UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

EDUCAÇÃO SOBRE DROGAS E DISPOSITIVOS DE CUIDADO: REFLEXÕES ACERCA DA EXPERIÊNCIA DE UM CAPS AD COM A REDUÇÃO DE DANOS

TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -

Adriana Pacheco van der Sand

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

Educação sobre drogas e Dispositivos de Cuidado: reflexões acerca da experiência de um CAPS ad com a Redução de Danos

Elaborado por

Adriana Pacheco van der Sand

Orientado por

Sheila Kocourek

como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, ênfase Saúde Mental

Comissão Examinadora:

Dra. Sheila Kocourek (UFSM)-Presidente	**Dr. Jairo da Luz Oliveira** (UFSM)	**Dr. Guilherme Carlos Correa** (UFSM)	**Msc. Douglas de Oliveira Casarotto** (SMS)

Santa Maria, dezembro de 2014.

Educação sobre drogas e Dispositivos de Cuidado: reflexões acerca da experiência de um CAPS ad com a Redução de Danos

Adriana Pacheco van der Sand; Sheila Kocourek

Resumo: Este estudo tem como **objetivo** analisar as especificidades da atuação em Redução de Danos vivenciada pelos profissionais de um Centro Psicossocial Alcool e Drogas de um município do estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia**: estudo descritivo, do tipo análise reflexiva, inspirado no método cartográfico. As informações foram retiradas do relato de experiência registrado em diário de campo produzido no processo de formação da autora em Programa de Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde em Saúde Mental e sua análise, do tipo "de implicação" e realizada por meio de analisadores, centrou-se nos processos de trabalho de um CAPS ad realizados pela equipe deste Serviço de Saúde, o qual serviu de cenário do estudo. **Resultados**: A partir dos analisadores a reflexão apresenta-se em duas sessões: educação sobre drogas como norteadora de uma prática; e, invenções e experimentações de dispositivos de cuidado. Essa opção justifica-se por entender-se que, ao desvelar as relações postas na dinâmica de trabalho do CAPS ad analisado, é possível compreender a Redução de Danos (RD) como uma diretriz clínica de um trabalho psicossocial com álcool e outras drogas e, mais especificamente, o modo como ela aparece na realidade de trabalho dos profissionais do CAPS ad A. **Considerações finais**: A análise sinaliza a potência de uma educação sobre drogas considerando os processos educacionais singulares e individuais, bem como da reavaliação constante dos processos de trabalho e da flexibilidade para a experimentação e invenção de novos fazeres com vistas a implementação de atividades de redução de danos com centralidade no sujeito e não na droga.

Palavras chaves: Redução de Danos; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

Abstract: This study aims to analyze specificities of the action performed by professionals of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS ad), when involving harm reduction. The study was conducted in a city of Rio Grande do Sul State, Brazil. **Methods:** descriptive study, with reflexive analysis, inspired by mapping method. Information for the study came from an experience report registered in

a field journal produced by the author of the study when coursing a Mental Health residency program, *Programa de Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde em Saúde Mental.* Analysis of implication was carried out, with the use of analyzers, focusing on the processes of work in a *CAPS ad.* **Results:** From the analyzers, reflection is showed in two sessions: education on drugs as a guideline for practice; and, inventions and experimentations of care devices. We justify this option from the understanding that, when unveiling relations that result of dynamics of work at the CAPS, we can understand harm reduction as a clinical guideline in a psychosocial work with alcohol and drugs and, specially, the way how this guideline is experienced in the work of the*CAPS* professionals. **Final considerations:** The results of the analysis point the strength of an education on drugs, considering singular and individual educational processes, as well as constant reevaluation of processes of work and flexibility for experimentation and invention of new practices, aiming the implementation of harm reduction activities focused on the subject, not on drug.

Keywords: Harm Reduction; Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs; Patient Care Team.

Resumen: El presente estudio tiene como **objetivo** el análisis de las especificidades de la actuación en Reducción de Daños vivida por los profesionales de un Centro Psicosocial Alcohol y Drogas de un municipio del estado del Rio Grande do Sul. **Metodología**: estudio descriptivo, de tipo análisis reflexiva inspirado en el método cartográfico. Las informaciones fueron retiradas de informe de experiencia registrado en diario de campo producido en el proceso de formación de la autora en Programa de Residencia Multiprofesional Integrada en el Sistema Público de Salud en Salud Mental y su análisis, del tipo “de implicación” y realizado por medio de analizadores, se centró en los procesos de trabajo de un CAPS AD realizados por el equipo de ese servicio de salud, el cual fue el escenario del estudio. **Resultados**: A partir de los analizadores la reflexión se presenta en dos sesiones: educación sobre drogas como norteadora de una práctica; y, invenciones y experimentaciones de dispositivos de cuidado. Esa opción se justifica por el entendimiento que al se desvelar las relaciones puestas en la dinámica de trabajo del CAPS ad analizado, es posible comprehender la red como una directriz clínica de un trabajo psicosocial con alcohol y otras drogas y, más específicamente, el modo como ella aparece en la

realidad de trabajo de los profesionales del CAPS ad. **Consideraciones finales**: El análisis señala la potencia de una educación sobre drogas considerando los procesos educacionales singulares e individuales así como de la evaluación constante de los procesos de trabajo y de la flexibilidad para la experimentación y invención de nuevos procesos de trabajo buscando la implementación de actividades de reducción de daños con la centralidad en el sujeto y no en la droga.
Palabras clave: Reducción del Daño; Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas, Equipo Interdisciplinar de Salud.

