas e expectativas associadas à construção e reconstrução de laços sociais foram consideradas importantes por todos os sujeitos participantes da pesquisa e podem ser relacionadas a processos sociais que se apresentam na vida dos usuários e que promovem ruptura ou fragilização de laços sociais.

Melhoria nas condições reais de existência

Pobreza, miséria e a falta de garantia de direitos sociais básicos marcam as vidas das pessoas que chegam aos Caps AD. Os sujeitos participantes afirmaram que:

A miséria é grande. Recebemos uma população em situação de rua, sem muito suporte de abrigo ou de moradia. O usuário vem com foco no banho, na comida, no cuidado, na escuta, no encaminhamento para tirar documento, no contato com abrigo, com a rede (Gerente AD2).

É uma população egressa do sistema prisional, uma população negra, que não teve muito recurso social e cultural, alguns em situação de rua [...]. Então, eu percebo que a gente atende pessoas que tiveram os direitos negados a vida inteira (Trabalhadora 5, AD1).

A falta de acesso a sistemas sociais básicos de proteção, a exclusão estrutural das sociedades capitalistas e o baixo poder contratual (de realização de trocas sociais) das pessoas que usam drogas geram necessidades de inclusão e reinserção social e de promoção do acesso a direitos sociais básicos ²². Nos Caps AD pesquisados essas necessidades se fazem presentes. Nos grupos focais, os usuários afirmaram buscar, nos serviços, o acesso à alimentação e aos cuidados de higiene pessoal:

Eu almoço e tomo café da manhã aqui, pra mim, isso é uma grande ajuda. Eu tô me sentindo bem melhor (Usuário 2, AD1).

Eu sou morador de rua. Eu venho aqui 3 vezes por semana, tomo meu banho me alimento, né, é isso, é uma família (Usuário 1, AD3).

Muitos usuários não têm moradia definida e recorrem aos Caps AD em busca de um espaço onde possam permanecer protegidos por um tempo. Em algumas situações, não demonstram interesse na proposta terapêutica ou nos laços sociais que podem estabelecer com outros usuários ou com os trabalhadores. Um usuário afirmou que:

Tem usuário que não tá nem aí, tá no leito hoje, tá no leito amanhã, tá no leito depois. Sai lá pra rua e no outro dia já volta pro leito, mas não quer se tratar (Usuário 2, AD2).

As necessidades e demandas associadas à garantia de direitos sociais básicos receberam diferentes interpretações dos trabalhadores. Alguns as interpretam como busca por “ganhos secundários” ou “assistencialismos” e revelam “falta de implicação com o tratamento”. Outros as interpretam como busca por “cuidado” ou acesso a um “direito social básico

negado”. Campos²³, ao ressaltar a importância dos serviços de saúde considerarem, de maneira ampliada, os sujeitos, seus sofrimentos/enfermidades e seus contextos de vida, auxilia na compreensão de que essas necessidades e demandas, advindas de condições adversas de vida, não podem ser estranhas aos espaços de atenção à saúde.

No grupo focal, uma trabalhadora observou que a equipe tem dificuldade para compreender as condições de vida de alguns usuários:

Parece que tem usuário que não quer sair daqui. Tá aqui há anos e não quer sair daqui. Porque aqui pra ele parece que tá bom. Eu não sei se é o bom que todo mundo vai pensar... Eu não sei te falar o sentido desse bom, mas não é o que é bom pra gente não... Ninguém quer essa vida que eles estão levando. Mas pra eles, talvez pela vida que eles tinham antes, a de agora até que tá boa (Trabalhadora 9, AD2).

Onocko-Campos²⁴ observa que, muitas vezes, os trabalhadores de saúde não dispõem de recursos de interpretação para compreender as formas de resistência que as pessoas, em situações de miséria, constroem para assegurar sua reprodução. Para a autora²⁴: “[...] nós não saberíamos sobreviver a situações que vemos nos bolsões de pobreza das grandes cidades brasileiras. Elas [as pessoas que vivem] sabem. Nós temos que apreender” (p.580). Nesta perspectiva, compreendemos que os Caps AD podem compor arranjos construídos pelos usuários, a partir de suas necessidades, para assegurar suas vidas. Para que os Caps AD sirvam a mais do que isso, devem construir outras possibilidades na atenção que ofertam. Negar direitos básicos aos usuários pode significar a reprodução de exclusões vivenciadas em outros espaços. Responder a todos esses direitos, contribuindo para que os usuários permaneçam dentro dos serviços, pode justificar a necessidade de instituições totais que os Caps pretendem substituir. Não se trata, portanto, de desconsiderar tais demandas e necessidades, nem mesmo de respondê-las indefinidamente.

Se há usuários que querem permanecer nos Caps AD, há outros que querem que os serviços contribuam para produzir novas inserções, sobretudo a partir do trabalho. Nos grupos focais, os usuários afirmaram que:

A gente deveria também ter oportunidade de fazer curso de cozinheiro, de pintor, de pedreiro, um curso profissionalizante. Do jeito que é a pessoa sai daqui do mesmo jeito que chegou (Usuário 5, AD1).

Eu não me sinto ainda em condição de trabalhar. É por isso que eu venho ao tratamento (...). Eu quero sair daqui curado e trabalhar, quero conseguir sair daqui bem e trabalhar (Usuário 3, AD3).

Eu quero retomar meu trabalho, ter a minha carteira assinada, eu não quero mais ficar recebendo pelo INSS não. Eu sou costureira e quero voltar pro meu trabalho (Usuária 3, AD1).

Os Caps AD, conforme proposição do MS⁴, deveriam ter como diretriz a promoção da reinserção social e da reabilitação psicossocial. Entretanto, os serviços pouco consideram as necessidades relacionadas à inserção no trabalho e à geração de renda em suas práticas. Uma das gerentes afirmou:

Tem umas necessidades de geração de renda que a gente não consegue suprir. A geração de renda, quando o paciente consegue isso, é uma ajuda muito boa na recuperação, na autoestima. Com essas coisas é que eu acho que o Caps AD deveria se preocupar, mais do que com a questão se tá usando drogas ou não. Questões do viver, né, da vida, como é que tá no território etc. (Gerente, AD3).

As necessidades, demandas e expectativas relacionadas ao trabalho e à geração de renda podem ser compreendidas a partir de suas contribuições para a garantia condições básicas de vida e para a produção de um lugar que permita trocas sociais e o reconhecimento das pessoas como cidadãos dignos²⁵.

Os resultados discutidos neste item são coerentes com aqueles encontrados na Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack⁸, que revelaram que usuários de crack valorizam, nos serviços de atenção, aquilo que responde às necessidades derivadas de suas condições reais de vida. A Saúde Coletiva contribui para compreendê-las, pois reconhece a determinação social do processo saúde-doença-sofrimento e a importância das condições de vida para se ter saúde²⁶,
27.

As demandas, necessidades e expectativas associadas às melhorias nas condições reais de vida se apresentam cotidianamente nos Caps AD. Há divergências, entre os trabalhadores, sobre seu acolhimento nos serviços.

A promoção da autonomia versus a demanda de outros

A promoção da autonomia constitui-se como expectativa dos usuários do Caps AD. Alguns relataram a impossibilidade de caminhar pela vida, seja pelas dificuldades que têm para produzir a gestão do consumo de drogas, seja pelas dificuldades que se apresentam em suas trajetórias, associadas ao rompimento de laços sociais, à impossibilidade de permanecer no trabalho e ao envolvimento em atividades ilícitas, como o tráfico de drogas. Alguns afirmaram ter perdido a capacidade de escolher e de definir seus destinos, querem voltar a ser sujeitos de suas vidas. Nos grupos focais, usuários e trabalhadores afirmaram:

Eu quero sair daqui pronto para ter o livre acesso, o livre arbítrio. Compartilhar também, ter um convívio bom com a família, a maioria das pessoas daqui não tem. Eu acho que o sonho da maioria que tá aqui é sair daqui independente, livre... Livre para ter a vida de volta (Usuário 6, AD1).

Eu espero que o usuário possa tomar as rédeas da própria vida, ser mais sujeito da sua história, conseguir tomar suas decisões de uma forma mais consciente, mais fortalecida (Trabalhadora 6, AD1).

Há a expectativa de que a passagem pelo Caps AD contribua para produzir autonomia, ou seja, para um “[...] aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida”¹⁸ (p.852).

Há, entretanto, demandas dirigidas aos Caps AD que podem ser associadas à diminuição da autonomia, relacionam-se com o estabelecimento de controle sobre as pessoas que usam drogas e suas formas de existência que, muitas vezes, se distanciam das normas sociais. Alguns usuários chegam aos serviços a partir da demanda de outros, são encaminhados pelo Poder Judiciário ou por familiares ou por outros serviços de saúde. Gerentes e trabalhadores afirmaram que:

Alguns pacientes chegam aqui sem saber por que tão vindo pra cá, o que é isso aqui. Vêm porque o médico da UPA mandou (Gerente, AD 3).

O encaminhamento judicial vai na contramão de tudo que a gente constrói, vem um negócio de cima pra baixo, assim, cumpra-se (Trabalhador 2, AD1).

Eu observo que alguns usuários não têm nenhuma demanda de tratamento não. Eles fazem o tratamento mais pelo outro, pela mãe, por causa do marido, da esposa (Trabalhadora 2, AD2).

Souza¹⁶, a partir das contribuições de Foucault, permite compreender que diferentes estratégias podem estar presentes nos serviços de saúde. Algumas servem à produção de formas de governo da vida, à biopolítica. Outras, de maneira contraditória, podem favorecer a construção de linhas de resistência a essas formas de governo. As demandas às quais os Caps AD são convocados a responder, que não partem dos usuários, podem inseri-los no conjunto de práticas biopolíticas. Por outro lado, a expectativa de ampliação de autonomia, mesmo em contextos adversos, pode permitir a construção de linhas de resistência a essas formas de governo e de controle. Compreender melhor as estratégias e as demandas, às vezes contraditórias, que se apresentam no cotidiano é um desafio para os trabalhadores dos Caps AD.

Considerações finais

A pesquisa contribuiu para compreender que as pessoas que usam drogas e se dirigem aos serviços de saúde apresentam diferentes necessidades, demandas e expectativas que não se restringem à produção de abstinência. Ao associá-las a processos individuais, sociais, políticos e históricos, buscamos aproximá-las da complexidade que envolve as vidas das pessoas que usam drogas.

A ampliação das compreensões sobre tais necessidades, demandas e expectativas favorece o reconhecimento da importância da plasticidade dos trabalhadores de saúde não só para acolhê-las, interrogá-las e interpretá-las, mas também para ofertar uma atenção que seja com elas coerente. Compreendemos que, ao fazê-lo, os serviços de saúde podem se tornar mais próximos daquilo que as pessoas esperam, podem também evitar que se tornem técnico-centrados ou ainda que se orientem por pressupostos morais ou de controle.

Propomos, portanto, que tanto na produção de conhecimento, quanto na atenção em serviços de saúde e na gestão dos modelos e das políticas, tais necessidades, demandas e expectativas sejam sempre consideradas a partir da diversidade dos processos subjetivos, orgânicos, sociais e políticos que expressam. Desta forma, pesquisadores, trabalhadores e gestores podem contribuir para a promoção de práticas de atenção comprometidas com a produção de saúde e de vida das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas.

Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram da concepção e delineamento do trabalho, da discussão dos resultados e da aprovação final do manuscrito. Ana Regina Machado foi responsável pela produção e análise dos dados e pela redação do manuscrito. Zélia Maria Profeta da Luz e Celina Maria Modena foram responsáveis pela revisão crítica do conteúdo.

Agradecimentos

Ao Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas, pelo auxílio financeiro para a realização da pesquisa.

Referências

1. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11): 2309-2319.
2. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (CAPS AD). Salvador. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Universidade Federal da Bahia; 2009.
3. Lima RCC, Tavares P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. *Argumentum*. 2012; 4(2): 6-23.
4. 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.

5. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
6. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº1/2017. Brasília, DF: Conad; 2018.
7. McKeganey N, Morris Z, Neale J, Robertson M. What are drug users looking for when they contact drug services: abstinence or harm reduction? *Drugs: Education, Prevention, and Policy*. 2004; 11(5): 423-435.
8. Bastos FI, Bertoni L, organizadores. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack. Rio de Janeiro: IciCT/ Fiocruz; 2014.
9. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres JRC; Santos, L, organizadores. *Saúde, sociedade e história - Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves*. São Paulo, Porto Alegre: Hucitec, Rede Unida; 2017. p. 298-374.
10. Ayres JRCM. Prefácio. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2009. p. 11-14.
11. Luz MT. Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2004. p.11-22.
12. Merhy EE, Feuerwerker LC. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 59-72.
13. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2004. p. 93-104.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 14ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2014.
15. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFRS. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.185-221.
16. Souza TP. *Estado e sujeito: a saúde entre a micro e a macropolítica de drogas*. São Paulo: Hucitec; 2018.
17. Cecilio LCA. Apresentação. In: Souza TP. *Estado e sujeito: a saúde entre a micro e a macropolítica de drogas*. São Paulo: Hucitec; 2018. p.13-22.

18. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(4): 849-859.
19. Souza J, organizador. *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; 2016. p. 29-37
20. Nery Filho A, Von Flach P. Os sujeitos e suas exclusões: os movimentos de resistências e os riscos de iatrogenia. In: Vecchia MD, Ronzani TM, Paiva FS, Batista CB, Costa PH, organizadores. *Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de Guerra às Drogas*. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p.299-318.
21. Pinheiro R, Guizardi FL, Machado FRS, Gomes, RS. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: Pinheiro R, Müller Neto JS, Ticianel FA, Spinelli MAS, Silva Júnior AG, organizadores. *Construção social da demanda por Cuidado: Revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO; 2013. p.33-54.
22. Sanches LR, Vecchia MD. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*. 2018; 30: p.1-10
23. Campos GWS, organizador. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003. p.51-67
24. Onocko-Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(3): 573-583.
25. Dutra R, Henriques V. O poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack: invisibilidade de classe e estigma de gênero. In: Souza J, organizador. *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; 2016. p. 305-327.
26. Sevalho G. Necessidade em saúde e determinação social. *Intervozes: trabalho, saúde e cultura*. 2016; 1(1): 80-82.
27. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Porto Alegre, Rio de Janeiro: EDUCS/UFRGS: IMS/UERJ CEPESC; 2006. p. 37-50.

5.2 Artigo 2

Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD)?²

Ana Regina Machado. Instituto de Pesquisas René Rachou/ Fiocruz Minas. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil. E-mail: anarmachado@uol.com.br

Celina Maria Modena. Instituto de Pesquisas René Rachou/ Fiocruz Minas. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil. E-mail: celina.modena@fiocruz.br

Zélia Maria Profeta da Luz. Instituto de Pesquisas René Rachou/ Fiocruz Minas. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil. E-mail: zelia.profeta@fiocruz.br

Resumo

Os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps AD) ofertam atenção no Sistema Único de Saúde às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, a partir de inovações associadas à inclusão da atenção psicossocial e da redução de danos em sua concepção de atenção. Buscando compreender como têm sido desenvolvidas as práticas desses serviços, bem como a lógica de atenção que adotam, realizamos uma pesquisa, de abordagem qualitativa, que envolveu observação participante, entrevistas semiestruturadas com gerentes e grupos focais com usuários, familiares e trabalhadores em três Caps AD, localizados no município de Belo Horizonte/ MG. Constatamos que estes serviços priorizam práticas que produzem acolhimento, vínculos e atenção aos comprometimentos de saúde. Adotam a redução de danos, a atenção psicossocial e o cuidado como lógica de atenção. Realizam a atenção em serviços abertos, porém com pouca articulação com os recursos comunitários e territoriais. A pesquisa permitiu compreender que os Caps AD realizam práticas coerentes com as inovações propostas, que buscam ampliar as possibilidades de vida das pessoas que usam drogas.

Palavras-chave. Assistência integral à saúde. Centros de tratamento de abuso de substâncias. Usuários de drogas

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps AD) foram criados para ofertar no Sistema Único de Saúde (SUS) atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tais serviços deveriam desenvolver práticas capazes de produzir inovações em relação aos tratamentos já existentes, muitas vezes restritos às abordagens médico-psiquiátricas ou religiosas e às internações em hospitais psiquiátricos ou em comunidades terapêuticas, que adotavam a abstinência como condição e meta exclusiva da

² Este artigo foi submetido e aceito para publicação na Physis: Revista de Saúde Coletiva, conforme informação constante no ANEXO D.

atenção. A Portaria n.336/2002 e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) apresentaram as primeiras definições sobre a atenção em Caps AD. Os serviços, para manter coerência com os princípios do SUS (universalidade, integralidade e igualdade), deveriam assegurar acesso às ações de saúde de acordo com as necessidades das pessoas que usam drogas. Os Caps AD deveriam também, para manter coerência com a política de Saúde Mental formulada a partir da Reforma Psiquiátrica, constituir-se como serviços abertos e territorializados e ofertar atenção às pessoas que usam drogas considerando seus processos de sofrimento e adoecimento e promovendo cidadania e autonomia (BRASIL, 2003). O Ministério da Saúde (MS) propôs ainda que os Caps AD adotassem a concepção ampliada de redução de danos, buscando contribuir para o acolhimento, o cuidado, a construção de vínculos sociais, a cidadania, a autonomia, o protagonismo dos usuários e a redução de riscos e danos associados ao uso de drogas, sem exigir a abstinência como condição ou meta exclusiva de suas práticas (BRASIL, 2003).

Considerando esta multiplicidade de finalidades, os Caps AD deveriam ofertar uma atenção em rede que envolvesse pontos de atenção do SUS e de outros setores, além de recursos do território. Em 2011, o MS propôs a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e definiu os serviços do SUS que deveriam se comprometer com a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas. Com a criação da RAPS, as atribuições do Caps AD foram definidas mais uma vez. Os serviços deveriam, então, constituir-se como referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e de maior gravidade; acolher usuários sem qualquer barreira de acesso; construir, de maneira compartilhada com usuários, projetos terapêuticos singulares que considerassem o contexto social e as possibilidades de ampliação da vida; contribuir para a reabilitação psicossocial; definir profissionais de referência para os usuários; ofertar práticas de acordo com as necessidades, ofertar cuidado em situações de comorbidade psiquiátrica ou clínica e realizar atendimentos de casos compartilhados com outros pontos de atenção (BRASIL, 2012). Os Caps AD deveriam, portanto, constituir-se como um campo de práticas comprometido com a produção de saúde e de vida das pessoas que usam drogas.

Entre os anos 2002 e 2014, foram implantados 378 Caps AD no Brasil (BRASIL, 2015). O desenvolvimento da atenção nestes serviços, a partir das inovações propostas pelo MS, tem se constituído como desafio em um contexto histórico e social marcado pela criminalização das pessoas usuárias de drogas, no qual as práticas de saúde têm sido desenvolvidas como parte de um projeto global de guerras às drogas, que busca reforçar a lógica de controle das

condutas desse segmento da população (SOUZA, 2018). Os Caps AD, que em sua concepção deveriam produzir rupturas com essa lógica, têm desenvolvido suas práticas em meio a muitas disputas.