Janela sobre as proibições

Eduardo Galeano

Na parede de um botequim em Madri, um cartaz avisa: Proibido cantar.
Na parede do aeroporto do Rio de Janeiro, um aviso informa: É proibido brincar com os carrinhos porta-bagagem.
Ou seja, ainda existe gente que canta, ainda existe gente que brinca.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 8
2 METODOLOGIA..... 11
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 14
3.1 Educação sobre drogas norteando uma prática..... 16
3.1.1 A implantação de um novo CAPS ad e a valorização dos processos educacionais..... 17
3.1.2 As estratégias educacionais que compõem as práticas do CAPS ad A..... 19
3.1.3 As ações no território, a Redução de Danos e a educação.... 21
3.2 Invenções e experimentações de dispositivos de cuidado..... 23
3.2.1. O Profissional de Referência..... 25
3.2.2 O Plantão PTS..... 26
3.2.3. A ambiência..... 27
3.2.4 A experimentação e o caráter de invenção..... 28
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 35
REFERÊNCIAS..... 41

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo, que se trata de uma análise reflexiva, tem como tema a Redução de Danos (RD) e objeto a atuação em RD em CAPS ad. A RD é aqui entendida como conceito polissêmico e transversal que ultrapassa as barreiras disciplinares e de campos do conhecimento, costurando elementos da luta antimanicomial, do cuidado e atenção às pessoas que usam drogas e do enfrentamento da epidemia HIV/Aids. Para isso, leva os princípios e diretrizes do SUS à sua radicalidadede (SOUZA, 2007).

Esta análise tem como ponto de partida a experiência vivida, por quatro estudantes de uma Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde em Saúde Mental - RMISPSSM (dois enfermeiros, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional), em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) da rede de atenção em saúde mental de um município da região central do Rio Grande do Sul, a qual permitiu à autora observar e refletir sobre alguns aspectos da RD. Esse CAPS ad será, de agora em diante, tratado pelo codinome CAPS ad A, em respeito a questões éticas relacionadas a estudos referidos a processos que envolvem seres humanos. Destaca-se que os servidores desse CAPS ad têm ciência acerca desta produção.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram criados como estratégias da Reforma Psiquiátrica, movimento do campo da saúde que, desde 1970, tem pretendido transformar a assistência psiquiátrica brasileira em uma nova lógica de cuidados em saúde mental. Um CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), um lugar de referência no tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais em geral, bem como problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, que necessite de um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. Nessa perspectiva, é um serviço que objetiva evitar internações hospitalares de modo a favorecer o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e suas famílias (BRASIL, 2002). A proposta tem como princípios a reinserção social por meio de ações de prevenção e de assistência médica, terapêutica, oficinas terapêuticas e atenção familiar, bem como a capacitação de profissionais para atendimento dos usuários (BRASIL, 2004).

Com relação ao cuidado específico de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas o Ministério da Saúde lançou no ano de 2003 “A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, que traz a RD como marco teórico-político, coadunando-se às proposições da Reforma Psiquiátrica na medida em que visa transformar o modo de cuidado e o olhar que se tem sobre essas pessoas. Essa Política tem como uma de suas propostas o investimento na singularidade do sujeito, nas suas escolhas, não focando mais na abstinência como possibilidade única de tratamento. O principal deslocamento propositivo está na mudança da lógica da clínica tradicional, quando, no lugar de centralizar a atenção na relação do sujeito com a droga, sugere práticas de cuidado que considerem a vida sem que o objeto “droga” seja o centro, porém, tendo o cuidado de que o objetivo clínico não se perca.

Frente às proposição dessa Política, o **objetivo** deste artigo é analisar as especificidades da atuação em RD vivenciada pelos profissionais do CAPS ad A de um município do estado do Rio Grande do Sul.

A pertinência da análise se justifica na percepção de sua autora de que a RD é um tema pouco conhecido e compreendido pela sociedade em geral e nos diversos pontos da rede de atenção a que pertence. Tal percepção se apoia em busca realizada no primeiro semestre de 2013, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando-se as palavras “redução do dano”, “saúde mental”, “álcool”, “drogas”, as quais foram articuladas pelos operadores Booleanos da seguinte forma: redução do dano AND (saúde mental OR álcool OR drogas). Foram encontradas 559 produções disponíveis *on line* e na íntegra, sendo que, deste conjunto, nove estavam albergadas em bases de dados nacionais (oito em bases brasileiras e uma em base cubana), publicadas entre os anos 2007 a 2013. Das oito em base brasileira, três delas foram editados na forma de artigos, respectivamente, nos anos de 2012, 2011 e 2007, o que evidencia que essa temática há pouco tempo vem sendo alvo de discussão no Brasil.

O estudo de 2012 se trata de uma revisão das publicações científicas disponibilizadas nas bases MEDLINE, no período de 1996 a 2006 e LILACS, sem restrição de período. A revisão aponta para difusão das estratégias e ampliação do campo da RD em vários países e mostra diferenças significativas nas suas características, quando comparados países de capitalismo central e periférico

(SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012). Já o estudo publicado em 2011 dá destaque à forma como a RD se constituiu mediante aos embates com as forças totalitárias da política global de "guerra às drogas". Os autores enfocam aspectos internacionais e nacionais que contribuíram para a construção de uma política antidrogas, em especial para a consolidação da RD como outra política de drogas possível. Analisa como a inclusão dos usuários de drogas em arranjos coletivos de gestão é uma importante direção clínica e política do movimento da RD, elemento definidor de uma nova proposta de atenção em saúde. Concluem que, a partir desses espaços coletivos de cuidado, os usuários de drogas têm a possibilidade de tecer uma rede nacional de cooperação e de produção de uma luta comum (PASSOS; SOUZA, 2011). O terceiro artigo que buscou, por meio da observação participante, analisar o funcionamento de um CAPS ad como novo modelo de assistência e sua interação com o Serviço de RD, sinalizou para a existência de uma rede de serviços relativamente desconexa, mas com possibilidades significativas de complementaridade da atenção. Além disso, destacou a influência da formação médica-hospitalocêntrica e a inexistência de engajamento de alguns profissionais como importantes fatores no conjunto dos desafios existentes à consolidação de uma nova proposta de assistência (SOUZA; et al., 2007).

Para além dessas justificativas, percebe-se que essa reflexão tem potencial para contribuir na ilustração de como a RD se dá no campo da clínica enquanto uma diretriz de trabalho, ou seja, como algo que transcende o entendimento de somente mais uma possibilidade de intervenção, a exemplo do que, muitas vezes, é compreendida pelo senso comum.

2 METODOLOGIA

Considerando-se o objetivo antes delineado, o qual busca analisar a atuação em RD vivenciada pelos profissionais de um CAPS ad, este é um estudo descritivo, do tipo análise reflexivo (DENZIN; LINCOLN 2006; MINAYO, 2007; GIL, 2008), inspirado no método cartográfico.

A análise reflexiva aqui apresentada se remete à cartografia porque esta como método, se dedica a acompanhar processos de trabalho, sendo, em si mesma, processual. Ademais, porque esta análise reflexiva é oriunda da experiência de sua autora, a qual se inseriu no CAPS ad A (campo de prática) por meio do Programa de Resistência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde em Saúde Mental (PRMISPSSM), habitando, portanto, esse território e aí desenvolvendo suas intervenções e experimentando, entre tantos dispositivos, aqueles relacionados com a RD em clara interlocução e troca com os usuários do serviço, com demais profissionais da equipe e dos outros pontos da rede de atenção em saúde mental, tal como instiga o método cartográfico. Nesse meio tempo, tal qual sugere esse método, a autora deste artigo afinou a atenção deslocando seus pontos de vista e, então, se dedicou à escrita deste artigo, sem perder de vista que o conhecimento aqui produzido é fruto de um coletivo, visto que resultou de um processo vivenciado no interior do PRMISPSSM em articulação com o CAPS ad A (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012).

O que prevalece na cartografia é o caminhar para que as metas possam ser traçadas (*hódos-metá)* e não mais caminhar até encontrar metas que já estão fixadas *(metá-hódos).* Além disso, o método dá destaque para a inseparabilidade entre o conhecer e o fazer e entre o pesquisar e o intervir, sinalizando que toda pesquisa é intervenção (BARROS; PASSOS, 2009).

> (...) a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência - o que podemos designar como plano da experiência. A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação (BARROS; PASSOS, 2009, p. 17).

Dessa perspectiva, entendeu-se que, na medida em que a autora desta reflexão intervia no campo de prática (no caso específico com práticas relativas à RD) e pensava nos efeitos de suas intervenções sobre os usuários, a equipe e nela própria, estaria se aproximando do método cartográfico. Por essa aproximação cabe destacar que este estudo não tem sujeitos, propriamente ditos, focando sua análise nos processos de trabalho do CAPS ad A relativos à RD realizados pela equipe deste Serviço de Saúde, o qual serve como cenário do estudo.

As informações utilizadas para esta análise foram retiradas da experiência registrada em um diário de campo o qual foi produzido durante o processo de formação da autora na RMISPSSM. O diário de campo é um documento que corresponde ao registro escrito daquilo que o autor do diário vê, experiencia e pensa durante o processo de coleta de dados, que, neste caso em específico, referia-se ao processo vivido durante a formação na Residência. As anotações do Diário de Campo incluem uma dimensão de natureza interpretativa, na medida em que, ao realizar a observação e/ou participação de/em um fato ou evento, o autor se dedica a algumas análises sobre o acontecimento (BOGDAN; BIKLEN, 2003; POLIT; BECK, 2011).