Neste contexto, torna-se importante compreender quais possibilidades de atenção têm sido sustentadas nos Caps AD. Pesquisas realizadas mostram que alguns serviços têm adotado modos de atenção coerentes com as proposições do MS que envolvem: a produção de acolhimento e cuidado (FODRA; COSTA-ROSA, 2009; MOURA; SANTOS, 2011; MARQUES; MANGIA, 2013; LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017); a promoção de cidadania e de inclusão social (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017); a disponibilização de medicamentos (MORAES, 2008); a produção de novas formas de gestão do consumo de drogas (MOURA; SANTOS, 2011); a oferta de cuidado ao corpo e a proteção temporária (MARQUES; MANGIA, 2013). As pesquisas mostram, por outro lado, que alguns Caps AD ofertam uma atenção que se distancia daquilo que deveriam ofertar. Os serviços apresentam dificuldades no acolhimento, muitas vezes restrito às pessoas abstinentes e feito por trabalhadores pouco disponíveis (MORAES, 2008; FODRA; COSTA-ROSA, 2009; MOURA; SANTOS, 2011; LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017); dificuldades na promoção de inclusão social e de articulação de redes (MORAES, 2008; FODRA; COSTA-ROSA, 2009); dificuldades na promoção de autonomia (WANDEKOKEN; QUINTANILHA; DALBELLO-ARAÚJO, 2015; LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017); dificuldades de reconhecimento dos usuários como sujeitos e cidadãos (MORAES, 2008); predomínio de práticas biomédicas (FODRA; COSTA-ROSA, 2009; VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018); adoção da compreensão individualista e descontextualizada dos problemas associados ao consumo de drogas (VASCONCELOS; PAIVA; VECCHIA, 2018); adoção de lógica disciplinar e punitiva (WANDEKOKEN; QUINTANILHA, DALBELLO-ARAÚJO, 2015). As pesquisas permitem compreender que os Caps AD desenvolvem diferentes práticas e adotam lógicas de atenção contraditórias, às vezes coerentes com o modo de atenção proposto pelo MS, às vezes coerentes com o controle das pessoas que usam drogas que a política de guerra às drogas busca realizar.

Buscando ampliar as compreensões sobre o modo de atenção dos Caps AD, as práticas que produzem e as lógicas que adotam, realizamos uma pesquisa qualitativa nos três serviços do município de Belo Horizonte/ MG. Compreendemos que esta pesquisa, assim como outras produções de conhecimento sobre as práticas de serviços de base territorial e comunitária de atenção em álcool e outras drogas, tem relevância para uma rede que conta com quase 400 Caps AD e com outros serviços que compartilham a tarefa de ofertar atenção no SUS às

peças que usam drogas. Comprendemos também que o estudo das práticas, do que tem sido possível produzir no cotidiano dos serviços a partir dos encontros entre usuários, trabalhadores, familiares e gerentes, é um meio privilegiado para analisar as contribuições de uma política e do modo de atenção que propõe.

METODOLOGIA

No desenvolvimento da pesquisa, de abordagem qualitativa, buscamos produzir interpretações sobre as práticas de atenção desenvolvidas em Caps AD considerando duas proposições de Santos (2007): alargar o presente de maneira a evitar o desperdício das experiências que nele emergem e adotar referenciais teóricos produzidos nos próprios países que as desenvolvem para compreendê-las (SANTOS, 2007).

Para aproximar das experiências que os Caps AD desenvolvem, realizamos um percurso metodológico que envolveu diferentes técnicas e a participação de diferentes sujeitos dos três Caps AD do município de Belo Horizonte. No trabalho de campo, desenvolvido entre outubro de 2016 e setembro de 2017, realizamos um total de três entrevistas semiestruturadas com gerentes (3 participantes), três grupos focais com usuários (30 participantes), três grupos focais com familiares (20 participantes), três grupos focais com trabalhadores de nível médio e superior (31 participantes), além de 120 horas de observação participante nas diferentes atividades dos Caps AD (Plantões, Permanência-Dia, oficinas, assembleias, grupos de familiares, atividades no território e reuniões de equipe).

A análise e a interpretação dos dados seguiram as etapas propostas por Gomes et al. (2005). Após realizar várias leituras do material produzido no trabalho de campo (transcrições de entrevistas e grupos focais e registros do diário de campo), criamos uma estrutura de análise que permitiu a organização do material por grupo de sujeitos participantes e, posteriormente, por categorias empíricas (Acolhimento e vínculo, Atenção aos comprometimentos orgânicos e psíquicos, Promoção de cidadania). Desta forma, foi possível não só identificar proximidades e divergências nas interpretações dos diferentes sujeitos, bem como a triangulação das interpretações obtidas por meio das diferentes técnicas. Após análise, realizamos a interpretação dos dados, utilizando a produção teórica do campo da Saúde Coletiva sobre atenção em saúde, do campo de álcool e outras drogas sobre a atenção em serviços de saúde e do campo da Saúde Mental sobre as práticas em serviços abertos e comunitários. Na produção da interpretação, buscamos considerar também os processos sociais e históricos (criminalização e patologização do uso de drogas, exclusão e desqualificação social) que conformam as práticas de saúde e as vidas das pessoas que usam drogas no Brasil. Desta

forma, aproximamos não só da proposição de Santos (2007) de compreender os objetos investigados a partir da produção teórica de autores que se encontram mais próximos a eles, mas também da Hermenêutica-Dialética. De acordo com Minayo (2014), este referencial teórico-metodológico contribui para a tarefa de compreender e criticar o objeto, de identificar os consensos e dissensos, de considerar a cotidianidade e os macroprocessos, as contradições e os acordos.

Os dados utilizados neste artigo fazem parte da pesquisa “Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas: Uma análise do cuidado nos Caps AD de Belo Horizonte/MG”, realizada durante o Curso de Doutorado (CAE n.57956416.0.0000.5091). A realização da pesquisa não envolveu conflitos de interesse, seguiu todas as exigências previstas Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ MG.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados permitiram compreender que os Caps AD de Belo Horizonte priorizam o desenvolvimento de práticas de produção de acolhimento e vínculos e de atenção aos comprometimentos de saúde das pessoas que usam drogas. Ofertam também, ainda que sem priorização, práticas que contribuem para a produção de cidadania. Incluem elementos da redução de danos, da atenção psicossocial e do cuidado em suas lógicas de atenção. Sustentam a atenção em serviços abertos, porém com pouca articulação com os recursos comunitários e territoriais.

A partir das categorias empíricas (Acolhimento e vínculo, Atenção aos comprometimentos orgânicos e psíquicos, Promoção de cidadania), buscamos destacar as interpretações dos sujeitos participantes sobre a atenção nos Caps AD, bem como o modo como essa atenção tem sido cotidianamente produzida. Buscamos, ao fim, destacar as aproximações e os distanciamentos entre a atenção produzida nos Caps AD e aquela proposta pelo Ministério da Saúde em suas políticas e normativas.

As práticas produzidas nos serviços

Acolhimento, cuidado e vínculo

Usuários, familiares, trabalhadores e gerentes afirmaram, de maneira consensual, que os Caps AD privilegiam o desenvolvimento de práticas que produzem relações interpessoais: “acolhimento”, “atenção”, “reconhecimento do outro como ser humano”, “vínculos”,

“convivência”, “apoio” e “cuidado”. Tal resultado foi também encontrado em outras pesquisas realizadas em Caps AD (FODRA; COSTA-ROSA, 2009; MOURA; SANTOS, 2011; MARQUES; MANGIA, 2013; LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017).

Os sujeitos participantes afirmaram, nos grupos focais, que os Caps AD acolhem as pessoas que fazem uso de drogas como seres humanos, sem privilegiar aspectos patológicos ou estigmas que podem ser associados a seus modos de vida. Os participantes afirmaram:

As pessoas aqui são tratadas como seres humanos. Este diferencial saltou aos meus olhos quando cheguei aqui. Os usuários também comentam que aqui são tratados como seres humanos, não como viciados (Trabalhadora 4, grupo focal, Caps AD 1).

Eu sou muito bem atendido. As pessoas que trabalham aqui dão muita atenção pra gente e essa atenção tá mudando meu pensamento. Lá fora olham você com outros olhos, é mais difícil (Usuário 5, grupo focal, AD2).

O reconhecimento da condição humana e da condição de sujeito parece não fazer parte do cotidiano da vida das pessoas atendidas nos Caps AD que, muitas vezes se reconhecem e são reconhecidos como objetos. As dificuldades que têm para regular o uso de drogas e as marcas de diferentes processos sociais - criminalização, estigmatização, exclusão, desclassificação social – na produção de suas subjetividades contribuem para isso. Os diferentes sujeitos participantes reconheceram a presença desses processos sociais nas vidas dos usuários dos Caps AD:

O meu filho não tem um amigo. Ninguém! Só tinha um cachorrinho lá em casa que gostava dele, o resto só quer matar ele. Porque ele usa drogas ele é o pior da rua, ele é o ladrão, ele é tudo de ruim. Tudo que aparece de errado foi ele que fez. As pessoas tomam raiva tanto do vício como dele e aí ele mergulha mais ainda. Ninguém gosta dele só porque ele usa drogas (Familiar 9, grupo focal, Caps AD3).

Eu fui expulsa de casa, lá ninguém quer saber de mim, eu tô morando no num abrigo (Usuária 3, grupo focal, Caps AD1).

São pessoas que estão à margem da margem e são tratadas como objetos, muitas vezes se resumem a essas substâncias que elas fazem uso (Trabalhadora 1, grupo focal, Caps AD 2).

Tem muito preconceito, muito estigma, é uma população que sempre foi marginalizada (Gerente, entrevista semiestruturada, Caps AD1).

Alguns autores contribuem para compreender como esses processos sociais dificultam o reconhecimento das pessoas que usam drogas como seres humanos e como sujeitos. Souza (2016) observa que a desclassificação social gera sentimentos de ser “menos que humanos” às pessoas que usam crack e vivem nas ruas. Souza (2018) observa que a criminalização e a patologização do uso de drogas produzem subjetividades marcadas pela delinquência e pela doença, o que gera dificuldades e ambiguidades no campo das relações sociais, inclusive entre usuários e trabalhadores de saúde (SOUZA, 2018). Ayres (2011), ainda que sem referir

especificamente às pessoas que usam drogas, afirma que processos de vulnerabilização, que produzem o “não reconhecimento” ou o desrespeito, têm consequências danosas para os sujeitos e expressam fragilidades éticas e políticas sobre as quais se assentam as relações sociais (AYRES, 2011). A esses processos, ainda segundo o autor, podem se associar déficits de saúde, de cidadania, de inclusão e de reconhecimento que justificam a necessidade do cuidado nas práticas de saúde. Nestas práticas, estão presentes, além de uma dimensão tecnológica (aplicação de saberes sob a forma de tecnologias), uma dimensão prática (consideração de aspectos existenciais, éticos e políticos) que implica no reconhecimento do outro como sujeito e na valorização da construção de relações intersubjetivas no espaço assistencial (AYRES, 2011). Ayres (2000) utiliza o conceito de cuidado para designar essa dimensão prática que valoriza a “[...] a intersubjetividade viva no momento assistencial [que] permite escapar a uma objetivação “dessubjetivadora” exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico” (AYRES, 2000, p. 119). Nos Caps AD pesquisados, o acolhimento e a produção de vínculos contribuem para assegurar a presença do cuidado nas práticas dos serviços, conforme destacado pelos diferentes sujeitos participantes:

A oferta da acolhida, do acolhimento é primordial às outras, porque aí você cria vínculo (Gerente, entrevista semiestruturada, Caps AD2).

As pessoas aqui são muito carinhosas, recebem a gente, assim, sem nenhum tipo de preconceito, sem nenhum tipo de restrição (Familiar 7, grupo focal, Caps AD2).

A atenção dos profissionais foi muito importante pra mim, pro tratamento do meu filho, porque aqui ele criou um vínculo. Ele estava na rua, foi uma situação muito sofrida pra gente. Aqui ele criou um vínculo, ele gosta de vir, ele pede pra vir (Familiar 2, grupo focal, Caps AD1).

Aqui os profissionais são muito próximos do paciente, né, em relação ao que o paciente tá sentindo, tá passando... O acolhimento é muito bom, ajuda muito na redução da droga (Usuário 5, grupo focal, Caps AD3).

Apesar do consenso constatado nos grupos focais e nas entrevistas sobre a importância das práticas produtoras de relações intersubjetivas, na observação participante percebemos que os três Caps AD não as sustentam da mesma forma.

Em dois serviços pesquisados, foi possível observar a coexistência dessas práticas com outras que reproduzem relações sociais objetivadoras, vivenciadas pelos usuários em seus diferentes contextos de vida. No Caps AD 1, nas oficinas, nos plantões, na sala de espera e nas atividades no território, observamos trabalhadores disponíveis para o acolhimento e para o cuidado, sem realizar julgamentos ou exigências junto aos usuários. Na Permanência-Dia (PD), entretanto, presenciemos relações sociais baseadas na disciplina e no controle ou

mesmo a ausência de cuidados: usuários ociosos ou adormecidos pelos corredores, técnicos de enfermagem exercendo funções de vigilância, pouca convivência entre técnicos de nível superior e usuários. No Diário de Campo, um registro ilustra esta situação:

Na PD, muitos usuários estavam dormindo, alguns jogavam baralho, um grupo tocava violão, um grupo parecia entediado... Nenhum técnico de nível superior presente. Pergunto-me pelo significado da PD para a equipe e para os usuários, ela parece não marcar um antes e um depois, um dentro e um fora, uma descontinuidade ou diferença na vida dos usuários (Pesquisadora, Diário de Campo, outubro de 2016).

No Caps AD 2, foi possível observar momentos de acolhimento e de cuidado nos grupos, oficinas e assembleias. Alguns acontecimentos, entretanto, sinalizavam dificuldades de encontro e convivência entre trabalhadores e usuários: reuniões de passagens de plantão muito extensas com quase duas horas de duração (tempo em que a equipe deixava de estar com os usuários), usuários dispersos pelo serviço sem muitos vínculos com outros usuários ou com os trabalhadores, usuários ociosos pedindo insistentemente para sair da PD.

Os grupos focais realizados com usuários nos dois serviços corroboraram estas observações. Usuários queixaram-se da ociosidade na PD e da dificuldade para conversar com os técnicos de referências ou médicos. O cuidado está presente, mas também ausente das práticas dos dois serviços. Em alguns momentos, estes serviços não sustentam uma distinção capaz de justificar o interesse ou mesmo a presença dos usuários. Eles poderiam estar nos Caps AD, como em outros lugares.

No Caps AD 3, observamos uma proximidade maior entre trabalhadores e usuários. Trabalhadores da área administrativa participavam das atividades da PD, gerente, técnicos de referência e médicos coordenavam oficinas, um redutor de danos articulava as atividades no território e junto com os técnicos de enfermagem apoiavam os usuários em suas necessidades e demandas cotidianas. Mais do que ocupação, as atividades da PD proporcionavam o encontro e o convívio entre usuários e trabalhadores, para além daqueles previstos nas áreas profissionais e isso parecia fazer a diferença. Lobosque (2003) e Almeida (2018) afirmam a importância dos trabalhadores estarem ao lado dos usuários, tanto como técnicos quanto como sujeitos, dispostos a conviver e a inventar motivos e sentidos para permanecerem juntos em serviços abertos, como os Caps, mas também fora deles. As relações intersubjetivas construídas parecem ter contribuído para que o Caps AD 3 se constituísse como um “contra espaço”, como propõe Parada (2003), capaz de se diferenciar dos outros espaços pelos quais os usuários circulavam. Parada (2003), a partir das contribuições de Foucault, afirma que as instituições devem produzir heterotopias, ou seja, espaços que se diferenciam de outros, se pretenderem oferecer acolhimento às pessoas que usam drogas. O autor afirma que o “[...]”

drama de vários de nossos pacientes é justamente chegar a um ponto em que os lugares não se distinguem em quase nada e se sucedem em repetição monótona e mortífera” (PARADA, 2003, p.226). Os serviços de atenção devem, então, se constituir como lugares distintos, capazes de produzir sentidos às pessoas que usam drogas e que permitam a elas encontrar “... o que tiveram dificuldade de encontrar em outro lugar” (PARADA, 2003, p.226). As concepções e posturas da equipe e a organização da atenção de modo a favorecer encontros e convivências produzem distinções entre o dentro e o fora do Caps AD 3. O serviço é reconhecido como espaço de acolhimento e cuidado e também como espaço terapêutico, onde é possível construir novas formas de gestão do uso de drogas, coincidentes ou não com a abstinência (CECÍLIO, 2018). No grupo focal do Caps AD 3, os usuários afirmaram que:

O serviço contribuiu pra me dar essa livre escolha de usar ou não usar drogas (Usuário 3, grupo focal, AD 3).

Eu não espero ser curado 100% mas eu queria sair daqui e voltar a ter a minha vida (Usuário 5, Grupo focal, Caps AD3).

Tem três meses que eu tô aqui e não uso crack, eu tô liberto. O serviço contribuiu muito pra minha recuperação. Isso valeu pra mim. A fissura acabou (Usuário 7, grupo focal, AD 3).

O Caps AD 3 se constitui como espaço de acolhimento, de cuidado e de convivência. Dessa maneira, parece viabilizar-se também como espaço terapêutico.

Atenção aos comprometimentos orgânicos e psíquicos

Nos grupos focais, os sujeitos participantes ressaltaram também a oferta de práticas de atenção aos comprometimentos orgânicos e psíquicos nos Caps AD. Usuários e familiares destacaram a importância da disponibilização e utilização de medicamentos e dos atendimentos dos médicos e dos técnicos de referência na atenção que recebem nos serviços. Gerentes e trabalhadores destacaram, além da importância desses atendimentos, a oferta de atenção às situações de crises e às urgências. A observação participante confirmou a importância dessas práticas. Os usuários, com frequência, recebem atenção a diferentes comprometimentos, tais como: síndromes de abstinência, intoxicação, hipertensão, hepatites, AIDS, agitação psicomotora, depressão, psicose e tentativas de autoextermínio. As equipes de plantão não apresentam dificuldades na oferta desta atenção. Quando necessário, acionam outros serviços como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou serviços especializados.

Os trabalhadores, com diferentes formações, compartilham o atendimento às crises e também o acompanhamento dos usuários. Não observamos relações desiguais de poder entre os

trabalhadores de nível superior, nem o predomínio de uma abordagem biomédica nos Caps AD. Resultado que se diferencia daqueles encontrados por Fodra e Costa-Rosa (2009) e Vasconcelos, Paiva e Vechhia (2018), que constataram o predomínio de práticas medicamentosas ou do modelo biomédico nesses serviços. A adoção de uma concepção ampliada sobre a atenção, a postura dos trabalhadores e gerentes e mesmo o reconhecimento da complexidade das situações de crise, que envolvem comprometimentos orgânicos e psíquicos e também vulnerabilidades sociais, relativizam o lugar do saber e do poder biomédico. Uma situação registrada no Diário de Campo contribui para a compreensão da complexidade crises que se apresentam nos serviços e como a equipe se organiza para atendê-la:

Uma usuária de cocaína e de álcool com 68 anos de idade foi levada pela polícia ao plantão da manhã. Havia quebrado móveis e agredido fisicamente alguns familiares em sua casa. A equipe a acolheu e a incluiu no leito de desintoxicação. Assim que teve oportunidade, a usuária saiu do serviço. No plantão da tarde, a família fez vários contatos e pediu ajuda. A usuária estava muito agitada e a família a havia contido. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Polícia Militar (PM) estavam se recusando a atendê-la. Os técnicos de plantão conversaram várias vezes com os familiares por telefone e orientaram a insistir com o SAMU para levar a usuária ao Caps AD. No fim da tarde, o SAMU leva a usuária ao serviço, que é imediatamente atendida pela equipe e acolhida no leito mais uma vez. O médico a atende e manifesta sua preocupação. Pergunta pelo sentido de medicar uma mulher que usa cocaína há mais de 50 anos e que não quer ficar no serviço. Um técnico de plantão afirma que ela precisa ficar e que o Caps AD tem condições de acolhê-la, diz que a medicação pode ajudar e que as técnicas de enfermagem HN podem acionar o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) durante a noite, se necessário. O médico parece não perceber muito sentido, mas acaba medicando a usuária. No início da noite, a usuária começa a gritar, não quer ficar no leito, começa a agredir o filho. Logo depois, tranquiliza. O medicamento começa a fazer efeito. A usuária pernoita no serviço. (Pesquisadora, Diário de Campo, novembro de 2016)

A complexidade desta situação - que envolveu aspectos relacionais, agitações e agressões, a recusa da usuária para ser medicada e para permanecer no serviço e a mobilização de várias instituições, como a PM, o SAMU e a família - demonstra a importância dos diferentes saberes e profissionais para manejá-la. Os técnicos plantonistas sustentaram a possibilidade de acolhimento da usuária no Caps AD 1, quando a família não sabia mais o que fazer e o SAMU parecia não apostar na possibilidade de atendimento a usuária. A atuação e a prescrição do médico contribuíram para que a usuária suportasse permanecer no serviço. Além dos saberes profissionais, o atendimento a essa situação envolveu também uma lógica de atenção construída a partir da redução de danos (que permitiu ofertar o cuidado possível para assegurar a sobrevivência da usuária de maneira menos danosa), da atenção psicossocial (que permitiu compreender a complexidade psicossocial da crise, bem como sustentar a

possibilidade de atendê-la em um serviço aberto e territorial) e também do cuidado (que favoreceu a oferta de acolhimento, escuta e apoio).