A análise de implicação, que se mostra como conceito-ferramenta potente em pesquisas-intervenção, embora não seja aqui o caso em específico, pareceu pertinente para os fins desta reflexão. Assim, cabe destacar que em estudos de análise institucional, o que se assemelha a presente produção, o pesquisador analisa as implicações referentes ao lugar que ele ocupa nas intervenções que está realizando, em suas relações sociais, em seu cotidiano e história. Investiga, assim, as cenas que vive considerando os afetos despertados em si, incluindo-se nos processos.

No processo analítico dos dados foi utilizado o conceito-ferramenta de analisadores, que, segundo a análise institucional, são vestígios que possibilitam a construção de uma interpretação sobre a maneira como se articulam as dimensões do processo analisado. É a partir deles que ocorre a caracterização das pistas apresentadas pela instituição que podem auxiliar na investigação do objeto de análise (BAREMBLITT, 2002). Paulon (2005) explica, considerando que

> o analisador refere-se a todo dispositivo revelador das contradições de uma época, de um acontecimento, de um momento de grupo e que permita, a partir de uma análise de decomposição do que aparecia até então como uma totalidade homogênea (uma verdade instituída), desvelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de toda realidade (PAULON, 2005, p.24).

O presente estudo utiliza os analisadores “educação sobre drogas norteando uma prática” e “invenções e experimentações de dispositivos de cuidado” para, por meio de uma análise reflexiva, descrever as especificidades da atuação em RD dos profissionais de um CAPS ad do interior do estado do Rio Grande do Sul.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aproximação com o método cartográfico permitiu a realização de uma análise reflexiva sobre as implicações da autora desse artigo com o objeto do mesmo (RD), na medida em que assumiu um lugar de sujeito incluído nos processos estudados. Por isso, toma-se aqui o relato de experiência da autora a fim de explicitar as especificidades da atuação em RD de uma equipe de Saúde Mental. Considerando que a análise de implicação foi tomada como adequada para os fins desta reflexão, cabe ressaltar que Lourau (2004, p. 148 apud PAULON, 2005, p. 23) refere que "estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao final de tudo, admitir que *eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar*; fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc.".

Portanto, é importante destacar o lugar de onde se escreve e quais as implicações que levaram a elaboração deste texto e, para isso, é preciso situar que a escolha pessoal pelo campo de atuação, como residente multiprofissional no CAPS ad A, deu-se após a exposição de uma colega sobre a perspectiva de cuidado que esse serviço buscava empregar em sua prática com os usuários[1], despertando-me, a partir daí, interesse e identificação com o relato realizado. Em meados de março de 2012, com o início das atividades práticas da residência no CAPS ad A, deu-se o primeiro encontro da autora com a saúde mental na condição de residente e psicóloga. Foi também a primeira experiência do serviço com residentes multiprofissionais em saúde mental, que inicialmente recebeu a mim, como psicóloga, além de uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e uma enfermeira. Mais tarde, houve a redistribuição de alguns residentes e outro enfermeiro foi incluído a essa equipe.

O CAPS naquele momento, funcionava em uma casa alugada pela prefeitura, com uma estrutura física reduzida e deteriorada, com pouquíssimos materiais para oficinas. A equipe havia sido ampliada no final do ano anterior, ao receber uma fisioterapeuta, uma técnica em saúde mental, um agente em assistência e um

[1] Corroborando com a ideia que Denis Petuco (SD) (Redutor de Danos, Cientista Social e Mestre em Educação) traz no texto "Nem dependente, nem usuário: por uma nova definição", optei por usar a palavra usuário apenas quando estou fazendo referência a usuários do CAPS ou de serviços de saúde do SUS. Quando estiver me referindo à população que faz uso de alguma substância psicoativa, irei utilizar a expressão "pessoas que usam drogas".

agente redutor de danos, que se integraram ao grupo já existente de três psicólogos, uma técnica em saúde mental, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um médico psiquiatra, uma médica clínica geral, um estagiário de psicologia e uma recepcionista. Devido à equipe reduzida ocorriam atividades coletivas apenas no turno da manhã, assim como o acolhimento de novos usuários se dava apenas aos que chegavam na primeira meia hora desse mesmo turno. Era comum que tivessem poucos usuários no CAPS, especialmente no turno da tarde. Destaca-se que, com exceção de dois psicólogos e um psiquiatra, todos os profissionais tiveram sua primeira experiência em saúde mental nesse serviço.

Através das preceptorias de campo semanais (parte do processo pedagógico do PRMSM), realizadas por psicólogo integrante do grupo gestor que fundou e coordena o serviço, optou-se inicialmente pela não inserção dos residentes nos processos de trabalho da equipe, e, sim, pelo acompanhamento do cotidiano dos profissionais. Realizou-se um levantamento de dados quanto ao público atendido pelo serviço (usuários cadastrados, procedência, sexo, idade e motivação de encaminhamento) e dedicou-se ao estudo do referencial teórico apresentado nas preceptorias, o qual versava sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) com centralidade na noção e função de apoio institucional e função apoio. A opção por esse referencial justificava-se no fato de que o grupo percebia que teria que “criar” seu lugar no trabalho e a noção de “função apoio” parecia interessante.

Cabe destacar que o apoio institucional proposto pela PNH, a qual marcou a história de formação desse serviço, visa operacionalizar a inclusão por meio da interferência na realidade, da promoção de mudanças nos serviços de saúde e nos próprios sujeitos que dele participam (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, a prática em saúde mental objetiva, como diretriz metodológica, uma tríplice inclusão - dos gestores, trabalhadores e usuários; da análise coletiva de conflitos; e, do fomento das redes.

O fazer da residência no CAPS ocorria, segundo a percepção dos residentes, no sentido definido pelo Ministério da Saúde, ou seja, considerando a função apoio como uma aposta no encontro entre trabalhadores, gestores e usuários, em espaço para produção da vida, em processo em que se inventa a si e ao mundo (BRASIL, 2010). Assim,

> os saberes constituídos, as técnicas, as experiências, os conceitos, as crenças, as incertezas, o não-saber, enquanto forças-ferramentas, poderiam se misturar constituindo máquinas disparadoras de produção de subjetividades. (BRASIL, 2010, p.4).

Porém, é importante assinalar nesta reflexão que somente no momento em que o grupo de residentes se incluiu nos processos de trabalho propriamente ditos é que houve a possibilidade de colocar em prática as noções de apoio institucional e função apoio estudadas. Noções essas que não foram apresentadas ao grupo por acaso, mas, além dos motivos já mencionados, por fazerem parte da formação do preceptor e do CAPS.

Buscando explicitar em que lugar essas noções surgem nas práticas desse serviço, e, com elas, a RD como diretriz e lógica de trabalho (para além de mais um método de intervenção para o tratamento de pessoas que usam drogas), este texto é organizado em duas seções a partir da eleição dos dois analisadores já mencionados. Destaca-se que a divisão em sessões se justifica apenas por motivo de apresentação e para facilitar o entendimento do leitor, porque no dia-a-dia do trabalho elas se mostram de maneira transversal, complementando-se e ocorrendo ao mesmo tempo.

Os analisadores “educação sobre drogas” e “dispositivos de cuidado” foram escolhidos por serem capazes de explicitar as diversas relações em jogo nos processos de trabalho deste serviço de saúde e, no texto, estarão dispostos nas seguintes sessões: educação sobre drogas como norteadora de uma prática; e, invenções e experimentações de dispositivos de cuidado. Entende-se que ao desvelar essas relações é possível compreender a RD como uma diretriz clínica de um trabalho psicossocial com álcool e outras drogas e, mais especificamente, o modo como ela aparece na realidade de trabalho dos profissionais do CAPS ad A.

3.1 Educação sobre drogas norteando uma prática

Este analisador diz respeito a como a educação sobre drogas se faz presente no cotidiano desse Serviço de Saúde. Assim, como forma de ilustrar como a educação sobre drogas opera no CAPS ad A, três situações serão relatadas.

3.1.1 A implantação de um novo CAPS ad e a valorização dos processos educacionais

No ano de 2009, em razão do aumento da demanda por cuidado em decorrência do uso de *crack*, o então coordenador da política municipal de Saúde Mental do município, cenário desta análise reflexiva, deixou o cargo para implantar um novo CAPS ad na cidade (inicialmente, havia uma divisão das demandas dos dois CAPS ad do município por faixa etária e esse novo serviço atenderia pessoas com menos de 30 anos). Foram chamadas, para compor a equipe, uma enfermeira, uma psicóloga e uma técnica em saúde mental sem experiência em saúde mental ou álcool e drogas.

O coordenador desse novo serviço apresentou à equipe recém-formada referenciais da PNH e da RD, as quais havia tido contato em suas experiências acadêmicas e profissionais prévias, de forma a impulsionar a experiência. Enquanto essa equipe estudava coletivamente, idealizava o trabalho que pretendia e, assim, ocupou a casa que fora alugada para que o CAPS ad A funcionasse (apenas com cadeiras como equipamento de trabalho). As atividades começaram por acolhimentos que, de início, eram conjuntos. Contudo, logo novos dispositivos de cuidado foram criados, conforme as demandas emergiam. A equipe considerou, também, que a educação sobre drogas seria uma importante questão a ser trabalhada com a própria equipe, parceiros e usuários. Essa consideração fundou-se em muito pela influência dessa implantação que nasceu de estudos conjuntos e da dissertação de seu fundador/coordenador e, assim, a educação sobre drogas apresentou-se como mote do trabalho (OLIVEIRA, 2009).

Desse conjunto de perspectivas, a proposta que emergia na época fundava-se na percepção de Oliveira (2009) de que os cursos oferecidos pelo Estado aos profissionais da saúde com temática centrada na educação sobre drogas visavam difundir preceitos científicos centrados no auxílio às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Nessa lógica, o autor destaca que, para isso, nesses cursos havia a defesa do uso de técnicas de ajustamento. Em contraponto a essa lógica, o autor propõe algo que vá de encontro a esse ajustamento, na medida em que constata, por meio de seu estudo, que:

> um *exército* de pessoas são preparadas a atuarem na guerra contra os malefícios das drogas. Contra o inimigo sem vida, os combatidos são as pessoas que, mesmo com todos os malefícios, teimam em usar as *substâncias maléficas* (Oliveira, 2009, p.130).