Nos Caps AD pesquisados, todos os usuários são atendidos por técnicos de referência que podem ter diferentes formações profissionais: terapia ocupacional, serviço social, enfermagem ou psicologia. Estes técnicos têm como função realizar acompanhamentos mais próximos dos usuários, a partir da escuta singularizada de seus sofrimentos. Alguns usuários reconhecem a importância desses técnicos: são “mais profissionais”, “mais estudados”, mais capazes de ajudá-los a “suportar a fissura” e a construir “novos projetos de vida”. Outros usuários, entretanto, não fazem distinção entre os técnicos de referência e os outros trabalhadores dos Caps AD.

Durante a observação participante, mais do que nos grupos focais, foi possível perceber que parte importante da atenção realizada nos Caps AD se destina ao atendimento aos comprometimentos de saúde dos usuários, em situações de crise ou não.

Promoção de cidadania

Nos Caps AD pesquisados, algumas práticas são realizadas de maneira a favorecer o acesso a direitos sociais básicos. Os usuários reconhecem a importância dessas práticas:

Tudo que eu preciso eu consigo aqui, os remédios e a alimentação, o café da manhã, o almoço e o café da tarde (Usuário 5, grupo focal, Caps AD2).

Aqui é como se fosse a minha casa, eu não tenho casa, sou morador de rua. Eu venho aqui 3 vezes por semana...Tomo meu banho, me alimento (Usuário 1, grupo focal, Caps AD3).

As gerentes dos serviços consideram que essas práticas são importantes para os usuários e que cabe aos Caps AD ofertá-las. Entre os trabalhadores, não há consenso. Alguns consideram que os Caps AD podem se tornar assistencialistas e deixarem de ser terapêuticos, se ofertarem essas práticas. Outros compreendem que não é possível cuidar sem que direitos básicos de sobrevivência sejam assegurados aos usuários, não só pelos Caps AD, mas também por outros serviços e redes de apoio. Campos (2006) propõe que os serviços de saúde considerem os sujeitos, seus contextos de vida e seus sofrimentos e adoecimentos na oferta de suas práticas. Desconsiderar qualquer um destes elementos e também as necessidades que deles decorrem pode contribuir para deixar fora dos serviços de saúde as pessoas que deles necessitam. Compreendemos que práticas que buscam contribuir para a promoção de direitos sociais básicos não são de responsabilidade exclusiva dos Caps AD mas, tão pouco, devem ser estranhas a eles.

Os Caps AD contribuem para assegurar o direito ao acesso a diferentes serviços de saúde, de acordo com as necessidades dos usuários. Ainda que o SUS tenha como princípios a universalidade e a integralidade e devesse assegurar esse direito a todos, processos de estigmatização, de exclusão e de desqualificação social de pessoas que usam drogas dificultam o acesso a serviços de saúde. Uma das gerentes afirmou:

Muitos usuários, mesmo estando ali, na praça, que é do lado do Centro de Saúde, não entram lá... Eles entram na UPA, porque entram levados. Mas eles não se sentem acolhidos, convidados, pertencentes àquele lugar (Gerente, entrevista semiestruturada, Caps AD2).

Os usuários afirmaram a contribuição dos Caps AD na promoção do acesso aos serviços de saúde de que necessitam:

Se você precisar de alguma coisa de um médico, de um profissional fora daqui, os profissionais daqui te encaminham. As pessoas que chegam aqui, elas podem estar drogadas e ter um problema muito mais sério, um problema no fígado, por exemplo, igual eu tive né? Foi através deste serviço que eu pude saber (Usuário 1, grupo focal, Caps AD 2).

Eu tava com o pé inchado, tropecei num toco de madeira e aí inflamou. Aí eles me encaminharam lá pra UPA. Se a gente sentir mal, a gente vai pra UPA e eles atendem na hora (Usuário 1, grupo focal, Caps AD 1).

Outras práticas, como a circulação por diferentes espaços da cidade (exposições, cinema, centro da cidade e parques), a retirada de documentos e a inserção dos usuários em cursos profissionalizantes, que buscam contribuir para a promoção de cidadania, reinserção e reabilitação psicossocial, são realizadas nos Caps AD. Alguns sujeitos participantes afirmaram a importância de compreender melhor as contribuições dessas práticas para os usuários e de ofertá-las com mais frequência.

Os passeios, a dimensão das artes e as oficinas trazem algo que a gente ainda não consegue captar. Um paciente que tem dificuldade de andar de metrô sozinho, aí você possibilita isso a ele, com ele. Outro que nunca tinha ido ao no cinema e aí ele vivencia isso com a gente. As oficinas e os passeios trazem muitas oportunidades, a gente consegue produzir saúde por outro viés (Trabalhadora 7, Grupo focal, Caps AD1).

Eu sonho com um Caps AD que tenha vários espaços com atividades simultâneas. Mas eu não sei se tem que ser tudo dentro do Caps AD, né? Talvez fomentar mais ações no território, fora daqui (Gerente, Entrevista semiestruturada, Caps AD3).

Os Caps AD contribuem, mas poderiam contribuir mais, para que os usuários possam encontrar pertencimento nos diferentes espaços sociais. Fazer caber pessoas que apresentam diferenças, não só nos serviços de saúde mas em todo campo social, é um dos princípios das práticas antimanicomial de Saúde Mental, implantadas no Brasil desde o início dos anos 90 (LOBOSQUE, 1997; SILVA, 2015). Adotar tal princípio cotidianamente no desenvolvimento das práticas ainda é um desafio para os Caps AD. Na observação participante foi possível

perceber que, embora valorizadas por gerentes e por parte dos trabalhadores, as atividades relacionadas à promoção de cidadania, que exigiriam forte articulação com o território e com outras redes, não ocupam lugar central nas práticas dos Caps AD.

Apesar das dificuldades de articular redes, os serviços têm possibilitado que as pessoas mantenham os vínculos no território enquanto se tratam. O cuidado em liberdade, proposto pelo movimento antimanicomial e incorporado ao modo de atenção psicossocial proposto pelo MS, foi reconhecido como um importante diferencial dos Caps AD pelos usuários e seus familiares. Tal resultado contraria uma crítica corrente no campo social de que a expectativa de usuários e familiares restringe-se a tratamentos baseados na internação. De acordo com usuários e familiares:

Quando eles ficam presos - não é preso, é em tratamento fechado, mas eles se sentem presos - eles acham assim que a família excluiu eles da vida, que jogou eles pra lá (Familiar 3, grupo focal, AD3).

Eu gostei muito de ter meu marido por perto enquanto ele se tratava, mesmo com a dificuldade toda que eu passei com ele. Eu acho que se ele tivesse sido internado, ele estaria revoltado com a família (Familiar1 grupo focal, AD2).

Não é aquele lugar que você fica preso, não é obrigatório, né? Porque eu quero o meu tratamento, mas também quero a retomada de vida social (Usuário 7, Grupo focal, Caps AD2).

Esse negócio de ficar fechado não dá, já passei por três comunidades terapêuticas, mas eu sou livre, eu prezo demais minha liberdade, onde meu nariz aponta eu tô indo (Usuário 1, Grupo focal, Caps AD3).

Participar da construção de arranjos de vida no território que podem favorecer a ampliação da autonomia dos usuários é uma das tarefas dos Caps AD. Considerada como finalidade das ações de saúde por autores do campo da Saúde Coletiva, da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos, a autonomia pode ser compreendida como a capacidade de cada sujeito de compreender e de atuar sobre si e sobre o mundo (CAMPOS; AMARAL, 2007). Para Onocko-Campos e Campos (2006), a autonomia não é produzida apenas individualmente, envolve uma coprodução de sujeitos, políticas públicas, instituições e cultura (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2006). Na observação participante, a ampliação da autonomia não se apresentou como uma diretriz das práticas dos Caps AD. As situações apresentadas pelos usuários nos serviços revelam, sobretudo, limites para a sua promoção: alguns apresentam vínculos muito intensos com as drogas, muitos têm suas vidas marcadas por processos sociais e por políticas de controle. Sem desconhecer os limites e contradições que envolvem a ampliação de autonomia no campo da atenção às pessoas que usam drogas, o Ministério da Saúde a incluiu no modo de atenção que os Caps AD deveriam sustentar. No cotidiano dos

serviços pesquisados, entretanto, o fomento e a participação dos Caps AD na coprodução de autonomia das pessoas que usam drogas ainda se apresentam como desafios.

Manter a promoção de cidadania e a ampliação da autonomia como desafios cotidianos dos Caps AD e ampliar as compreensões sobre estes processos e suas contradições pode contribuir para evitar que os serviços, como temem alguns trabalhadores, se tornem assistencialistas. Pode também contribuir para favorecer o desenvolvimento de práticas atentas às múltiplas necessidades e direitos das pessoas que usam drogas e à ampliação de suas possibilidades de vida, mesmo em condições adversas.

As práticas produzidas nos serviços e a política do Ministério da Saúde

Os Caps AD pesquisados realizam práticas coerentes com o modo de atenção proposto pelo MS, entre os anos 2002 e 2015. Entre os diferentes aspectos observados nos serviços e considerados por trabalhadores, gerentes, usuários e familiares que permitem identificar essa coerência, destacamos: o reconhecimento das pessoas que usam drogas como sujeitos; a produção de acolhimento, cuidado e vínculos; a adoção da redução de danos, da atenção psicossocial e do cuidado na lógica de atenção; a promoção de acesso a direitos sociais básicos e a serviços de saúde; a sustentação do cuidado em liberdade, a permanência no território e a preservação dos laços sociais; a atenção aos comprometimentos orgânicos e psicossociais, em situações de crise ou não; o acompanhamento dos usuários por técnicos de referência; a oferta de escuta; o compartilhamento de saberes e práticas na atenção; a ampliação das possibilidades de vida das pessoas que usam drogas. Constatamos, entretanto, que alguns aspectos destacados pelos sujeitos participantes e observados nos serviços apontam para um distanciamento entre atenção feita nos Caps AD e aquela proposta pelo MS, dentre eles, destacamos: não priorização da promoção de cidadania e de autonomia; baixa articulação com redes e recursos do território; ausência de cuidado e a adoção da lógica repressiva em alguns momentos da atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas do SUS para atenção às pessoas que usam drogas, propostas entre os anos 2002 e 2015, apresentaram inovações associadas à inclusão da atenção psicossocial e da redução de danos na formulação de seus princípios e diretrizes. Tais políticas buscaram promover rupturas com modos de atenção que reduzem as experiências de uso de drogas a crimes ou a doenças e que se orientam pela abstinência como condição ou meta exclusiva das ações de saúde.

Desde o ano de 2002, essas políticas têm sido implantadas no SUS. A pesquisa que realizamos buscou ampliar as compreensões sobre as práticas de atenção que delas decorreram. Analisamos o que tem sido possível transpor das políticas para as práticas dos Caps AD, a partir da perspectiva dos gerentes, trabalhadores, usuários e familiares. Demonstramos as inovações que as práticas dos Caps AD têm produzido no campo da atenção às pessoas que usam drogas.

Nos Caps AD pesquisados, práticas que produzem acolhimento, vínculos sociais e atenção a comprometimentos de saúde e que adotam a redução de danos, a atenção psicossocial e o cuidado como lógicas de atenção têm sido priorizadas. Há, entretanto, diferenças na sustentação destas práticas em cada um dos serviços, conforme buscamos demonstrar, seja no atendimento de uma crise em suas dimensões orgânicas e psicossociais, seja na priorização de atividades que favorecem a convivência e os vínculos entre trabalhadores e usuários. Aproximações e diferenças podem também ser observadas entre as práticas dos Caps AD que pesquisamos e as práticas desenvolvidas por outros serviços, objetos das pesquisas apresentadas em nossa revisão de literatura. Os Caps AD de Belo Horizonte apresentam, assim como alguns dos Caps AD pesquisados, coerência com o modo de atenção proposto pelo MS. Os serviços que pesquisamos distanciam-se, entretanto, de outros Caps AD pesquisados que desconsideram a cidadania e a subjetividade das pessoas que usam drogas, privilegiam os saberes e fazeres biomédicos e adotam lógicas disciplinares e punitivas, que contradizem o modo de atenção proposto pelo MS. Estas aproximações e diferenças permitem compreender as práticas de atenção dos Caps AD como produções sociais, que apresentam singularidades que as políticas de atenção podem favorecer, mas não assegurar.

Percebemos, na realização da pesquisa, que os Caps AD apresentam desafios e contradições em suas práticas, quando assumem o compromisso de ampliar possibilidades de vida das pessoas que usam drogas em contextos sociais, políticos e culturais que, muitas vezes, buscam reduzi-las. Ressaltamos que novas análises, decorrentes de pesquisas acadêmicas ou da sistematização de reflexões produzidas nos próprios serviços, com a participação de usuários, familiares, gerentes e trabalhadores, são necessárias para compreender as possibilidades de contribuição de práticas, orientadas, por princípios da redução de danos e da atenção psicossocial, para as pessoas que vivem em contextos adversos e usam drogas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Anna Laura de. Cuidados no território: As práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM de Belo Horizonte. 2018. 196f. Dissertação

(Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018.

AYRES, José Ricardo C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

AYRES, José Ricardo de C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção da política da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes (orgs). *Cidadania no Cuidado: O universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2011. p. 27-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM MS nº336 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: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, Ago. 2007.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Apresentação. In: SOUZA, Tadeu de Paula. *Estado e sujeito: a saúde entre a macro e micro política de drogas*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.13-22.

FODRA, Rosita Emília Pereira; COSTA-ROSA, Abílio. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: análise dos discursos e da prática no contexto da Reforma psiquiátrica e Atenção psicossocial. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n.81, p.129-139. Jan./abr. 2009.

GOMES, Romeu et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves, SOUZA, Ednilsa Ramos (orgs). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 185-221.

LACERDA, Clarissa de Barros; FUENTES-ROJAS, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-372, Jun. 2017.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MANGIA, Elisabete Ferreira. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 433-444, Jun. 2013.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, fev. 2008.

MOURA, Fernanda Gonçalves de; SANTOS, Josenaide Engrácia dos. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 126-132, dez. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. 14ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa, CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz, 2006. p. 669-689.

PARADA, Carlos. O acolhimento revisitado. In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu*. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2003. p.221-229.

SANTOS, Boaventura de Souza. A sociologia das ausências e a sociologia das emergências: para uma ecologia dos saberes. In: SANTOS, Boaventura de Souza. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007.

SILVA, Rosimeire Aparecida da. Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. 2015. 199f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SOUZA, Jessé. A doença da humilhação. In: SOUZA, Jessé. (org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016. p. 29-37.

SOUZA, Tadeu de Paula. *Estado e sujeito: a saúde entre a macro e micro política de drogas*. São Paulo: Hucitec, 2018.

VASCONCELOS, Maria Paula Naves; PAIVA, Fernando Santana de; VECCHIA, Marcelo Dalla. O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, Belo Horizonte , v. 11, n. 2, p. 363-381, 2018.

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.

Title: From the policy propositions to the practices of the services: are there innovations in the Psychosocial Care Centers – Alcohol and Drugs (Caps AD)?

Abstract

The Psychosocial Care Centers – Alcohol and Drugs (Caps AD) offer care in Sistema Único de Saúde for people with problems caused by drug use, based on innovations associated to the inclusion of psychosocial care and harm reduction in their conception of care. We carried out a qualitative research to understand how the practices of these services have been done, as well as the logic of the care they adopt, doing participant observation, semi structured interviews with managers, focal groups with users, family members and workers in three Caps AD, located in the city of Belo Horizonte/ MG. We noticed that these services prioritize practices that produce welcoming, bonds and attention to the health issues. They adopt harm reduction, psychosocial care and care as treatment logic. They perform this care with open services, but with little articulation with community and territorial resources. The research allowed us to understand that the Caps AD perform coherent practices with the proposed innovations, which seek to extend the life chances of people who use drugs.

Keywords. Comprehensive Health Care. Substance abuse treatment center. Drug users

5.3 Artigo 3

Contribuições da atenção em serviços de saúde às pessoas que usam drogas: da exclusividade da produção da abstinência à ampliação das possibilidades de vida³

Contribuciones de la atención en los servicios de salud a las personas que consumen drogas: desde la exclusividad de la producción de abstinencia hasta la expansión de las posibilidades de vida

Contributions in health services to the caring of drug abusers: from exclusivity of abstinence production to the broadening of life possibilities

Ana Regina Machado. Mestre em Saúde Pública/ Universidade Federal de Minas Gerais. Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado). Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas. Analista de educação e pesquisa em saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte/ MG. Brasil. E-mail: anarmachado@uol.com.br. <https://orcid.org/0000-0001-8614-2533>.

Celina Maria Modena. Pós-Doutora em Saúde Coletiva/ Instituto René Rachou -Fiocruz Minas. Pesquisadora do Grupo de pesquisa em políticas públicas e direitos humanos em saúde e saneamento. Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas. Belo Horizonte/ MG. Brasil. E-mail: celina.modena@fiocruz.br. <https://orcid.org/0000-0001-5035-3427>

Zélia Maria Profeta da Luz. Doutora em Parasitologia/ Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora do Grupo de pesquisa clínica e políticas públicas em doenças infecciosas e parasitárias. Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas. Belo Horizonte/ MG. Brasil. E-mail: zelia.profeta@fiocruz.br. <https://orcid.org/0000-0002-0819-3025>

RESUMO

No Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, esforços têm sido realizados para implantar serviços de atenção às pessoas que usam drogas, dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), que adotam a atenção psicossocial e a redução de danos em seu modo de atenção. Neste estudo, buscamos analisar as contribuições que estes serviços têm produzido para as pessoas atendidas, partindo do pressuposto de que tais contribuições não se restringem à produção da abstinência. Para isso, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa que envolveu a realização de três grupos focais com usuários e 120 horas de observação participante em três Caps AD de Belo Horizonte. Os usuários reconheceram que os serviços contribuem para a promoção de relações sociais cuidadoras, do acesso a serviços de saúde e a direitos sociais básicos e da gestão do consumo de drogas coincidente ou não com a abstinência. Concluímos que as contribuições são coerentes com o modo de atenção dos Caps AD e favorecem a ampliação das possibilidades de vida das pessoas que usam drogas.

Palavras-chave: Centros de tratamento de abuso de substâncias. Usuários de drogas. Assistência integral à saúde.