Ainda, ao considerar a combinação entre a educação e a comunicação em relação ao sujeito de sua pesquisa (jovem usuário de *crack*), o autor ressalta que essa visa manter as noções jurídico-policiais e médico-psiquiátricas que colocam a pessoa que usa drogas como delinquente ou doente para que, assim, a normalização da população possa ser mantida. Dessa forma, os cursos oferecidos aos profissionais, as ações em escola (palestras sobre drogas, por exemplo) e os jornais não oferecem espaço para uma discussão que problematize essas noções (delinquente e doente) ou que proponha outras formas de considerar as pessoas que usam drogas ou o tema das drogas, já que as estratégias pedagógicas encontradas se aproximam da escolarização, na qual a educação é vinculada a objetivos institucionalizados (OLIVEIRA, 2009).

A ideia de escolarização, criticada por Oliveira (2009), é semelhante a que foi trabalhada por Correa (2006), quando este autor analisa a noção de *drogas* que orienta o Estado brasileiro. Neste sentido, ele destaca que, entre todas as opções disponíveis aos professores e estudantes, a escola institui uma liberdade que permite escolher entre um grupo restrito e pré-estabelecido de determinados itens, os quais rumam sempre para a normalização e o ajustamento dos sujeitos, a fim de que caibam de modo confortável no modelo de “cidadão livre dentro do horizonte delimitado pelas leis e pela moral” (CORREA, 2006, p.167).

Acreditando na potência de uma “outra” educação sobre drogas, o CAPS ad A apostou na criação de estratégias de formação e cuidado as quais considerassem os *processos educacionais* que cada pessoa desenvolve em sua vida, afastadas dessa noção de escolarização explicitada anteriormente. E é, justamente, nesse ponto que a educação sobre drogas e a RD convergem, uma vez que esta parte do reconhecimento dos processos educativos dos sujeitos que produzem espaços de abordagem do uso da droga a partir do cotidiano das pessoas (LANCETTI, 2007). Fundamentados nesses pressupostos teóricos, o grupo passou a perceber que por meio do vínculo seria possível desconstruir hierarquias e prescrições e, também, que por meio da valorização dos processos educativos e da vontade dos sujeitos

seria possível produzir alterações na relação do sujeito com a droga (OLIVEIRA, 2009).

3.1.2 As estratégias educacionais que compõe as práticas do CAPS ad A

Esse serviço participou ativamente das discussões para a implantação do PRMISPSSM que tinha, à época, como objetivo desenvolver nos profissionais de saúde competências – conhecimentos, habilidades e atitudes para atuarem de modo interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial, visando contribuir na consolidação do SUS. Isto ocorreu porque o CAPS ad A percebeu no PRMI possibilidade de qualificar seu trabalho, dando sustentação às práticas já iniciadas e criando novas, já que muitas das dificuldades que o serviço vinha enfrentando se justificavam pela equipe de trabalho reduzida.

Com relação às práticas voltadas à educação sobre drogas, como residente participei da criação da proposta de Estágio de Vivência na Reforma Psiquiátrica, da seleção dos estagiários, bem como seu acompanhamento. Esse Estágio ocorreu no CAPS ad A durante quinze dias no início de 2013, com quatro vagas para acadêmicos dos cursos de psicologia, enfermagem, serviço social, fisioterapia, medicina e terapia ocupacional. As vivências pretendiam apresentar aos estagiários as práticas em Saúde Mental para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas no contexto da Reforma Psiquiátrica e proporcionar conhecimentos acerca da articulação das Políticas de Saúde que as fundamentam e a relação com outros pontos da Rede de Cuidados.

Por meio dos relatórios, que as quatro acadêmicas (duas da Terapia Ocupacional, uma da Fisioterapia e uma da Psicologia) elaboraram após sua experiência de estágio, foi possível perceber que a vivência alcançou, para elas, os objetivos propostos. Por meio do acompanhamento/participação nas diversas atividades propostas pelo CAPS ad A aos seus usuários, dentro e fora do espaço do serviço, das discussões de casos, das reuniões de equipe, que esse grupo de estagiárias levantou questionamentos, os quais sinalizaram a importância da participação de acadêmicos nos processos de trabalho do CAPS.

Assim, mais tarde, surgiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) Redes de Atenção, que no CAPS ad A acontece em duas frentes: “Álcool e Drogas” e “RD”. A primeira vinculava-se à universidade sede do PRMISPSSM e a segunda à uma universidade privada da cidade que têm profissionais do CAPS ad A como preceptores. No período em que os dados desta análise foram registrados, os estagiários do PET Saúde acompanhavam as atividades da equipe de maneira semelhante às estagiárias do Estágio de Vivência, porém, participaram durante um tempo maior e atuam de maneira mais autônoma, sem prescindir do acompanhamento de seus preceptores. Outra participação importante dos acadêmicos nos processos de trabalho do CAPS ad A se deu por meio do Projeto de Extensão “O Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo para construção de redes de cuidado em Saúde Mental” de uma outra instituição de ensino superior privada do município cenário desta reflexão, que contava com acadêmicos da graduação de psicologia e de enfermagem, atuando de maneira diferente dos estágios citados anteriormente, já que esses acadêmicos realizavam especificamente o trabalho de acompanhantes terapêuticos (AT). Discutiam o Plano Terapêutico com o profissional de referência do usuário a ser acompanhado e, contando com supervisão da equipe, realizam o AT.