³ Este artigo será submetido para publicação após a defesa da tese. Foi formatado de acordo com as orientações e normas da Revista Salud Colectiva do Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.

RESUMEN

En el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, se han realizado esfuerzos para implementar servicios de atención para las personas que usan drogas, como los Centros de Atención Psicosocial de Alcohol y Drogas (Caps AD), que adoptan Atención psicosocial y reducción de daños en su modo de atención. En este estudio, tratamos de analizar las contribuciones que estos servicios han producido para las personas atendidas, asumiendo que tales contribuciones no se limitan a la producción de abstinencia. Para esto, desarrollamos una investigación cualitativa que involucró la realización de tres grupos focales con usuarios y 120 horas de observación participante en tres Caps AD de Belo Horizonte. Los usuarios han reconocido que los servicios contribuyen a la promoción del cuidado social, del acceso a los servicios de salud y los derechos sociales básicos y de la gestión del uso de drogas coincidente o no con la abstinencia. Concluimos que las contribuciones son consistentes con el modo de atención de los Caps AD y favorecen la expansión de las oportunidades de vida de las personas que consumen drogas.

Palabras clave: Centros de tratamiento de abuso de sustancias. Consumidores de drogas. Atención integral de salud

ABSTRACT

In the National Health System (SUS) of Brazil, efforts have been made to implement services that care for drug abusers, among them, Psychosocial Care Centers – Alcohol and Drugs (Caps AD), that adopt psychosocial care and harm reduction in its way of taking care. In this study, we analyze the contributions which these services have produced for the people attended, assuming that such contributions are not restricted to the production of abstinence. To achieve this, we developed a qualitative research that involved three focal groups with users and 120 hours of participant observation in three Caps AD in the city of Belo Horizonte. The users recognized that the services contribute to the promotion of caring social relationships, access to health services and basic social rights and the management of drug consumption, coinciding or not with abstinence. We conclude that the contributions are coherent with the assistance of the Caps AD and favor the widening of life possibilities to drug users.

Keywords: Substance abuse treatment center. Drug users. Comprehensive health care

INTRODUÇÃO

No Brasil, entre os anos 2002 e 2015, o Ministério da Saúde (MS) buscou ampliar o acesso das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas às ações e aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da oferta de uma atenção baseada na concepção ampliada de redução de danos e na produção da cidadania e do cuidado a essas pessoas⁽¹⁻⁴⁾. Em 2015, o Brasil contava 378 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), 888 leitos em hospitais gerais, 111 Equipes de Consultórios na Rua e 4 Unidades de

Acolhimento Transitório, além de outros serviços de saúde não especializados destinados à atenção no SUS às pessoas usuárias de drogas⁽⁵⁾.

Os Caps AD foram os primeiros serviços abertos e territorializados criados para atender as pessoas em uso prejudicial de drogas. Possuem equipes multidisciplinares e ofertam várias modalidades de atendimentos (atendimentos à crise, atendimentos individuais e em grupos, permanência-dia, hospitalidade noturna, oficinas terapêuticas, atividades de reabilitação psicossocial), que podem compor diferentes projetos terapêuticos singulares⁽⁶⁾. Os Caps AD devem atuar junto a uma rede de serviços e recursos comunitários e devem dotar a redução de danos e a atenção psicossocial como lógicas de atenção. Estes serviços têm como finalidades a produção de cuidado, de vínculos sociais, de cidadania, de autonomia e de modos de regulação do uso de drogas. De maneira sintética, podemos afirmar que estes serviços desenvolvem práticas que buscam favorecer a ampliação das possibilidades de vida das pessoas que usam drogas, sem exigir e adotar a produção de abstinência como meta exclusiva de suas ações^(2,6).

Nos últimos dez anos, observamos, além do aumento do número de Caps AD, uma ampliação da produção de conhecimento sobre a atenção produzida nestes serviços⁽⁷⁻¹⁸⁾. Os estudos realizados têm privilegiado o desenvolvimento de análises da coerência entre as práticas dos serviços e os princípios, as diretrizes e as lógicas de atenção presentes em documentos normativos e técnicos que compõem a política do Ministério da Saúde para atenção às pessoas que usam drogas⁽⁷⁻¹⁵⁾. Tais estudos têm grande relevância, pois contribuem para compreender as dificuldades e as possibilidades da adoção de um modo de atenção orientado pela lógica da redução de danos e da atenção psicossocial, em um contexto em que prevalecem leis e políticas proibicionistas que favorecem o desenvolvimento de práticas de atenção orientadas pela produção de abstinência e pela lógica manicomial^(16,17). Os estudos realizados por Lacerda e Fuentes-Rojas⁽¹⁵⁾ e Marques e Mangia⁽¹⁸⁾, além de analisarem a coerência entre as práticas e as políticas que as propõem, permitem compreender as contribuições destas práticas para os usuários que a elas recorrem. Lacerda e Fuentes-Rojas⁽¹⁵⁾ constataram que o Caps AD contribui para favorecer o acesso a direitos sociais que são cotidianamente negados às pessoas que usam drogas, bem como para produzir vínculos sociais baseados no acolhimento e no apoio. Marques e Mangia⁽¹⁸⁾ concluíram que o Caps AD contribui para ampliar o autocuidado e a autoestima, para reorganizar a vida e para produzir diferentes formas de gestão do consumo de drogas, vínculos sociais, apoio, proteção e sentimentos de pertença e filiação. Estes estudos permitiram compreender que os Caps AD produzem diferentes contribuições

para as vidas das pessoas usuárias de drogas que não coincidem exclusivamente com a produção de abstinência.

Alguns autores ⁽¹⁹⁻²³⁾, a partir de reflexões teóricas sobre as práticas em serviços públicos de atenção às pessoas que usam drogas, contribuem para a construção de um referencial analítico que retira a exclusividade da produção da abstinência como meta e valor e que favorece a compreensão das diferentes contribuições desses serviços para as vidas das pessoas que a eles recorrem. Estes autores permitem compreender que há, no cotidiano das práticas de atenção dos Caps AD, constantes disputas éticas e políticas, nem sempre explicitadas. Souza⁽¹⁹⁾, a partir das contribuições de Foucault, observa que as práticas de saúde podem servir ao controle e à restrição das possibilidades de vida das pessoas que usam drogas, produzindo formas de governo de suas vidas. O autor observa que as práticas de saúde podem também resistir a essas finalidades e contribuir para a produção da vida e para a ampliação de suas possibilidades. As práticas de saúde podem, portanto, reproduzir ou produzir rupturas com formas de governo das vidas dos homens que a política hegemônica na área de drogas busca efetivar. A redução de danos, concepção que fundamenta a atenção em saúde no campo de álcool e outras drogas, contribui para dar visibilidade a outras possibilidades e finalidades para as práticas de saúde. Souza e Carvalho afirmam que a redução de danos “[...] ao se opor a alternativa SIM X NÃO (às drogas) recoloca o problema das drogas fora do esquema polarizado e maniqueísta que busca reduzir um campo de múltiplas possibilidades em duas categorias rígidas”^(20,p.43). Os autores afirmam que essas possibilidades, sempre construídas de modo singular, expressam novas regras para o viver, que podem incluir ou não o uso de drogas, que podem ou não coincidir com a produção da abstinência⁽²⁰⁾. Lancetti⁽²¹⁾ ressalta que as práticas de saúde contribuem, em muitas situações, para assegurar sobrevivência e proporcionar dignidade e acesso a direitos sociais básicos às pessoas que usam drogas. Em algumas situações, o autor observa que é possível ir além e favorecer a produção de rupturas, de linhas de fuga e de novos circuitos de existência a essas pessoas. Cecílio⁽²²⁾ ressalta que as práticas de saúde podem favorecer pequenos ganhos, que devem ser valorizados, pois podem significar a retomada, pelas pessoas que usam drogas, de algum autogoverno sobre suas vidas. Tirado-Otálvaro⁽²³⁾ propõe a adoção de uma concepção de saúde pública alternativa, centrada na produção da vida e não no processo saúde-doença, no desenvolvimento de práticas de saúde junto às pessoas que usam drogas. O autor propõe que a vida seja considerada a partir de uma perspectiva histórica-sociocultural-ontológica, ou seja, a partir de uma dialética entre sujeito e sociedade. Tirado-Otálvaro⁽²³⁾ favorece, desta forma, o desenvolvimento de reflexões contextualizadas sobre as possibilidades de produção e

transformação de vida que envolvem não só os sujeitos, mas também os movimentos sociais, as políticas públicas, as relações de poder e o Estado.

A partir das formulações destes diferentes autores, propomos, neste estudo, adotar a “ampliação das possibilidades de vida” como categoria analítica das contribuições das práticas dos Caps AD. Compreendemos que esta categoria é coerente com as finalidades da atenção nestes serviços que não se restringem à produção de abstinência e que consistem na produção do cuidado, da cidadania e da autonomia e na redução dos problemas associados ao consumo de drogas.

Buscando ampliar as compreensões sobre as contribuições da atenção em serviços abertos de saúde para as vidas das pessoas usuárias de drogas, realizamos uma pesquisa qualitativa em três Caps AD do município de Belo Horizonte, em Minas Gerais, no Brasil. Partimos do pressuposto de que diferentes contribuições têm sido produzidas aos usuários destes serviços que, entretanto, não adquirem visibilidade em um contexto social marcado por uma política de drogas proibicionista que adota e produz a abstinência como finalidade e valor das práticas de atenção. Consideramos os saberes, os valores e as percepções das pessoas atendidas nos Caps AD e buscamos ampliar as compreensões sobre as contribuições que estes serviços podem proporcionar. Os resultados de nossa pesquisa poderão subsidiar a realização de outras investigações interessadas no alcance de práticas e políticas comprometidas com a produção de saúde, de vida e de cidadania das pessoas que usam drogas em contextos sociais, econômicos e políticos que, muitas vezes, favorecem a sua negação.

METODOLOGIA

Optamos, na realização desta pesquisa, pela adoção de uma abordagem qualitativa da realidade inspirada na hermenêutica-dialética, que pudesse favorecer o conhecimento daquilo que as pessoas que usam drogas reconhecem como contribuições dos Caps AD para suas vidas. A hermenêutica, de acordo Minayo⁽²⁴⁾, nos orienta na construção de um modo singular de compreensão das produções sociais, que parte do que se passa nas relações intersubjetivas e que se expressa na linguagem. A autora observa que compreender não é apenas um posicionamento subjetivo do pesquisador, como seria, por exemplo, a contemplação do objeto pesquisado. Não é também um movimento de captação da subjetividade do objeto/sujeito participante. Compreender diz respeito a um “[...] entender-se uns com os outros”^(24. p.329), que se torna possível a partir do encontro com o diferente, com o outro do presente e também do passado. Envolve, portanto, um colocar-se no lugar do outro e compreender-se. O compreender envolve também a consideração da relação do objeto com o contexto e com a

história que estão sempre em modificação. A compreensão de um objeto, portanto, nunca se esgota. Neste estudo, buscamos compreender as contribuições dos Caps AD por meio de encontros com as pessoas que usam drogas e que são atendidas nestes serviços. Consideramos que a compreensão não se esgota nem na subjetividade da pesquisadora, nem na subjetividade dos sujeitos participantes, ela envolve diferentes relações com a alteridade, os contextos e os tempos históricos. As contribuições da dialética nos ajudaram a manter a atenção aos dissensos e às contradições que a linguagem nem sempre revela. Concordamos com Minayo que afirma que “[...] a hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais” (24. p.350). Buscamos, na realização deste estudo, produzir uma racionalidade sobre as contribuições das práticas dos Caps AD.

Entre setembro de 2016 e setembro de 2017, realizamos nossa pesquisa de campo nos três Caps AD do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, no Brasil. O município possui aproximadamente 2.500.000 habitantes e tem forte tradição no campo da reforma psiquiátrica antimanicomial. Desde o início dos anos 90, esforços da gestão da rede municipal de saúde, dos movimentos sociais de usuários e dos trabalhadores têm permitido a construção de uma das maiores e mais diversas redes de saúde mental do País⁽²⁵⁾. Desde o ano de 2008, a atenção nessa rede às pessoas que usam drogas, norteadas por princípios antimanicomiais e da Redução de Danos, vem sendo ampliada em meio a muitas disputas políticas.

Em cada um dos três Caps AD, realizamos um grupo focal com usuários e 40 horas de observação participante. No total, foram realizados três grupos focais com trinta sujeitos participantes (25 homens e 5 mulheres) e 120 horas de observação nos espaços coletivos de atenção (Espaço de Permanência-Dia, oficinas, assembleias, grupos, passeios pela cidade) e de encontro dos trabalhadores (Salas de plantão, reuniões de equipe e supervisões clínico-institucionais).

Na análise e interpretação dos dados seguimos as etapas propostas por Minayo^(23,26). Realizamos várias leituras do material empírico (transcrições dos grupos focais e registros do diário de campo), criamos uma estrutura de análise que permitiu a organização do material por serviços participantes (Caps AD 1, Caps AD 2 e Caps AD 3) e, posteriormente, por categorias empíricas (construção e reconstrução de laços sociais; produção de formas de gestão do uso de drogas; acesso a ações de saúde; acesso a direitos sociais básicos e produção de mudança nos modos de vida) que expressam as percepções dos usuários sobre as contribuições que os serviços têm lhes proporcionado. Na interpretação dos dados, relacionamos as categorias empíricas com a categoria analítica “ampliação das possibilidades

de vida”, construída a partir dos documentos técnicos e normativos produzidos pelo Ministério da Saúde entre os anos 2002 e 2015 e da revisão de literatura sobre a atenção no SUS às pessoas que usam drogas, especialmente em Caps AD. De acordo com essas referências, a ampliação das possibilidades de vida pode se expressar na produção do cuidado em saúde, de vínculos sociais, de cidadania, de autonomia e a produção dos modos de gestão do uso de drogas.

Durante a realização da pesquisa, a partir de mudanças na condução política do País advindas do processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde do Brasil deu início a um processo de redirecionamento da proposta de atenção às pessoas que usam drogas⁽²⁷⁾. A promoção da abstinência e a internação passaram a se constituir como estratégias terapêuticas privilegiadas. Neste estudo, mantivemos como referência a proposta de atenção adotada no Brasil entre os anos 2002 e 2015, que orientava os saberes e os fazeres dos Caps AD pesquisados entre os anos 2016 e 2017.

Os dados utilizados neste artigo fazem parte da pesquisa, realizada durante o Curso de Doutorado, intitulada “Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas: Uma análise do cuidado nos Caps AD de Belo Horizonte/MG” (CAE n.57956416.0.0000.5091). A realização da pesquisa não envolveu conflitos de interesse, seguiu todas as exigências previstas Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ MG.

RESULTADOS

Nos grupos focais realizados nos três serviços, duas falas foram pronunciadas por diferentes usuários e expressam de maneira sintética as contribuições dos Caps AD para suas vidas: “*Se não estivesse aqui, eu estaria morto*” e “*Se não estivesse aqui, eu estaria pior*”. Estas contribuições podem ser compreendidas por meio de cinco categorias empíricas identificadas na análise do material: construção e reconstrução de laços sociais; produção de formas de gestão do consumo de drogas; acesso a ações de saúde; acesso a direitos sociais básicos; produção de novos modos de vida.

Construção e reconstrução de laços sociais

Em todos os grupos focais, de maneira consensual, os usuários afirmaram que os Caps AD favorecem a construção de laços sociais, o que os tornam distintos de outros espaços onde, muitas vezes, vivenciam experiências de abandono, de isolamento e de ruptura de laços

sociais. Nessa construção, as relações estabelecidas com os trabalhadores dos serviços foram consideradas fundamentais pelos usuários, tanto por produzirem vínculos com os serviços, quanto por ampliarem suas redes de sociabilidade e de afetos. Nos Caps AD, os usuários afirmaram receber “apoio”, “suporte”, “atenção”, “acolhimento”, “proteção” e “amparo” dos trabalhadores e também das outras pessoas atendidas nos serviços. A fala de um usuário expressa o quanto essas relações sociais são significativas em sua vida:

Eu tô tendo mais amizades, umas amizades diferentes e eu tô acostumado a acordar já pensando em vir pra cá. Já teve domingo de eu preparar pra vim, esperar, esperar o ônibus e cadê o ônibus? Aí eu lembrava que era domingo, não tinha ônibus que passa aqui. (Usuário 6, Caps AD 3).

Os usuários afirmaram também que nos serviços são “olhados” de um modo diferente. A partir do olhar dos trabalhadores e de outros usuários que os reconhecem como sujeitos e cidadãos, vão construindo modos diferentes de se posicionar na vida. Um usuário afirmou:

As pessoas lá fora também passam a olhar para você com outros olhos. Não te vêem mais como aquele cachaceiro, aquele que tava todo dia bêbado, caindo pela rua afora. Então muda muito, aqui está sendo muito bom pra mim (Usuário 1, Caps AD 2).

Os usuários afirmaram a importância do Caps AD na reconstrução de relações sociais com familiares. Muitos afirmaram ter chegado ao serviço após o rompimento destas relações. Alguns afirmaram ter voltado a frequentar as casas de familiares, a conviver com eles e a obter recursos que auxiliam na sobrevivência (alimentação, proteção e cuidados com o corpo). Outros usuários afirmaram ter experimentado sentimentos de pertencimento ou mesmo algumas identidades das quais tinham se distanciado, ser pai ou mãe, ser marido ou esposa, ser filho ou filha etc.

Durante a observação participante, foi possível perceber que os Caps AD favorecem encontros e vínculos entre trabalhadores e usuários. Nas atividades coletivas, destacaram-se as posturas acolhedoras e respeitadas dos trabalhadores com os usuários.

Produção de formas de gestão do uso de drogas

Os usuários dos Caps AD afirmaram que os serviços contribuem para produzir diferentes mudanças em suas relações com as drogas. Alguns afirmaram ter conseguido interromper ou reduzir o consumo de drogas após início do atendimento no Caps AD. Outros afirmaram interromper o consumo de drogas apenas enquanto estão nos serviços. Outros ainda reconheceram que os serviços contribuem para que tenham condições de fazer escolhas entre usar ou não usar drogas. Um usuário afirmou:

O serviço contribuiu para me dar essa livre escolha de usar ou não usar drogas (Usuário 3, Caps AD3).

Durante a observação participante, foi também possível perceber que alguns usuários não modificam suas relações com as drogas. Alguns chegam aos serviços sob efeito de álcool ou de outras drogas. A equipe se mantém acolhedora nestas situações e prossegue com a oferta do cuidado em saúde.

Acesso a ações de saúde

Nos grupos focais, os usuários destacaram a contribuição dos Caps AD para acessar as ações e serviços de saúde de que necessitam. Muitos usuários afirmaram que a partir do atendimento no Caps AD puderam obter diagnósticos e tratamentos para problemas de saúde que apresentavam e para os quais não tinham recebido um atendimento resolutivo. Um usuário afirmou:

Eu tô tratando de Hepatite B, porque o médico pediu pra fazer os exames. Eu sentia uma dor aqui ó, há anos que eu sentia, eu ia pra Unidade de Pronto Atendimento e eles me davam buscopan na veia e me mandavam embora. Então, eu só fiquei sabendo desse problema porque fiz os exames que o médico daqui pediu, se eu não tivesse aqui, eu não ia saber (Usuário 4, Caps AD3).

Os Caps AD contribuem para reduzir barreiras e assegurar acesso dos usuários a uma atenção integral em saúde, o que pode favorecer a melhoria de suas condições gerais de saúde. Muitos usuários afirmaram a importância desta atenção, reconheceram que chegaram ao Caps AD “muito magro”, “bem detonado”, “quase morrendo”.

Durante a observação participante, mais do que nos grupos focais, foi possível constatar a importância do atendimento a problemas de saúde nos Caps AD. Tanto os médicos quanto os trabalhadores plantonistas contribuem para que os usuários tenham acesso ao atendimento tão logo seja necessário, tanto no interior do próprio serviço, quanto em outros serviços da rede, como as unidades de pronto atendimento (UPA), os Caps para pessoas com transtornos mentais e as unidades básicas de saúde. Muitos usuários são atendidos em situações de crise, algumas associadas ao consumo de drogas (intoxicação, abstinência, fissura etc.), outras relacionadas a diferentes comprometimentos orgânicos e psíquicos.

Acesso a direitos sociais básicos

Os usuários afirmaram que os Caps AD contribuem para assegurar direitos sociais básicos, que lhes são negados cotidianamente. A garantia de três refeições por dia, a possibilidade de

sair da rua e ter um lugar para ficar, o acesso ao banho e a outros cuidados com o corpo, o preparo de documentos pessoais e a inserção em cursos profissionalizantes contribuem para que os usuários possam viver com alguma dignidade. Um usuário afirmou:

Isso aqui tá sendo uma segunda casa, é uma casa pra mim. Eu almoço, tomo café da manhã aqui, pra mim, isso é uma grande ajuda. Eu tô me sentindo bem melhor... (Usuário 4, Caps AD1).

Durante a observação participante, foi possível perceber a importância dessa contribuição para os usuários. Alguns passam a incluir o Caps AD nos arranjos que constroem para viver.

Produção de mudança nos modos de vida

Os usuários afirmaram que a passagem pelo Caps AD tem contribuído para a produção de mudanças em seus modos de vida. Algumas mais circunscritas, como a ampliação do cuidado com o próprio corpo e o aumento da autoestima; outras mais gerais, relacionadas à mudança na posição na vida - de objeto a sujeito - ou à redução da exposição a diferentes riscos sociais e à saúde. Um usuário afirmou que o Caps AD contribuiu para que deixasse de se expor a riscos que poderiam levá-lo à prisão ou à morte.

O serviço pra mim representa muita coisa, antes de vim pra cá eu roubava, eu fumava droga na rua, se tivesse que dar um tiro em alguém eu dava eu não tava nem aí, aprontava, saía nas madrugadas à noite, chegava em casa só de manhã... Então, este serviço mudou minha vida. Fiz muita coisa errada e o Caps AD mudou minha vida nisso. Eu já pulei num restaurante sozinho, com posto policial do lado, e roubei o restaurante, entendeu? Eu tava arriscando minha vida na droga e o Caps AD serviu pra abrir meu olho, me alertar. Então foi nisso que o serviço foi bom pra mim (Usuário 8. Caps AD 3).

Na observação participante, observamos poucos usuários comprometidos com a produção mudanças em seus modos de vida, poucos pareciam realizar movimentos de saída do Caps AD, seguiam muito vinculados aos serviços. Alguns usuários, entretanto, falavam da expectativa de sair do Caps AD, observavam que mudanças significativas haviam sido produzidas em suas vidas. Alguns outros usuários, que já haviam recebido alta, em visita aos serviços, afirmavam que estavam bem, seguiam a vida fora do Caps AD de um modo melhor.

Por fim, é importante ressaltar que nem todas as contribuições valorizadas nas falas dos usuários nos grupos focais puderam ser observadas nas vidas de todos os usuários dos Caps AD. Percebemos que algumas das contribuições destacadas tinham repercussões circunscritas a momentos pontuais das vidas dos usuários, outras eram mais duradouras. Percebemos que havia, entre os usuários, a compreensão da importância das contribuições dos Caps AD para a preservação de suas vidas, bem como para a abertura para outras possibilidades de vida.

DISCUSSÃO

As contribuições da atenção produzida nos Caps AD destacadas pelos usuários podem ser compreendidas quando adotamos referenciais analíticos diferentes daqueles contidos na polaridade “sim às drogas x não às drogas”, apontada por Souza e Carvalho⁽²⁰⁾. Em nossas análises, utilizamos a “ampliação das possibilidades de vida” como categoria analítica.

Compreendemos que, na perspectiva dos usuários, os Caps AD contribuem para a ampliação de suas possibilidades de vida, sobretudo a partir da “promoção de um apoio social intenso” que Ontatore, Malfitone e Barros⁽²⁸⁾ denominam cuidado. O cuidado em saúde, de acordo com Ayres⁽²⁹⁾, corresponde à dimensão humana dos atos assistenciais e refere-se a uma produção que se faz no encontro entre sujeitos, a partir do acolhimento, da escuta e do diálogo. O autor⁽²⁹⁾ ressalta que é por meio do acolhimento que o outro do cuidador pode surgir no espaço assistencial. Nos grupos focais realizados, este outro foi se configurando como alguém que quer “atenção”, que valoriza o “acolhimento” e a “conversa”, que quer ser “olhado e reconhecido de outro jeito”, que quer ser “tratado com dignidade”. As pessoas atendidas nos Caps AD, em sua maioria, apresentam trajetórias de vida marcadas por processos de exclusão social, de objetivação (doente, criminoso, etc.) e de desqualificação social que comprometem até mesmo seu reconhecimento como seres humanos, conforme ressalta Souza⁽³⁰⁾. Nos Caps AD, tem sido possível a essas pessoas vivenciar outras relações sociais, baseadas em respeito, acolhimento, diálogo, apoio e atenção, conforme constatado em pesquisas já realizadas^(15,18) e também na pesquisa que realizamos. Nos grupos focais, os usuários destacaram a importância das sociabilidades produzidas nos Caps AD para que pudessem ser vistos “com outros olhos” dentro e fora dos serviços, para que pudessem ocupar novos lugares nos olhares e nos afetos de outros. Tudo isso, como afirma Lancetti⁽²¹⁾, produz mudanças no psiquismo que podem favorecer a ampliação das possibilidades de vida.

Compreendemos também que os usuários reconhecem a importância do Caps AD para que tenham acesso às ações de saúde, tanto no próprio serviço, quanto em outros da rede de saúde. Os usuários afirmaram existir um interesse maior dos trabalhadores dos Caps AD para identificar e tratar dos diferentes comprometimentos de saúde que apresentam. Os trabalhadores, mesmo quando atuam a partir das tecnologias do campo biomédico, mantêm uma postura cuidadora. Isto parece consistir na diferença que é valorizada pelos usuários. Observamos nos serviços que, com muita frequência, a clínica médica é acionada a partir de diferentes intercorrências e produz respostas resolutivas a elas, sem que isso torne os Caps AD serviços orientados e organizados predominantemente pelo saber e poder biomédicos. A definição de campo de práticas e saberes, utilizada por Almeida-Filho e Paim⁽³¹⁾, para referir-

se à Saúde Coletiva também se aplica ao Caps AD. A presença do saber biomédico é importante e coerente com as necessidades apresentadas pelos usuários, mas é insuficiente para produzir a saúde ou mesmo a amenização dos sofrimentos, riscos e danos presentes nas vidas das pessoas que usam drogas e são atendidas nos Caps AD. Outros saberes e práticas são necessários. O cotidiano dos serviços revela a importância da oferta da atenção médica e da atenção psicossocial, conforme proposição das políticas de atenção a usuários de drogas, adotadas nos Caps AD no período de realização desta pesquisa ^(1-4,6). Ao favorecer o acesso a serviços de saúde que os usuários necessitam, os Caps AD contribuem para assegurar suas vidas, bem como para ampliar suas possibilidades.

A redução e a interrupção do consumo de drogas foram destacadas, pelos usuários, como contribuições dos Caps AD. Mesmo considerando que não são finalidades exclusivas destes serviços, conforme perspectiva adotada neste estudo, apontada por Souza e Carvalho⁽²⁰⁾, Lancetti⁽²¹⁾, Cecílio⁽²²⁾, Tirado-Otálvaro⁽²³⁾ e pelas políticas de atenção, publicadas entre 2002 e 2015, compreendemos que, para algumas pessoas que fazem uso problemático de drogas, as mudanças nas relações com as drogas são necessárias para que novas possibilidades de vida possam advir. A gestão do uso de drogas pode favorecer a produção de autonomia, de autogoverno, de ampliação dos territórios e circuitos de existência que o consumo compulsivo de drogas pode impedir ou dificultar. Alguns usuários afirmaram que a redução ou a interrupção do consumo de drogas permitiram que mudanças significativas pudessem ocorrer em suas vidas, entre elas: um cuidado maior com o corpo; uma relação diferente com familiares, amigos e vizinhos; o retorno ao estudo ou ao trabalho; a possibilidade de escolher usar ou não usar drogas. Mudanças construídas de modo singular pelas pessoas que usam drogas que, muitas vezes, não são reconhecidas ou valorizadas. As proposições de alguns autores contribuem para orientar a produção dessas mudanças ou mesmo para torná-las mais visíveis. Ayres⁽²⁹⁾ ressalta a importância da construção de projetos de vida valorizados positivamente pelos usuários. Souza e Carvalho⁽²⁰⁾ apontam a perspectiva de produção de novas normas para o viver. Souza⁽³⁰⁾ destaca a importância da construção de pequenos futuros que podem ter horas, dias e meses nas vidas das pessoas que fazem consumo quase que ininterrupto de drogas. Lancetti⁽²¹⁾ afirma a existência da possibilidade, para alguns, de inventar novos circuitos de vida.

Dentre as contribuições destacadas pelos usuários, algumas podem ser associadas à produção de uma condição cidadã ou autônoma, como propõe o modo de atenção do Caps AD. Entretanto, práticas voltadas à produção de cidadania e de autonomia, que envolveriam articulação com outros recursos do território, não têm sido priorizadas nos serviços

pesquisados. Os Caps AD apresentam dificuldades e também limites nessa produção. As pessoas que são atendidas nestes serviços muitas vezes têm dificuldades para sustentar uma posição autônoma diante do consumo intenso de drogas. Os trabalhadores, pela formação profissional que tiveram, muitas vezes privilegiam práticas clínicas e individuais, assim como a organização dos serviços. Os contextos, que muitas vezes negam direitos e buscam controlar alguns segmentos da população, dificultam a produção de autonomia e cidadania das pessoas que usam drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, buscamos compreender as contribuições que os Caps AD proporcionam às pessoas que a eles recorrem. Partimos do pressuposto de que a produção da abstinência, embora se apresente como valor social, político, moral e até mesmo científico, não evidencia tais contribuições. Participamos do cotidiano dos Caps AD, consideramos as falas dos usuários e buscamos compreender as contribuições da atenção que tem sido produzida. Recorremos a autores que adotaram outras referências, para além da abstinência, para compreendê-las. Consideramos a “ampliação das possibilidades de vida” nas análises que realizamos.

Os usuários reconheceram que os Caps AD produzem contribuições que se relacionam com aquilo que têm dificuldades de encontrar em suas trajetórias de vida, como a construção de relações sociais cuidadoras, o acesso a serviços de assistência à saúde, o acesso a direitos sociais básicos (alimentação, cuidados com o corpo e proteção) e a gestão do consumo de drogas, coincidente ou não com a abstinência. Estas contribuições, que foram consideradas fundamentais para a ampliação das possibilidades de vida das pessoas atendidas, são coerentes com o modo de atenção dos Caps AD, que inclui a Redução de Danos e a Atenção Psicossocial em sua lógica de cuidado. Duas de suas proposições, a produção de autonomia e a promoção de cidadania, entretanto, não foram destacadas pelos usuários como contribuições dos serviços. Mesmo assim, consideramos que tais proposições devem ser mantidas como norteadores da atenção nos Caps AD, pois permitem o reconhecimento das dimensões ética e política de suas práticas, bem como a produção de contribuições comprometidas ampliação das possibilidades de vida das pessoas atendidas.

Compreendemos, por fim, que a produção da abstinência não expressa as contribuições advindas de compromissos técnicos, éticos e políticos que as práticas dos Caps AD devem sustentar. Concluimos, portanto, que na análise de políticas e das práticas de atenção devem

ser adotados referenciais que permitam identificar suas contribuições para a produção de saúde e de vida das pessoas que usam drogas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
2. 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.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia Estratégico de Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015b.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
7. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2008 Feb [cited 2019 July 07]; 13(1): 121-133.
8. Fodra RE; Costa-Rosa A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: análise dos discursos e da prática no contexto da Reforma psiquiátrica e Atenção psicossocial. *Saúde debate*[Internet]. 2009 Jan [cited 2019 July 07], 81(33): 129-139.
9. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS, Ronzani TM. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Feb [cited 2019 July 07]; 20(2): 395-406.
10. Wandekoken K, Quintanilha B, Dalbello-Araujo M. Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. *Rev. Subj.* [Internet]. 2015 Dez [cited 2019 July 07]; 15 (3): 389-397.
11. Vasconcelos MPN, Paiva FS, Vecchia MD. O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2018 [citado 2019 Jul 07]; 11(2): 363-381.
12. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (CAPS AD) [tese]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia; 2009.

13. Moura FG, Santos, JE. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. *SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2011 Dez [cited 2019 July 07]; 7 (3):126-132.
14. Pinho PH. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2014.
15. Lacerda CB, Fuentes-Rojas M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 June [cited 2019 July 07] ; 21(61): 363-372.
16. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 Nov [cited 2019 July 07]; 25(11): 2309-2319.
17. Fiore, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estud. CEBRAP* [Internet]. 2012 Marc [cited 2019 July 07]; 92: 9-21.
18. Marques ALM, Mângia EF. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013 June [cited 2019 July 07]; 17(45): 433-444.
19. Souza TP. Estado e sujeito: a saúde entre a micro e a macropolítica de drogas. São Paulo: Hucitec; 2018.
20. Souza TP; Carvalho SR. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Polis e Psiq.* [Internet]. 2012 [cited 2019 July 07]; 2: 37-57.
21. Lancetti A. *Contrafissura e plasticidade psíquica.* São Paulo: Hucitec; 2015
22. Cecilio LCA. Apresentação. In: Souza TP. Estado e sujeito: a saúde entre a micro e a macropolítica de drogas. São Paulo: Hucitec; 2018. p.13-22.
23. Tirado-Otálvaro AF. El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2019 July 07]; 32(7): e00177215.
24. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento.* 14^a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2014.
25. Nilo KP, Morais MAB, Guimaraes MBL, Vasconcelos ME, Nogueira MTG, Abou-Yd M. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia.* Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2008.
26. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Mar [cited 2019 July 07] ; 17(3): 621-626.
27. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab. educ. saúde*[Internet]. 2019 [cited 2019 July 07]; 17(2): e0020241.

28. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 July 07]; 21(62): 553-563.
29. Ayres JRM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc.* [Internet]. 2004 Dec [cited 2019 July 07]; 13(3): 16-29.
30. Souza J. A doença da humilhação. In: Souza J, organizador. *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; 2016. p. 29-37.
31. Almeida-Filho N, Paim, JS. Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas. In: Almeida-Filho N, Paim JS, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p.41-45.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa partiu do pressuposto de que as práticas desenvolvidas em serviços de atenção às pessoas que fazem uso de drogas, como os Caps AD, ainda não haviam sido suficientemente compreendidas.

A adoção de uma perspectiva histórica, como propõe o referencial teórico-metodológico da hermenêutica-dialética, permitiu considerar as práticas dos Caps AD a partir de sua inserção em uma política contra hegemônica no campo da atenção às pessoas usuárias de drogas, proposta pelo Ministério da Saúde na passagem do século XX para o século XXI. Tais práticas foram e ainda são produzidas em um campo constituído por disputas políticas, técnicas e éticas, que envolve concepções moralistas, repressivas e criminalizadoras e concepções orientadas pela promoção da cidadania e do cuidado às pessoas que usam drogas. Os Caps AD foram criados com a tarefa de inaugurar um modo de atenção capaz de produzir rupturas com discursos e práticas decorrentes de quase um século de políticas e leis proibicionistas, ainda hegemônicos, que favorecem a negação da cidadania, a segregação e a restrição das possibilidades de vida das pessoas usuárias de drogas.

A pesquisa que realizamos buscou ampliar as compreensões sobre as práticas de atenção dos Caps AD. Estávamos interessadas em saber se estes serviços haviam produzido um modo de atenção inovador, capaz de contribuir para a produção de cidadania e de saúde das pessoas que usam drogas, conforme proposição do Ministério da Saúde. Buscamos analisar a atenção produzida e sua coerência com o modo de atenção proposto e com as necessidades, demandas e expectativas das pessoas que usam drogas. Optamos, então, pela adoção de um referencial que não restringisse a análise das práticas às suas relações com a produção da abstinência. Compreendíamos que, embora tenha reconhecimento moral, social e científico e seja amplamente adotada em muitas propostas de tratamento e atenção, a adoção da produção de abstinência como referencial analítico exclusivo das práticas dos Caps AD não permitiria identificar as novidades de seu modo de atenção. Decidimos, então, utilizar referenciais teórico-conceituais do campo da Saúde Coletiva, da Atenção Psicossocial e da Redução de Danos na produção de leituras e de interpretações sobre a atenção produzida nos Caps AD. Desta forma, buscamos nos aproximar da complexidade que a constitui.

Para compreender o presente das práticas dos Caps AD, além de adotar estes referenciais fundantes do modo de atenção proposto pelo MS, realizamos um percurso metodológico que permitiu nossa aproximação com o cotidiano dos serviços e com as pessoas que dele participam. Utilizamos diferentes técnicas de pesquisa, entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observação participante, que permitiram nosso encontro com trabalhadores,

usuários, familiares, gestores da rede de saúde mental e gerentes de três Caps AD de Belo Horizonte. A realização da pesquisa em três serviços diferentes favoreceu a compreensão das singularidades da produção da atenção a partir das distinções observadas entre eles. Mais do que identificar um exemplo ou um modelo de Caps AD, conhecemos diferentes possibilidades de produção de práticas a partir de uma mesma política de atenção e de condições estruturais aproximadas.

A pesquisa que realizamos permitiu compreender que os Caps AD são serviços de atenção psicossocial, como o próprio nome indica, mais do que serviços de tratamento. As pessoas que a eles recorrem apresentam uma multiplicidade de demandas, necessidades e expectativas e reconhecem como contribuições dos serviços aquilo que favorece a preservação ou mesmo imprime mais qualidade a suas vidas. Para compreendê-las, é necessário ir além dos modelos explicativos construídos em torno da doença - a dependência de drogas ou a dependência química - e considerar as diferentes e complexas situações que se apresentam nos serviços. Nos serviços, há pessoas que apresentam sofrimentos relacionados ao comprometimento da capacidade de fazer escolhas em relação às drogas, quaisquer que sejam elas - usar quando quiser, usar menos, não usar etc. Algumas apresentam comprometimentos orgânicos e psíquicos decorrentes do uso de drogas e/ou de sofrimentos advindos de um modo de uso de drogas que se impõe, sobre o qual não se tem mais a possibilidade de escolha. Em muitas situações, associados a estes comprometimentos e sofrimentos, outros - associados a vulnerabilidades, desigualdades, exclusões, desqualificações e políticas proibicionistas - também se apresentam e apontam para a necessidade da oferta de diferentes práticas.