Essas experiências de articulação ensino-serviço tinham em comum a produção de um movimento na equipe, já que a tiravam de sua “zona de conforto”, fazendo com que pensasse constantemente no seu fazer, visto que, além do comprometimento com o cuidado com o usuário, com o seu processo de aprendizado sobre seu trabalho, havia, também, um compromisso com o aprendizado do acadêmico. Existiam, portanto, vários sujeitos articulados entre si (usuário, estagiário, equipe e tutor da instituição formadora) com processos educacionais distintos acerca de sua vida o que, certamente, expressava a complexidade da aprendizagem e a distanciava daquela proposta pela escolarização. Portanto, apreende-se por meio desta análise que a questão da educação aparece no dia-a-dia do CAPS ad A como uma preocupação constante, que, como processo relacional que é, traz efeitos para todos esses envolvidos e que, a partir da aprendizagem do estagiário, qualifica os processos de trabalho do serviço.

3.1.3 As ações no território, a RD e a educação

Outra forma de exemplificar a importância da educação sobre drogas nas práticas do CAPS ad A é o movimento que ocorria com relação a saída a campo dos agentes redutores de danos do município. O município de Santa Maria possuía redutores de danos concursados, porém, eles estavam alocados nos dois CAPS ad e no serviço onde funcionava o Programa DST/AIDS e antigamente o extinto Programa de RD e atuavam apenas no interior dos serviços. Considerando essa situação o CAPS ad A criou um Grupo de Trabalho em RD (GT RD) que reuniu os agentes redutores de danos, residentes e outros profissionais dos dois CAPS ad interessados na discussão, agentes comunitários de saúde da atenção básica, ex-agentes redutores de danos, além de outras pessoas interessadas pelo tema (como integrantes de um coletivo de *Hip Hop* da cidade. O grupo propôs a criação de um espaço de discussão acerca da RD e a viabilização da saída a campo dos agentes redutores de danos.

O grupo contou com o apoio de uma parceira que havia sido redutora de danos na rede e terminava seu doutorado na área (profissional que hoje realiza supervisões clínico-institucionais no serviço). Realizaram-se, sob a coordenação desta especialista, três encontros em que as bases teóricas da RD foram apresentadas, auxiliando o grupo a pensar sobre a importância do investimento em ações territoriais. Por fim, os agentes redutores de danos, os quais tinham participação no Grupo de Trabalho de Redução de Danos (GT RD), e um colega residente iniciaram ações na Unidade Básica de Saúde como forma de implementar ações de campo, contando com a importante ajuda de um ex-agente redutor de danos que é parceiro em diversas ações do CAPS nesse sentido. Porém, cabe salientar que o GT RD deixou de operar seus encontros em razão de atividades relativas ao projeto da Escola de RD, que se inaugurava a partir dali (aqui denominado ERD I) e assumia as funções pensadas para o GT RD.

A ERD I deu início aos seus trabalhos no final do ano de 2013, após quase três anos depois de sua aprovação pelo Ministério da Saúde. Foi idealizada pelo Grupo I, que já atuava na problematização do campo das drogas nas áreas da saúde, pesquisa e educação e que a partir do “Projeto I: RD como ferramenta para

práticas intersetoriais em saúde" vinha investindo na mobilização de Redutores de Danos do Rio Grande do Sul.

Os principais objetivos da ERD I são formar dezoito redutores de danos em dois cursos, com duração de cinco meses cada; criar estratégias em RD para atuação junto a crianças e jovens; situar as saídas de campo e suas vivências como referência para as situações de estudo nas quais se desenvolverão os conceitos; e proporcionar um processo de formação em que cada redutor, com o apoio da equipe de formadores, possa definir um percurso a partir dos seus interesses manifestados nas atividades de campo.

Os encontros da ERD I ocorriam no espaço físico do CAPS ad A e, em alguns momentos, a ERD I e esse CAPS ad se fundiam e articulavam-se as suas ações, a exemplo da primeira ação do Projeto RT (nome fictício), em que foi realizada uma oficina de grafite que coloriu a fachada do CAPS ad. O Projeto RT foi uma iniciativa dos residentes que respondeu a "III Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: trabalho, cultura e inclusão" do Ministério da Saúde. Foi selecionado e recebeu um incentivo de R$ 30.000,00 para a realização de oficinas de arte, comunicação, esporte e lazer nos territórios dos usuários a partir da parceria entre o CAPS ad, um coletivo de *hip hop* da cidade, PRMI e um projeto de extensão do Curso de Publicidade e Propaganda de uma universidade privada da cidade. Este último é um projeto que vem realizando uma oficina de vídeo no CAPS e conta com um acadêmico do curso de Comunicação Social/Publicidade que também é membro do coletivo de *hip hop* (o que ilustra mais uma articulação do serviço com instituições de formação e sua preocupação com a educação enquanto importante dispositivo de qualificação do trabalho).