Nos Caps AD que pesquisamos, os serviços acolhem a complexidade das vidas das pessoas que usam drogas e sustentam um campo constituído por diversas práticas, saberes e relações. Os três serviços, ainda que não valorizem da mesma forma essa diversidade, ofertam uma atenção aos comprometimentos orgânicos, sem restringir suas práticas a fazeres biomédicos. Ofertam uma atenção à crise, sem restringi-la à dimensão orgânica, consideram também suas dimensões psicossociais. Ofertam uma atenção ao sujeito, sem restringir suas práticas a um fazer clínico, valorizam também a produção de cuidado, de acolhimento e de vínculo. Ofertam possibilidades de construção de formas de regulação do uso de drogas, sem se restringir à abstinência. Reconhecem também a importância da promoção de cidadania e da autonomia das pessoas que usam drogas, ainda que não priorizem tais finalidades em suas práticas. De maneira predominante, os Caps AD pesquisados apresentam coerência com o modo de atenção em álcool e drogas proposto pelo MS. Em poucos momentos, se orientam

por uma lógica que deveriam superar. Tal coerência pode ser compreendida a partir do reconhecimento das práticas dos Caps AD como produções sociais que apresentam singularidades que as políticas de atenção podem favorecer, mas não assegurar. Diferentes contextos, sujeitos, disputas políticas, projetos, saberes concorrem para a conformação das práticas de atenção. Em Belo Horizonte, onde a pesquisa foi realizada, o processo histórico de construção do SUS e da rede de saúde mental contou com gestores, trabalhadores e movimentos sociais que sustentaram e ainda sustentam, lutaram e ainda lutam pela consolidação de um sistema público de saúde, por uma sociedade sem manicômios e, mais recentemente, por uma política de drogas democrática e cidadã. Há, no município, como em todo País, outros projetos políticos que divergem da adoção do cuidado em liberdade, da redução de danos e da atenção psicossocial como lógicas da atenção em saúde às pessoas que usam drogas. As práticas dos Caps AD são, então, desenvolvidas em meio a muitas disputas e contradições, mas, até o momento, apresentam mais aproximações do que distanciamentos do modo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde entre os anos 2002 e 2015, que definiu como norteadores a concepção ampliada de Redução de Danos e a Atenção Psicossocial. Estes norteadores estão presentes na atenção produzida nos Caps AD pesquisados, ainda que de modos diferentes.

Em relação às contribuições das práticas dos serviços para as vidas dos usuários, a pesquisa permitiu compreender que mais do que com a produção de abstinência de drogas, os Caps AD se ocupam com a produção da ampliação das possibilidades de vida das pessoas que usam drogas, que ganha expressão no atendimento às situações de crise, no acolhimento, na produção de uma forma de gestão do uso de drogas ou mesmo na oferta de um alimento ou de um banho. Estas contribuições, valorizadas por usuários dos Caps AD e seus familiares, adquirem valor social, ético e político em sociedades que têm como projeto a promoção de dignidade humana e de cidadania. No Brasil, elas têm sido pouco reconhecidas e valorizadas no campo social e pouco identificadas e compreendidas no campo científico. Mudanças na política sobre drogas e nos modos de atenção que estão em curso já anunciam uma “guinada à abstinência” que, historicamente, tem sido associada à negação da cidadania e à restrição das possibilidades de vida das pessoas que usam drogas.

Ressaltamos que, além dos resultados apresentados e discutidos, a pesquisa de campo produziu outros que serão divulgados por meio de novos artigos. Tais resultados relacionam-se com diferentes aspectos da atenção produzida nos Caps AD de Belo Horizonte como o processo de construção da proposta da atenção em álcool e outras drogas do município, a

atenção às crises nos Caps AD, a apropriação da concepção de Redução de Danos e de outros saberes nas práticas dos Caps AD e os fatores dificultadores e facilitadores da atenção.

Ao fim da pesquisa, apresentamos algumas proposições que podem ser consideradas tanto no campo da produção de conhecimentos quanto no campo das práticas de atenção às pessoas usuárias de drogas, que podem originar futuros estudos ou mesmo contribuir para a educação permanente em saúde, nas reflexões e análises realizadas por trabalhadores da atenção, da gestão e da formação no trabalho em saúde. Dentre essas proposições, destacamos:

a. A ampliação da compreensão sobre as situações que envolvem consumo de drogas, sofrimento, práticas de saúde e contextos sociais adversos.

b. A utilização da produção teórica do campo da Saúde Coletiva sobre o cuidado na análise do cotidiano da atenção às pessoas que fazem uso de drogas, seja na leitura das necessidades, demandas e expectativas destas pessoas, seja na produção e no redimensionamento das práticas de atenção ofertadas. O conceito de cuidado permite compreender e orientar a atenção produzida nos Caps AD, que envolve a produção de acolhimento do outro em suas diferenças, em seus processos de sofrimento e adoecimento, em suas condições concretas de existência, bem como a produção de diálogos e de vínculos e a construção de projetos de vida. A produção do campo da Saúde Coletiva contribui para a compreensão de que as práticas dos Caps AD não se restringem à práticas de tratamento.

c. A importância do Caps AD se constituir como um espaço distinto de outros frequentados pelas pessoas que usam drogas para se viabilizar como espaço de atenção. O acolhimento, o cuidado, o reconhecimento do outro em sua condição humana, singular e cidadã, sustentados de maneira coletiva pelos trabalhadores, podem favorecer a promoção dessa distinção que, por sua vez, pode favorecer a vinculação aos Caps AD e seu reconhecimento como espaço de cuidado e terapêutico.

d. A importância de introduzir a dimensão de futuro nas práticas de serviços, como os Caps AD. A ampliação de autonomia e a promoção de cidadania são princípios do modo de atenção dos Caps AD que poderiam operar com essa dimensão, mas, muitas vezes, se apresentam muito distantes ou mesmo contraditórios com os contextos de vida dos usuários. A proposição da construção de “pequenos futuros”, pactuada por trabalhadores e usuários, pode se constituir como uma estratégia de atenção capaz de viabilizar a construção de outras possibilidades de vida, ainda que em meio a limitações.

e. A substituição da “produção da abstinência” pela “ampliação das possibilidades de vida” como analisador das práticas de serviços de atenção às pessoas usuárias de drogas e das

contribuições que produzem às pessoas que a eles recorrem. Tal analisador, que advém das contribuições da concepção de Redução de Danos, pode contribuir para dar visibilidade às novidades que a atenção no SUS às pessoas que usam drogas tem produzido e para ressignificar suas práticas, estratégias e finalidades.

f. A utilização das perguntas que deram origem aos artigos que produzimos - “O que as pessoas que usam drogas buscam nos serviços de saúde?”, “Quais práticas os serviços oferecem?”, “Quais as contribuições que estas práticas proporcionam às pessoas?” - no cotidiano dos serviços pode proporcionar reflexões éticas, técnicas e políticas sobre as práticas de atenção desenvolvidas, pode também contribuir para evitar abordagens centradas nos trabalhadores e em seus saberes e pode favorecer o acolhimento dos usuários em suas alteridades.

Por fim, ressaltamos que os referenciais teórico-metodológicos que adotamos na compreensão de nosso objeto, as práticas de saúde às pessoas que usam drogas, permitem afirmar que a atenção no Caps AD é uma produção histórica e social que se articula com o que se passa fora dos serviços. A partir da pesquisa, compreendemos que os Caps AD têm produzido práticas que se colocam a favor da ampliação das possibilidades de vida das pessoas que usam drogas e que são contraditórias com contextos sociais, políticos e culturais que, muitas vezes, buscam reduzi-las ou mesmo negá-las. Os Caps AD pesquisados, ainda que de maneira contra hegemônica, demonstraram que é possível desenvolver práticas comprometidas com a condição humana, singular e cidadã e com a produção de saúde e de vida das pessoas que usam drogas, mesmo em meio a muitas adversidades.

7 REFERÊNCIAS

- ABOU-YD, Miriam; SILVA, Rosimeire Aparecida; SOUZA, Políbio de Campos. Introdução. In: NILO, Kelly et al. (orgs.). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. p. 11-14.
- ALARCON, Sérgio. A Síndrome de Elêusis: Considerações sobre as políticas públicas no campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas. In: ALARCON, Sérgio; JORGE, Marco Aurélio Soares (orgs.). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 45-62.
- ALMEIDA, Anna Laura de. Cuidados no território: *As práticas das equipes de Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAM de Belo Horizonte*. 2018. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar; PAIM, Jairnilson Silva. Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas. In: ALMEIDA-FILHO, Naomar; PAIM, Jairnilson Silva (orgs.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 41-45.
- ALVES, Domingos Sávio Nascimento et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 195-202.
- ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). *Cuidado: As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2004. p. 221-239.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.
- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009a.
- ALVES, Vânia Sampaio. *Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (CAPS AD)*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009b.
- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, out. 1994. AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- AMARANTE, Paulo. *Teoria e Crítica em Saúde Mental*. São Paulo: Zagodoni Editora, 2015.

ANDRADE, Tarcísio Matos. Redução de Danos: um novo paradigma? In: ACODESS. *Entre riscos e danos- uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Paris: Editions Scientifiques ACODESS, 2002. p. 83-86.

AYRES, José Ricardo de C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

AYRES, José Ricardo de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004.

AYRES, José Ricardo de C. M. Hermenêutica, conhecimento e práticas de saúde, a propósito da avaliação. In: CAMPOS, Rosana Onocko et al. (orgs.). *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental*. Desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 27-67.

AYRES, José Ricardo de C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/ UERJ; ABRASCO, 2009a. p. 127-144.

AYRES, José Ricardo de C. M. Prefácio. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2009b. p. 11-14.

AYRES, José Ricardo de C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção da política da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes (orgs.). *Cidadania no Cuidado: O universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/ UERJ; ABRASCO, 2011. p. 27-44.

AYRES, José Ricardo de C. M. Revisitando “D. Violeta”, nos caminhos do Cuidado. In: PINHEIRO, Roseni. et al. (org.). *Construção social da demanda por Cuidado: Revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2013. p.15-30.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luísa Aranha e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 815-819, dez. 2007 .

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (orgs.). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack*. Rio de Janeiro: Iicict/ Fiocruz, 2014.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 610-613, dez. 2011.

BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl., p. 11-16, 2005.

BOSKA, Gabriella de Andrade et al. Leitos em centro de atenção psicossocial álcool e drogas: análise e caracterização. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, n. supl. 5, p. 2251-2257, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão

Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico da AIDS. ano V, nº 7. Brasília: 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº816 de 30 de abril de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº305 de 03 de maio de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

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: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM MS nº 2197 de 15 de outubro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 3, ano 01, nº 3. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2841 de 20 de setembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, out. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia Estratégico de Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº1, de 09 de março de 2018. Brasília: Conad, 2018.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. A Filosofia empírica da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/ UERJ; ABRASCO, 2009. p. 101-111.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de

saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em Saúde Mental. Notas reflexivas. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana et al. *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental - Desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 97-102.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, jul. 2011.

CASTELHANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; LOYOLA, Maria Andreia, IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Ciências Sociais em Saúde Coletiva. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (orgs.). *Saúde Coletiva – Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 567-584.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. supl. 1, p. 531-542, 2009.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira; MATSUMOTO, Norma Fumie. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antônio; MATTOS, Rubens Araújo (orgs.). *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Porto Alegre: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC, 2006. p.37-50.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. p.117-130.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Cuidar é, sempre, um ato político. *Intervozes: trabalho, saúde e cultura*, Petrópolis, v.1, n.1, p.76-79, set. 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Apresentação. In: SOUZA, Tadeu de Paula. *Estado e sujeito: a saúde entre a macro e micro política de drogas*. São Paulo: Hucitec, 2018. p.13-22.

CONTATORE, Octávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 553-563, set. 2017.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 395-406, fev. 2015.

COSTA-ROSA, Abílio. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: Subjetividades, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.141-168.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: Rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p.13-41.

COSTA-ROSA, Abílio. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

DELGADO, Pedro Gabriel. Drogas o desafio da Saúde Pública. In: ACSELRAD, Gilberta (org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.165-181.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de Assis. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves (orgs.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 195-226.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs.). *Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p. 99-120.

DUTRA, Roberto; HENRIQUES, Vanessa. O poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack: invisibilidade de classe e estigma de gênero. In: SOUZA, Jessé, (org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016. p. 305-327.

FALLER, Sibeles et al. Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p.193-202, 2014.

FARIA, Maria Wilma Santos de. Contribuições da Psicanálise à clínica das toxicomanias nos serviços de saúde mental. In: MACHADO, Ana Regina et al (orgs.). *Caminhando contra o vento: Cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2018. p.115-124.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENANCIO, Ricardo Pinto; CARNEIRO, Henrique (orgs.). *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005. p.257-290.

FIGLIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estud. - CEBRAP*, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012.

FODRA, Rosita Emília Pereira; COSTA-ROSA, Abílio. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: análise dos discursos e da prática no contexto da Reforma psiquiátrica e Atenção psicossocial. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p.129-139. jan./abr. 2009.

GALLASSI, Andrea Donatti; NAKANO, Eduardo Yoshio; WAGNER, Gabriela Arantes; FISCHER, Benedikt. Characteristics of clients using a community-based drug treatment service (CAPS-AD?) in Brazil: An exploratory study. *International Journal on Drug Policy*, [S.l.], v. 31, p. 99-103, 2016.

GOMES, Romeu et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves, SOUZA, Ednilsa Ramos (orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GOMES, Romeu. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. 45 p.

HIRDES, A. Reforma Psiquiátrica e reabilitação psicossocial: uma leitura a partir do materialismo dialético. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n.78/79/80, p. 9-17, jan./dez. 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

LACERDA, Alda; VALLA, Victor Vincent. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). *Cuidado: As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2004. p. 93-104.

LACERDA, Clarissa de Barros; FUENTES-ROJAS, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-372, jun. 2017.

LANCETTI, Antônio. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec. 2015.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Roseni; GULJOR, Ana Paula; GOMES, Aluisio; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2007, p. 137-154.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcanti; TAVARES, Priscilla. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. *Argumentum [Internet]*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 6-23, 2012.

LIMA, Andressa Lídicey Morais. A miséria moral na ralé. In: SOUZA, J. (org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016. p. 39-74.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento*. Por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LUZ, Madel Therezinha. Fragilidade Social e busca de cuidado na sociedade civil hoje. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). *Cuidado: As fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2004. p.11-22.

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*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006a.

MACHADO, Ana Regina. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad): considerações sobre a construção de práticas de atenção em saúde. In: Seminário de 10 Anos do PROJAD, 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: IPUB, UFRJ, 2006b.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, set. 2007.

MACHADO, Ana Regina; FARIA, Maria Wilma Santos. As saídas do tratamento nos CAPS ad. *Almanaque Online*, v. 11, p. 1-6, 2012.

MACHADO, Ana Regina. Políticas públicas para o uso prejudicial de álcool e outras drogas: avanços e retrocessos. In: MACHADO, Ana Regina et al. (orgs.). *Caminhando contra o vento: Cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2018. p. 35-42.

MARQUES, Ana Lucia Marinho; MANGIA, Elisabete Ferreira. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 433-444, jun. 2013.

MARTINS, João Sampaio. *CAPS AD III: entre a cor cinza da técnico-burocracia e as cores vibrantes que articulam clínica e política*. 2015. 189 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.

MCKEGANEY, Niel; MORRIS, Zoe; NEALE, Joanne; ROBERTSON, Michele. What are drug users looking for when they contact drug services: abstinence or harm reduction? *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 423-435, 2004.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, José Ricardo de Carvalho; SANTOS, Liliana (orgs.). *Saúde, sociedade e história: Uma revisita às contribuições de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves*. São Paulo, Porto Alegre: Hucitec, Rede Unida; 2017. p. 298-374.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, Emerson Elias et al. (orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MESQUITA, Fábio. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis uma polêmica nacional. In: BASTOS, Francisco Inácio et al. (orgs.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 101-112.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: DESLANDES, Suely Ferreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012 .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. 14ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, v.40, p.139-153, 2018.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, fev. 2008.

MOURA, Fernanda Gonçalves de; SANTOS, Josenaide Engrácia dos. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 126-132, dez. 2011.

NERY FILHO, Antônio; VON FLACH, Patrícia. Os sujeitos e suas exclusões: os movimentos de resistências e os riscos de iatrogenia. In: VECCHIA, Marcelo Dalla et al. (orgs.). *Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de Guerra às Drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 299-318.

NETO, Otavio Cruz; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 13.,2002, Ouro Preto. *Anais...* Ouro Preto: [s.n.], 2002.

NILO, Kelly Patrícia et al. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

NILO, Kelly Patrícia. *Saúde e segurança na política de drogas no Brasil e em BH: avanços e retrocessos de uma política pública*. 2013. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. A transposição das políticas de saúde mental do Brasil para a prática dos novos serviços. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 109-122, mar. 2005a.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro v. 10, n. 3, p. 573-578, set. 2005b.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa CAMPOS; Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec - Fiocruz, 2006. p. 669-689.

OKSALA, Johanna. *Como ler Foucault*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

PAIVA, Fernando Santana; COSTA, Pedro Henrique Antunes. Desigualdade social, políticas sobre drogas e direitos humanos: Uma reflexão sobre a realidade brasileira. In: VECCHIA, Marcelo Dalla et al (orgs.). *Drogas e direitos humanos: Reflexões em tempos de Guerra às Drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p.53-72.

PARADA, Carlos. O acolhimento revisitado. In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu*. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2003. p.221-229.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Redução de Danos. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. *Álcool e outras drogas*. São Paulo: CRPSP, 2011. p.127-137.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, Tatiana e SILVA, Martinho (orgs.). *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p.133-148.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. O pomo da discórdia? A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha Luz. Práticas eficazes X Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2007. p. 9-36.

- PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- PINHEIRO, Roseni. Apresentação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo(orgs.). *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2009. p. 9-12.
- PINHEIRO, Roseni. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gormes (orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. p. 17-37.
- PINHEIRO, Roseni. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni. et al. (orgs.). *Construção social da demanda por Cuidado: Revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2013. p. 33-54.
- PINHO, Paula Hayasi. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de São Paulo*. 2014. 387 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990a. p. 17-59.
- ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990b. p.89-99.
- SANCHES, Laís Ramos; VECCHIA, Marcelo Dalla. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 30, p. 1-10, 2018
- SANTOS, Boaventura de Souza. A sociologia das ausências e a sociologia das emergências: para uma ecologia dos saberes. In: SANTOS, Boaventura de Souza. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 17-51.
- SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: Uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.150-154.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Projeto Terapêutico Institucional - Cersam AD Nordeste. Belo Horizonte, 2014.
- SEVALHO, G. Necessidade em saúde e determinação social. *Intervozes: trabalho, saúde e cultura*, Petrópolis, v. 1, n. 1, p. 80-82, 2016.

- SILVA, Rosimeire Aparecida da. *Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam*. 2015. 199f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- SOUZA, Bruna Barreto Cunha. *A noção de cuidado na atenção a usuários de substâncias psicoativas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)*. 2013. 187 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.
- SOUZA, Jessé. *A Ralé Brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- SOUZA, Jessé. A Parte de Baixo da Sociedade Brasileira. *Revista Interesse Nacional*, [S.l.], v. 14, p. 33-41, 2011.
- SOUZA, Jessé. A doença da humilhação. In: SOUZA, Jessé. (Org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016. p. 29-37.
- SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sérgio Resende. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 2, n. temático, p. 37-57, 2012.
- SOUZA, Tadeu de Paula. *Estado e sujeito: a saúde entre a macro e micro política de drogas*. São Paulo: Hucitec, 2018.
- TOLEDO, Lidiane; GONGORA, Andrés; BASTOS, Francisco Inácio P. M.. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-42, jan. 2017.
- TIRADO-OTALVARO, Andrés Felipe. El consumo de drogas en el debate de la salud pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7 p. 1-11, 2016.
- TRAD, Leny Alves Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.
- TRINDADE FILHO, Arnor José Trindade. *Redução de Danos e Dependência Química na clínica do Caps AD: uma convivência possível?* 2018. 50 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
- VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (orgs.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-65.
- VASCONCELOS, Maria Paula Naves; PAIVA, Fernando Santana de; VECCHIA, Marcelo Dalla. O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p. 363-381, 2018.
- 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.

8 APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE Entrevista semiestruturada (gestores e gerentes)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas – Uma análise dos cuidados em CAPS ad de Belo Horizonte/MG”, desenvolvida por Ana Regina Machado, aluna de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Zélia Maria Profeta da Luz.

O objetivo central deste estudo é analisar os cuidados produzidos em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad), denominados Centros de Referência em Saúde Mental-Álcool e Drogas (Cersam ad), em Belo Horizonte. Você foi escolhido para participar da pesquisa por ter atuado/estar atuando na gestão de cuidados a usuários de álcool outras drogas, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos no final neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista individual, com roteiro pré-elaborado, que contém perguntas sobre o processo de implantação e gestão das práticas de cuidados a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas nos Caps ad/ Cersam ad de Belo Horizonte/ MG.

A entrevista será gravada. Os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos. Após este período, os arquivos serão deletados e destruídos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/CPqRR.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto. De modo geral, o benefício indireto relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é a produção de conhecimentos sobre a atenção às pessoas usuárias ou dependentes de drogas nos Caps ad/ Cersam ad, que podem contribuir para a qualificação dessa atenção nos Caps ad do Brasil.

Os riscos relacionados à sua participação podem ser associados à emissão de informações controversas que podem causar discordância ou contestação de outros sujeitos, assim como algum incômodo a você. Entretanto, a garantia de sigilo e a impossibilidade de identificação, assegurados nesta pesquisa, irão impedir a ocorrência de qualquer mal-estar associado à emissão de suas informações.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Caso você sofra algum dano moral associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas.

Página 1 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Centro de Pesquisas René Rachou

Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma. Você deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como a pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereço e telefone: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - Cep: 30190-002. Telefax: (31) 3349 7825 / e-mail: cepsb-cpqr@cpqr.fiocruz.br (Secretária: Bernadete Patrícia Santos).

 Ana Regina Machado/ Pesquisadora

 Zélia Maria Profeta da Luz/ Pesquisadora Principal

Endereços e telefones institucionais:

CPqRR

Av. Augusto de Lima, 1715. Barro Preto. Belo Horizonte MG.

Tel: 31 3349-7701

e-mails: ana.machado@cpqr.fiocruz.br/ profeta@cpqr.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000.

Tel: 3277-5309

e.mail: coep@pbh.gov.br

Local e data _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Autorizo a gravação da entrevista.

 Participante da pesquisa

Página 2 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE B– TCLE Grupo focal (usuários)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas – Uma análise dos cuidados em CAPS ad de Belo Horizonte/MG”, desenvolvida por Ana Regina Machado, aluna de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Zélia Maria Profeta da Luz.

O objetivo central deste estudo é analisar os cuidados produzidos em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad), denominados Centros de Referência em Saúde Mental-Álcool e Drogas (Cersam ad), em Belo Horizonte. Você foi escolhido por estar em atendimento em um CAPS ad de Belo Horizonte.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não receberá nenhuma penalização, caso decida não participar. Contudo, sua participação é muito importante para a pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações que você prestar. Qualquer dado que permita sua identificação será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos no final neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal formado por pessoas que estão em atendimento no CAPS ad. O grupo focal é um tipo de entrevista em grupo, terá entre seis e dez participantes e uma hora e meia de duração. No grupo, você será convidado a falar sobre os atendimentos que recebe no Caps ad/ Cersam ad. Caso não seja possível finalizar o grupo em uma única sessão, você será convidado a participar de outra sessão.

O grupo focal será gravado. Os arquivos digitais e impressos ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/CPqRR. Após este período, os arquivos serão deletados e destruídos.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto. O benefício indireto relacionado à sua participação é a produção de conhecimentos sobre a atenção às pessoas usuárias ou dependentes de drogas nos Caps ad/ Cersam ad do município de Belo Horizonte. Espera-se que tais conhecimentos possam contribuir para reflexões e melhorias nos cuidados produzidos nos serviços de Belo Horizonte e do Brasil.

Os riscos relacionados à sua participação são aqueles que podem acontecer em situações de interação entre pessoas: falar e não ser compreendido, falar e ser questionado, ouvir posicionamentos diferentes dos que apresentou, sentir algum incômodo diante da fala de outros participantes. Tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pela pesquisadora. Há também a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso você julgue necessário.

Página 1 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Caso você sofra algum dano moral associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas.

Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma. Você deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como a pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereço e telefone: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - Cep: 30190-002. TeleFax: (31) 3349 7825/ Secretária: Bernadete Patrícia Santos. e-mail: ceps-h-cpqr@cpqr.fiocruz.br

Ana Regina Machado/ Pesquisadora

Zélia Maria Profeta da Luz/ Pesquisadora Principal

Endereços e telefones institucionais:

CPqRR

Av. Augusto de Lima, 1715. Barro Preto. Belo Horizonte MG.

Tel: 31 3349-7701

e.mails: ana.machado@cpqr.fiocruz.br/ profeta@cpqr.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP:

30.720-000.

Tel: 3277-5309

e.mail: coep@pbh.gov.br

Local e data _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou de acordo com a gravação do grupo focal.

Participante da pesquisa

Página 2 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE C – TCLE Grupo focal (trabalhadores)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas – Uma análise dos cuidados em CAPS ad de Belo Horizonte/MG”, desenvolvida por Ana Regina Machado, aluna de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Zélia Maria Profeta da Luz.

O objetivo central deste estudo é analisar os cuidados produzidos em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad), denominados Centros de Referência em Saúde Mental-Álcool e Drogas (Cersam ad), em Belo Horizonte. Você foi escolhido por trabalhar em um CAPS ad de Belo Horizonte.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não receberá nenhuma penalização, caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos no final neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal que terá entre seis e 10 participantes, todos trabalhadores do CAPS ad. O grupo focal é um tipo de entrevista em grupo e terá duração de uma hora e meia. No grupo, você será convidado a falar sobre os cuidados realizados no Caps ad/ Cersam ad. Caso não seja possível finalizar o grupo em uma única sessão, você será convidado a participar de outra sessão.

O grupo focal será gravado. Os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/CPqRR. Após este período, os arquivos serão deletados e destruídos.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto. O benefício indireto relacionado à sua participação é a produção de conhecimentos sobre a atenção às pessoas usuárias ou dependentes de drogas nos Caps ad/ Cersam ad do município de Belo Horizonte. Espera-se que tais conhecimentos possam contribuir para reflexões e melhorias nos cuidados produzidos nos serviços de Belo Horizonte e do Brasil.

Os riscos relacionados à sua participação são aqueles que podem acontecer em situações de interação entre pessoas: falar e não ser compreendido, falar e ser questionado, ouvir posicionamentos diferentes dos que apresentou, sentir algum incômodo diante da fala de outros participantes. Tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pela pesquisadora. Há também a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso você julgue necessário.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Página 1 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou

Caso você sofra algum dano moral associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas.

Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma. Você deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como a pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereço e telefone: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - Cep: 30190-002. TeleFax: (31) 3349 7825/ Secretária: Bernadete Patrícia Santos. e-mail: cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

Ana Regina Machado/ Pesquisadora

Zélia Maria Profeta da Luz/ Pesquisadora Principal

Endereços e telefones institucionais:

CPqRR

Av. Augusto de Lima, 1715. Barro Preto. Belo Horizonte MG.

Tel: 31 3349-7701

e-mails: ana.machado@cpqrr.fiocruz.br/ profeta@cpqrr.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000.

Tel: 3277-5309

e.mail: coep@pbh.gov.br

Local e data _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou de acordo com a gravação do grupo focal.

Participante da pesquisa

Página 2 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE D – TCLE Grupo focal (familiares)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas – Uma análise dos cuidados em CAPS ad de Belo Horizonte/MG”, desenvolvida por Ana Regina Machado, aluna de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Zélia Maria Profeta da Luz.

O objetivo central deste estudo é analisar os cuidados produzidos em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad), denominados Centros de Referência em Saúde Mental-Álcool e Drogas (Cersam ad), em Belo Horizonte. Você foi escolhido por ter um familiar que está em atendimento em um CAPS ad de Belo Horizonte.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não receberá nenhuma penalização, caso decida não participar. Contudo, sua participação é muito importante para a pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações que você prestar. Qualquer dado que permita sua identificação será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos no final neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um grupo focal, formado por pessoas que têm familiares em atendimento no CAPS ad. O grupo focal é um tipo de entrevista em grupo, terá entre seis e dez participantes e uma hora e meia de duração. No grupo, você será convidado a falar sobre os atendimentos realizados nos Caps ad/ Cersam ad. Caso não seja possível finalizar o grupo em uma única sessão, você será convidado a participar de outra sessão.

O grupo focal será gravado. Os arquivos digitais e impressos ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/CPqRR. Após este período, os arquivos serão deletados e destruídos.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto. O benefício indireto relacionado à sua participação é a produção de conhecimentos sobre a atenção às pessoas usuárias ou dependentes de drogas nos Caps ad/ Cersam ad do município de Belo Horizonte. Espera-se que tais conhecimentos possam contribuir para reflexões e melhorias nos cuidados produzidos nos serviços de Belo Horizonte e do Brasil.

Os riscos relacionados à sua participação são aqueles que podem acontecer em situações de interação entre pessoas: falar e não ser compreendido, falar e ser questionado, ouvir posicionamentos diferentes dos que apresentou, sentir algum incômodo diante da fala de outros participantes. Tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pela pesquisadora. Há também a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso você julgue necessário.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Página 1 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou

Caso você sofra algum dano moral associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte da pesquisadora e das instituições envolvidas.

Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma. Você deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como a pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereço e telefone: Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte - Cep: 30190-002. TeleFax: (31) 3349 7825/ Secretária: Bernadete Patrícia Santos. e-mail: cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

Ana Regina Machado/ Pesquisadora

Zélia Maria Profeta da Luz/ Pesquisadora Principal

Endereços e telefones institucionais:

CPqRR

Av. Augusto de Lima, 1715. Barro Preto. Belo Horizonte MG.

Tel: 31 3349-7701

e-mails: ana.machado@cpqrr.fiocruz.br / profeta@cpqrr.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000.

Tel: 3277-5309

e.mail: coep@pbh.gov.br

Local e data _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou de acordo com a gravação do grupo focal.

Participante da pesquisa

Página 2 de 2

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE E - Roteiro Entrevista Semiestruturada/ Coordenador de Saúde Mental

Roteiro Entrevista Semiestruturada

Sujeito participante: Gestor de Saúde Mental de BH

1. Desde quando trabalha na Coordenação Municipal de Saúde Mental de BH?/ Como se tornou coordenador de Saúde Mental do Município?
2. Qual foi/é a proposta da atenção para usuários de álcool e outras drogas da Coordenação Municipal de Saúde Mental de BH? Como ela foi construída?
3. O que se pretendeu/se pretende com esta proposta?
4. Quais princípios e diretrizes nortearam/norteiam os cuidados na atenção a usuários de drogas nos Caps AD em Belo Horizonte?
5. Como foi o processo de implantação dos Caps AD?
6. Houve diálogo com os trabalhadores na implantação da proposta de cuidados da Coordenação nos Caps AD?
7. Houve diálogo com a comunidade na implantação da proposta?
8. Quais práticas de cuidado têm sido desenvolvidas nos Caps AD?
9. Os cuidados produzidos estão de acordo com as necessidades das pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas?
10. Os trabalhadores atuavam/estão atuando de acordo com a proposta da Coordenação de Saúde Mental?
11. Quais saberes têm sido considerados na produção de cuidados nos Caps AD?
12. O Caps AD desenvolve alguma prática articulada com os demais serviços da rede de saúde? E na comunidade?
13. As pessoas se sentem acolhidas e cuidadas nos serviços?
14. Avanços foram produzidos no campo dos cuidados? Quais?
15. Quais desafios existem no campo do cuidado?
16. O cotidiano dos Caps AD e das redes tem colocado a necessidade de alguma reorientação no campo dos cuidados? Qual/Quais?
17. O que poderia aprimorar os cuidados a usuários de drogas nos Caps AD?
18. Gostaria de acrescentar algo sobre os cuidados produzidos nos Caps AD?

APÊNDICE F - Roteiro Entrevista Semiestruturada/ Gerentes Caps AD

Roteiro Entrevista Semiestruturada

Sujeito participante: Coordenador/ Gerente de Caps AD

1. Qual experiência teve no campo da Saúde e da Saúde Mental, antes de assumir a coordenação do Caps AD?
2. Desde quando trabalha na coordenação do Caps AD?
3. Qual é a proposta de cuidado para usuários de álcool e outras drogas do serviço? Como ela foi construída?
4. Qual é o objetivo/ Quais são os objetivos dos cuidados no Caps AD?
5. Quais princípios e diretrizes norteiam os cuidados a usuários de drogas no Caps AD?
6. Os trabalhadores estão atuando de acordo com a proposta de cuidado do serviço?
7. Quais saberes têm sido considerados na produção de cuidados no Caps AD?
8. Os cuidados produzidos estão de acordo com as necessidades das pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas?
9. Quais práticas de cuidado têm sido privilegiadas no Caps AD?
10. As práticas de cuidado produzidas no Caps AD envolvem outros serviços, outras redes, a comunidade?
11. Como os projetos terapêuticos singulares têm sido construídos? Quem participa dessa construção?
12. A internação é utilizada como recurso terapêutico? Em que situação? Com que frequência?
13. A medicalização é utilizada como recurso terapêutico? Em que situação? Com que frequência?
14. Em sua opinião, como as pessoas (usuários e familiares) se sentem em relação à atenção que recebem no Caps AD?
15. Há espaços de participação social no Caps AD? Essa participação contribui para a reformulação dos cuidados no Caps AD?
16. Quais avanços foram produzidos no campo dos cuidados?
17. Quais desafios existem no campo dos cuidados?
18. O cotidiano do Caps AD e da rede tem colocado a necessidade de alguma reorientação no campo dos cuidados? Qual/Quais?
19. O que poderia qualificar o cuidado no Caps AD?
20. Gostaria de acrescentar algo sobre os cuidados produzidos nos Caps AD?

APÊNDICE G - Roteiro Grupo Focal/ Usuários

Roteiro Grupo Focal

Sujeitos participantes: Usuários dos Caps AD

1. O que o Caps AD significa para vocês?
2. O que vocês acham que o atendimento do Caps AD tem de positivo? Podem dar exemplos?
3. O que vocês acham que o atendimento do Caps AD tem de negativo? Podem dar exemplos?
4. Como vocês são tratados pelos profissionais do Caps AD?
5. O que vocês acham que deveria ser diferente no Caps AD? Gostariam de mudar os atendimentos do Caps AD?
6. Vocês já passaram por outros serviços? Quais? Qual tipo de atendimento vocês consideram melhor?
7. Se pudessem, estariam em outro tipo de serviço? Qual? Por quê?
8. Vocês são encaminhados para outros atendimentos e atividades fora do Caps AD? Quais? Eles são importantes para vocês?
9. O atendimento no Caps AD mudou alguma coisa na vida de vocês? Podem dar alguns exemplos?
10. Como vocês gostariam de estar quando recebessem alta do Caps AD?
11. Gostariam de acrescentar algo sobre o atendimento no Caps AD?

APÊNDICE H - Roteiro Grupo Focal/ Trabalhadores

Roteiro - Grupo Focal

Sujeitos participantes: Trabalhadores dos Caps AD

1. Como percebem as pessoas que são cuidadas no Caps AD?
2. Quais problemas essas pessoas apresentam com mais frequência?
3. Quais cuidados essas pessoas precisam? O Caps AD oferece o que elas precisam?
4. O que vocês acham que tem de positivo na atenção feita no Caps AD?
5. O que vocês acham que tem de negativo?
6. Gostariam de modificar a atenção ofertada nesse serviço? O que modificariam?
7. Vocês se sentem preparados para cuidar de pessoas que procuram o Caps AD? O que é importante saber para cuidar de pessoas que são dependentes de drogas?
8. A política do MS para Atenção Integral a Usuários de Drogas e a política de Saúde Mental são importantes para orientar os cuidados realizados no Caps AD? De que forma elas estão presentes no Caps AD?
9. O que esperam alcançar na passagem dos usuários por este serviço?
10. Quais mudanças na vida dos usuários o Caps AD tem conseguido produzir?
11. Quais são os desafios da atenção ofertada neste serviço?
12. Gostariam de acrescentar algo sobre os cuidados produzidos no Caps AD?

APÊNDICE I – Roteiro Grupo Focal/ Familiares

Roteiro Grupo Focal/ Familiares

Sujeitos participantes: Familiares de usuários de Caps AD

1. O que acham do atendimento que os familiares de vocês recebem no Caps AD?
2. O que vocês acham que o atendimento do Caps AD tem de positivo?
3. O que vocês acham que o atendimento do Caps AD tem de negativo?
4. Vocês também recebem algum atendimento no Caps AD? Acham importante?
5. Como vocês são tratados pelos profissionais no Caps AD? O que acham desse modo de tratar?
6. Os familiares de vocês já passaram por outros serviços? Quais? Qual tipo de atendimento vocês consideram melhor? Por quê?
7. Se pudessem, gostariam de modificar os atendimentos do Caps AD? De que forma?
8. Se pudessem, levariam os familiares de vocês para outro tipo de? Qual? Por quê?
9. O atendimento no Caps AD produziu mudanças nas vidas dos familiares de vocês? Podem dar exemplos?
10. Como vocês gostariam que os familiares de vocês estivessem quando recebessem alta do Caps AD?
11. O Caps AD faz encaminhamento para outros tipos de serviços da rede ou para alguma atividade na comunidade? Quais?
12. Gostariam de acrescentar algo sobre o atendimento no Caps AD?

APÊNDICE J – Roteiro Observação Participante

Roteiro: Observação Participante

LOCAL: Caps AD

- 1) Práticas de cuidado realizadas
- 2) Objetivos dos cuidados
- 3) Norteadores (saberes, princípios, diretrizes) do cuidado
- 4) O trabalho em equipe. Existência de sub equipes de trabalhadores (formadas em torno da categoria profissional, do nível de formação, etc.).
- 5) Relações entre trabalhadores do serviço (inclusive coordenador) e pessoas cuidadas no serviço
- 6) Relações entre trabalhadores do serviço (inclusive coordenador) e familiares de pessoas cuidadas no serviço
- 7) Relações entre usuários
- 8) Aspectos positivos da atenção no Caps AD na perspectiva de usuários, familiares, trabalhadores e coordenador.
- 9) Aspectos negativos da atenção no Caps AD na perspectiva de usuários, familiares, trabalhadores e coordenador.
- 10) Articulação de redes de cuidado (outros pontos de atenção da rede de saúde, outras redes).
- 11) Condições de trabalho

9 ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética do IRR Fiocruz

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas: Uma análise dos cuidados nos CAPS ad de Belo Horizonte/MG

Pesquisador: Zélia Maria Profeta da Luz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57956416.0.0000.5091

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/

Patrocinador Principal: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.674.266

Apresentação do Projeto:

Essa pesquisa tem como proposta investigar os cuidados produzidos nos Centros de Atenção Psicossocial - álcool/drogas (CAPS AD), serviços do SUS - Sistema Único de Saúde destinados ao atendimento de pessoas em uso prejudicial ou dependentes de drogas. São denominados Centros de Referência em Saúde Mental - Álcool e Drogas (CERSAM) no município de Belo Horizonte.

Serão realizados três procedimentos metodológicos para se obter as respostas aos questionamentos e os objetivos: pesquisa bibliográfica, documental e de campo.