Entre todos os exemplos citados, o que merece maior destaque é a ERD I, cuja proposta pedagógica centrava-se na defesa de uma educação sobre drogas que coloca a ação do trabalhador como educador a partir de sua própria experiência. Por isso, procurou-se fazer a seleção dos alunos de maneira bastante sensível, considerando a implicação destes com a temática do álcool e de outras drogas, além da RD. Muitos não tinham domínio teórico a respeito da temática, mas circulavam em seus territórios, cada um com seu próprio estilo, produzindo vínculo e cuidado quanto ao uso de álcool e outras drogas. Percebeu-se, nos selecionados, que eles já, mesmo sem o aporte teórico, produziam um cuidado e uma educação distante da

escolarização, aproximando-se dos processos pedagógicos propostos pela ERD e também pelo CAPS ad à época.

É importante destacar que todas as ações citadas se articulavam nas atividades práticas do CAPS ad A e que havia, entre elas, uma preocupação com o cuidado que se quer para o usuário do serviço e para as pessoas que usam drogas, além da problematização da educação sobre drogas que, também, se quer. Considera-se, nesta lógica, que este Serviço de Saúde atua, para além de outras finalidades, como espaço de formação tanto para os profissionais que atuam no serviço, como para a população em geral que o acessa de diferentes maneiras (estágios, projetos de extensão, voluntariado e parcerias da comunidade, como o coletivo de *hip hop*, professores universitários, pesquisadores...). Sendo assim, a RD aparece como diretriz de trabalho e estratégia educacional e de cuidado, acompanhando o pensamento de Oliveira (2009):

> Assim, se uma educação que atua em relação ao tema drogas tem seu potencial aumentado, a partir de práticas que consideram os processos educativos inerentes às experiências de vida, cabe aos profissionais interessados na temática reconhecer a necessidade de uma horizontalização dos saberes relacionados às drogas e, a partir disso, criar estratégias educativas que despertem a vontade de conhecer, e considerem as drogas para além do bem e do mal (Oliveira, 2009, p.138).

3.2 Invenções e experimentações de dispositivos de cuidado

Com a ampliação da equipe, que se deu meses antes da inserção do primeiro grupo de residentes no CAPS ad A, ocorreram mudanças fundamentais na estrutura dos processos de trabalho, já que novos dispositivos de cuidado foram se fazendo necessários e os trabalhadores encontrando possibilidades de criá-los e modificá-los conforme as demandas iam surgindo. As “invenções e experimentações de dispositivos de cuidado” aparecem como analisadores nesta reflexão porque é a partir deles que o serviço se organiza para prestar cuidado ao público atendido, a partir da PNH e levando a RD como diretriz clínica. Além disso, a inflexão sobre o processo de trabalho produzido no serviço, objeto desta reflexão, indica que esses são analisadores adequados porque eles sinalizam alguns movimentos que são próprios de sua equipe e que caracterizam esse CAPS ad, especificamente.

É importante ressaltar que o entendimento acerca de dispositivos é diferente de equipamentos, tal qual defende Baremblitt (2002). Equipamentos seriam aparatos, organizações, maquinarias, tecnologias ou estabelecimentos que estão a serviço da repressão, registro e controle social através do cuidado e gerenciamento da personalidade, que utilizam forças repressivas com vistas à reprodução da ordem constituída, do instituído-organizado. Equipamentos, esses, que sempre empregam certo grau de violência para cumprirem sua função.

Para o autor, dispositivo seria o contrário de equipamento. Diz respeito à espécie de uma montagem de elementos "que podem incluir 'pedaços' sociais, naturais, tecnológicos e até subjetivos" (Baremblitt, 2002, p. 66), tendo a característica de se formar ao mesmo tempo em que funciona. O dispositivo serve à vida, ao desejo, à produção e à novidade e produz acontecimentos insólitos, transformadores e revolucionários.

> Embora seu tamanho e duração sejam tão variáveis quanto as materialidades que o compõem, têm a peculiaridade de nascer, operar e extinguir-se enquanto seu objetivo de metamorfose e subversão histórica se realizam. Um dispositivo em geral não respeita, para sua montagem e funcionamento, os territórios estabelecidos e os meios consagrados; pelo contrário, os faz explodirem e os atravessa, conectando singularidades cuja relação era insuspeitável e imprevisível. Gera, assim, o que se denomina linhas de fuga do desejo, da produção e da liberdade, acontecimentos inéditos e invenções nunca antes conhecidas. Nesse sentido é óbvio que os dispositivos, também chamados agenciamentos, têm a ver com a transversalidade (...) e, num sentido restrito, com o instituinte-organizante (BAREMBLITT, 2002, p. 67).

É possível citar como exemplos de dispositivos um grupo político, uma obra de arte, um pensador original e libertário, um inovador dos costumes sexuais ou das convicções éticas... Um dispositivo inclui sujeitos e não é necessariamente a obra de um sujeito. Portanto, elegemos como dispositivos os agenciamentos que a equipe do CAPS ad A criou, buscando qualificar o cuidado de seus usuários, como os grupos e oficinas terapêuticas e os atendimentos individuais, porém, foram eleitos três desses arranjos (profissional de referência