O trabalho de campo contemplará o universo dos CAPS AD do município, CERSAMs AD Pampulha, Barreiro e Nordeste e envolverá a utilização de diferentes técnicas de pesquisa: entrevistas semi-estruturadas (8 entrevistas individuais realizadas a partir de um roteiro pré-elaborado com gestores da área de Saúde Mental, Álcool e Drogas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e juntos a coordenadores dos três CAPS AD/CERSAM); grupos focais (serão realizados em cada serviço, com diferentes categorias de participantes - trabalhadores de nível superior, trabalhadores de nível médio, usuários em atendimentos e familiares de usuários; buscarão obter informações sobre as percepções, concepções, atitudes e visões dos diferentes grupos sobre os cuidados produzidos nesses serviços); observação participante (duração de quarenta horas em cada serviço e buscará obter informações sobre o contexto da produção das falas).

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715

Bairro: Barro Preto

CEP: 30.190-002

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3349-7825

Fax: (31)3349-7825

E-mail: cepsh-cpqr@cpqr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer: 1.674.266

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar os cuidados produzidos em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) da rede de Saúde Mental de Belo Horizonte/ MG e suas adequações às políticas de saúde e às necessidades de atenção das pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Objetivo secundário: 1. Identificar as práticas de cuidado produzidas nos CAPS AD de Belo Horizonte. / 2. Compreender os significados atribuídos por trabalhadores, gestores, usuários e seus familiares aos cuidados produzidos nos CAPS AD e suas adequações às necessidades de atenção dos usuários / 3. Investigar os saberes e as racionalidades utilizados na produção de cuidados nos CAPS AD. / 4. Identificar e analisar as relações entre os cuidados produzidos nos CAPS AD e as políticas de atenção a usuários de drogas do setor saúde. / 5. Identificar fatores facilitadores e dificultadores da produção de cuidados na área de álcool e outras drogas, bem como relacioná-los aos impasses da consolidação das políticas de atenção a usuários de drogas do setor saúde, da Reforma Psiquiátrica e do SUS e do arcabouço legal brasileiro na área de drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos de danos físicos.

Há possibilidade de ocorrência de danos psíquicos e sociais de gravidade mínima e baixa, e tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pela pesquisadora. São eles:

Etapa 1: Entrevistas semi-estruturadas

A participação nas entrevistas semi-estruturadas envolvem riscos de gravidade mínima, já que as perguntas feitas referem-se às práticas profissionais dos entrevistados e não a questões que envolvem a subjetividade dos entrevistados. Os riscos relacionados à participação podem ser associados à emissão de informações controversas que podem causar discordância ou contestação de outros atores.

Etapa 2/ Técnica a: Grupos focais

A participação em grupos focais pode proporcionar riscos de baixa gravidade. Nos grupos focais, os dados são coletados a partir da interação entre os sujeitos participantes. Os sujeitos podem ser afetados pelas falas dos outros sujeitos participantes, o que pode originar eventuais problemas nos relacionamentos sociais entre os participantes, no momento da realização do grupo ou em momento posterior.

Etapa 2/ Técnica b: Observação participante

A observação participante envolve risco de gravidade mínima, já que não será dirigida a nenhuma

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto **CEP:** 30.190-002
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3349-7825 **Fax:** (31)3349-7825 **E-mail:** cepsh-cpqr@cpqr.fiocruz.br

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



Continuação do Parecer: 1.674.266

situação em particular (comportamento de um sujeito em especial, consulta individual, etc). Apenas a revelação da identidade dos sujeitos presentes nos espaços de observação - que não ocorrerá - poderia trazer algum desconforto ou mal-estar para os sujeitos observados.

Benefícios:

Os benefícios da participação não serão sentidos diretamente pelos sujeitos participantes da pesquisa. A participação dos sujeitos servirá à produção de conhecimento que pretende contribuir para a qualificação dos cuidados produzidos nos CAPS AD.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema do projeto é relevante. Desde 2012 a Rede de Saúde Mental do SUS tornou-se uma das redes de atenção prioritária com o advento do fenômeno do crack. Apesar da previsão de que os cuidados sejam feitos em diferentes serviços, o CAPS AD tem importância fundamental na rede de Saúde Mental, tanto por ter sido o primeiro serviço público, quanto por ter se tornado o principal ponto de atenção do SUS destinado à atenção a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas e a pesquisa poderá contribuir para a produção de conhecimentos sobre os cuidados nos CAPS AD e suas adequações para os usuários.

Apesar da pesquisa se restringir aos CAPS AD de Belo Horizonte, compreende-se que os conhecimentos produzidos poderão beneficiar os CAPS AD e as redes de saúde mental de outros municípios e regiões do Brasil, já que todos têm sido implantados a partir das mesmas regulamentações e políticas do Ministério da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto: devidamente preenchida e assinada
2. Protocolo de Pesquisa
3. Informações Básicas sobre o Projeto
4. Projeto AD_BH
5. TCLEs - adequados
- Apêndice A: Gestores - adequado
- Apêndice B: Trabalhadores - adequado
- Apêndice C: Familiares
- Apêndice D: Usuários
6. Roteiros de Entrevista Semi-Estruturada - adequados
- Apêndice E: Gestores
- Apêndice F: Coordenadores/Gerente CERSAMs)
7. Roteiros do Grupo Focal - adequados

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715			
Bairro: Barro Preto		CEP: 30.190-002	
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE		
Telefone: (31)3349-7825	Fax: (31)3349-7825	E-mail: cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br	

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer: 1.674.266

Apêndice G: Trabalhadores de níveis superior e médio CERSAMs

Apêndice H: Familiares

Apêndice I: Usuários

8. Roteiro da Observação Participante

Apêndice J: adequado

9. Cronograma: adequado

10. Carta Anuência BH: adequada

Recomendações:

Recomenda-se corrigir: o Termo de Compromisso da pesquisadora está assinado de acordo com a Resolução 196 e deve ser 466.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Fica pendente a correção no Termo de Compromisso que deve ser assinado de acordo com a resolução 466.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colocado em discussão o parecer do relator, o Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos do Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ Minas, decidiu que o projeto está aprovado com a recomendação da correção acima apontada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_759827.pdf	15/07/2016 17:02:33		Aceito
Cronograma	Apendice_K_CRONOGRAMA.pdf	15/07/2016 16:55:46	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProtocoloDePesquisa.pdf	15/07/2016 16:54:58	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_AD_BH.pdf	14/07/2016 20:58:06	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_BH.pdf	14/07/2016 20:38:05	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_J_ROTIEIRO_Obsevacao_participante.pdf	14/07/2016 20:28:09	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_I_ROTIEIRO_Grupo_Focal_Familiares.pdf	14/07/2016 20:27:42	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_H_ROTIEIRO_Grupo_Focal_U	14/07/2016	Zélia Maria Profeta	Aceito

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715

Bairro: Barro Preto

CEP: 30.190-002

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3349-7825

Fax: (31)3349-7825

E-mail: cepsh-cpqr@cpqr.fiocruz.br

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



Continuação do Parecer: 1.674.266

Outros	suarios.pdf	20:27:15	da Luz	Aceito
Outros	Apendice_G_ROTUIRO_Grupo_Focal_Trabalhadores.pdf	14/07/2016 20:24:43	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_F_ROTUIRO_Entrevista_Coordenador_CAPS_ad.pdf	14/07/2016 20:24:13	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_E_ROTUIRO_Entrevista_Gestor.pdf	14/07/2016 20:23:42	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_D_TCLE_GF_Usuarios.pdf	14/07/2016 20:21:39	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C_TCLE_GF_Familiares.pdf	14/07/2016 20:20:43	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B_TCLE_GF_Trabalhadores.pdf	14/07/2016 20:19:29	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_A_TCLE_Gestores.pdf	14/07/2016 20:19:11	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	14/07/2016 20:07:30	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

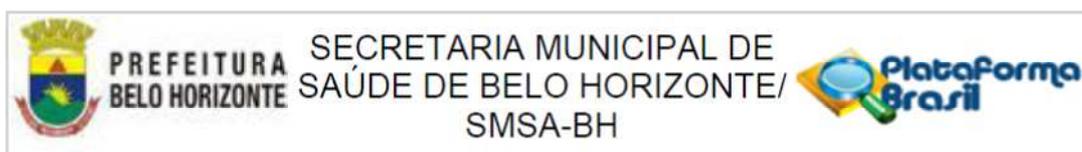
Não

BELO HORIZONTE, 11 de Agosto de 2016

Assinado por:
MARCELO PASCOAL
(Coordenador)

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto **CEP:** 30.190-002
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3349-7825 **Fax:** (31)3349-7825 **E-mail:** cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas: Uma análise dos cuidados nos CAPS ad de Belo Horizonte/MG

Pesquisador: Zélia Maria Profeta da Luz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57956416.0.3001.5140

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/

Patrocinador Principal: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.734.225

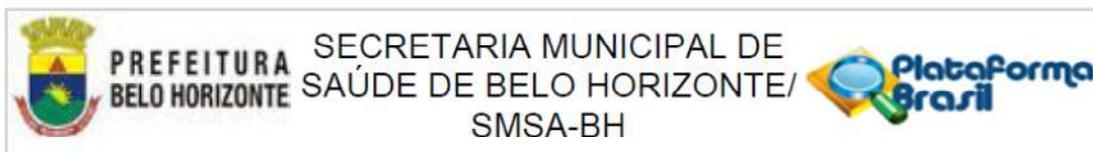
Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial teórico-metodológico da Hermenêutica-Dialética, que compreenderá a realização de pesquisa bibliográfica, de pesquisa documental e de trabalho de campo.

O trabalho de campo será realizado nos três Centros de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS ad), denominados Centros de Referência em Saúde Mental -Álcool e Drogas (Cersam ad), da rede municipal de saúde de Belo Horizonte: Cersam ad Pampulha, Cersam ad Barreiro e Cersam ad Nordeste. Contemplará, portanto, o universo dos CAPS ad do município.

O trabalho de campo envolverá a utilização de diferentes técnicas de pesquisa como as entrevistas semi-estruturadas, os grupos focais e a observação participante. As entrevistas semi-estruturadas serão realizadas junto a gestores da área de Saúde Mental, Álcool e Drogas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e juntos a coordenadores dos três Caps ad/Cersam ad do município. Serão realizadas seis entrevistas individuais. Os grupos focais serão realizados com diferentes categorias de participantes: trabalhadores de nível superior, trabalhadores de nível médio, usuários em atendimentos e familiares de usuários dos CAPS AD de Belo Horizonte. Serão realizados quatro grupos focais em cada serviço e doze no total. A observação participante ocorrerá nos três CAPS ad e terá duração de quarenta horas em cada serviço. Serão realizadas

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.734.225

cento e vinte horas de observação participante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os cuidados produzidos em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS ad) da rede de Saúde Mental de Belo Horizonte/ MG e suas adequações às políticas de saúde e às necessidades de atenção das pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Objetivo Secundário:

1. Identificar as práticas de cuidado produzidas nos CAPS ad de Belo Horizonte.
2. Compreender os significados atribuídos por trabalhadores, gestores, usuários e seus familiares aos cuidados produzidos nos CAPS ad e suas adequações às necessidades de atenção dos usuários
3. Investigar os saberes e as racionalidades utilizados na produção de cuidados nos CAPS ad.
4. Identificar e analisar as relações entre os cuidados produzidos nos CAPS ad e as políticas de atenção a usuários de drogas do setor saúde.
5. Identificar fatores facilitadores e dificultadores da produção de cuidados na área de álcool e outras drogas, bem como relacioná-los aos impasses da consolidação das políticas de atenção a usuários de drogas do setor saúde, da Reforma Psiquiátrica e do SUS e do arcabouço legal brasileiro na área de drogas.

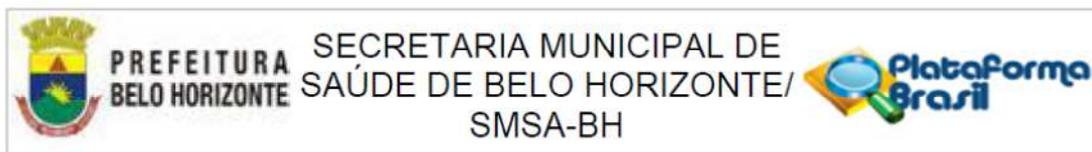
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para os sujeitos participantes envolvidos na pesquisa são aqueles relacionados às consequências emocionais que podem decorrer dos processos de interação social e de produção de falas.

Os benefícios da participação não serão sentidos diretamente pelos sujeitos participantes da pesquisa. A participação dos sujeitos servirá à produção de conhecimento que pretende contribuir para a qualificação dos cuidados produzidos nos CAPS ad. A pesquisa poderá contribuir para: compreender melhor os cuidados produzidos nos CAPS ad, suas adequações às necessidades de saúde dos usuários, bem como às políticas de saúde para atenção a usuários de drogas; identificar as dificuldades que os trabalhadores encontram em suas práticas de cuidado; subsidiar tanto o desenvolvimento de novas decisões e estratégias no campo da gestão, quanto a elaboração de ações educacionais no campo da formação e da educação permanente em saúde; identificar os avanços produzidos e os desafios enfrentados pelos CAPS ad.

Apesar da pesquisa se restringir aos CAPS ad de Belo Horizonte, compreende-se que os

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.734.225

conhecimentos produzidos poderão beneficiar os CAPS ad e as redes de saúde mental de outros municípios e regiões do Brasil, já que todos têm sido implantados a partir das mesmas regulamentações e políticas do Ministério da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante considerando o objetivo específico de identificar as dificuldades na produção de cuidados na atenção aos usuários severos de álcool e outras drogas, especificamente nos CAPS/AD.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pela pesquisadora Zélia Maria Profeta da Luz e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador.

Recomendações:

Adotar modelos de TCLEs dos quais constem os dados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

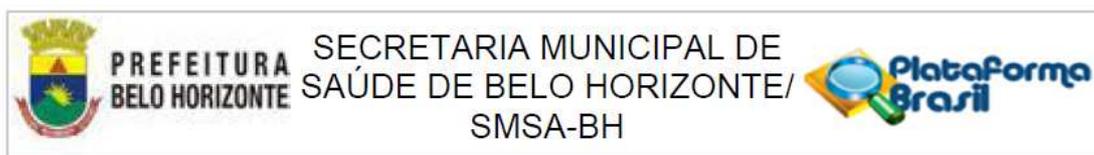
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Atenção às pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas: Uma análise dos cuidados nos CAPS ad de Belo Horizonte/MG.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.734.225

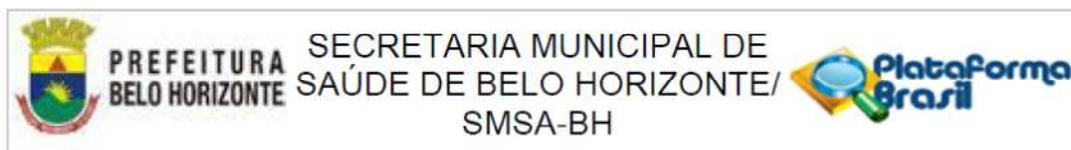
modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_759827.pdf	15/07/2016 17:02:33		Aceito
Cronograma	Apendice_K_CRONOGRAMA.pdf	15/07/2016 16:55:46	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProtocoloDePesquisa.pdf	15/07/2016 16:54:58	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_AD_BH.pdf	14/07/2016 20:58:06	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_BH.pdf	14/07/2016 20:38:05	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_J_ROTIEIRO_Obsevacao_participante.pdf	14/07/2016 20:28:09	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_I_ROTIEIRO_Grupo_Focal_Familiares.pdf	14/07/2016 20:27:42	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_H_ROTIEIRO_Grupo_Focal_Usuarios.pdf	14/07/2016 20:27:15	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_G_ROTIEIRO_Grupo_Focal_Trabalhadores.pdf	14/07/2016 20:24:43	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_F_ROTIEIRO_Entrevista_Coordenador_CAPS_ad.pdf	14/07/2016 20:24:13	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Outros	Apendice_E_ROTIEIRO_Entrevista_Gestor.pdf	14/07/2016 20:23:42	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_D_TCLE_GF_Usuarios.pdf	14/07/2016 20:21:39	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C_TCLE_GF_Familiares.pdf	14/07/2016 20:20:43	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.734.225

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B_TCLE_GF_Trabalhadores.pdf	14/07/2016 20:19:29	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_A_TCLE_Gestores.pdf	14/07/2016 20:19:11	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	14/07/2016 20:07:30	Zélia Maria Profeta da Luz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 19 de Setembro de 2016

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

ANEXO C – ACEITE DO ARTIGO 1

ICSE-2019-0090.R1 Avaliação editorial de submissão: Aceitar

De: Antonio Cyrino
Para: anarmachado@uol.com.br
Cópia: interface.edicao@gmail.com
Cópia oculta:
Assunto: ICSE-2019-0090.R1 Avaliação editorial de submissão: Aceitar
Enviada em: 29/07/2019 | 13:49
Recebida em: 29/07/2019 | 13:49

Prezado Machado

Informo que o manuscrito de sua autoria intitulado O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência foi aprovado para a seção ARTIGOS, de Interface – Comunicação, Saúde, Educação, conforme síntese dos pareceres, abaixo relacionada

"O artigo adquire mais relevância no atual cenário político e social do País. O texto apresenta ideias coerentes, o objetivo foi respondido com os achados dos resultados, houve uma maior imersão no conteúdo das entrevistas e interpretação das mesmas afim de compreender aquilo que está posto para além do que está expresso.

Para darmos agilidade à publicação do artigo o aprovamos, ainda que tenhamos pequenas pendências que poderão ser facilmente resolvidos e encaminhadas na última versão. Para esta última versão pedimos que aguardem informações adicionais da secretaria da revista a respeito de seu envio etc. Favor deixar as alterações realizadas com a fonte em vermelho.

Seguem as solicitações dos revisores:

Há necessidade de uma adequada revisão linguística do texto. "

Solicito que aguarde informações complementares da secretaria da revista quanto aos procedimentos iniciais de edição de seu manuscrito para publicação.

Em caso de dúvidas, envie suas questões para intface@fmb.unesp.br.

Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino
Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Editor-chefe

ANEXO D – ACEITE DO ARTIGO 2

Artigo aprovado - PHYSIS-2019-0145.R1 - Physis Revista de Saúde Coletiva | Decision on Manuscript...

De: Kenneth Camargo
Para: anamachado@uol.com.br
Cópia:
Cópia oculta:
Assunto: Artigo aprovado - PHYSIS-2019-0145.R1 - Physis Revista de Saúde Coletiva | Decision on Manuscript...
Enviada em: 15/07/2019 | 13:18
Recebida em: 15/07/2019 | 13:18

[Versão em português | English version below]

Prezado(a) Sr(a). (Person not available) (Person not available),

É com grande alegria que anunciamos o aceite de seu manuscrito, intitulado "Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD)?"". Ainda não há uma edição definida para sua publicação. No entanto, quando houver uma definição, você será contatado(a) por nossa equipe de revisores para efetuar os últimos ajustes e aprovar a versão final do artigo a ser publicado.

Agradecemos mais uma vez sua contribuição, esperando poder contar com a submissão de novos trabalhos futuramente.

Atenciosamente,

Dr. Kenneth Camargo
Editor-chefe
Physis Revista de Saúde Coletiva
kencamargo@gmail.com

Associate Editor
Comments to the Author:
(There are no comments.)

Tabela de revisão completa:

15-Jul-2019

Dear Mrs. Machado:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD)?" in its current form for publication in the Physis Revista de Saúde Coletiva. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Physis Revista de Saúde Coletiva, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. Kenneth Camargo
Editor-in-Chief, Physis Revista de Saúde Coletiva
kencamargo@gmail.com

Associate Editor
Comments to the Author:
(There are no comments.)

Entire Scoresheet:
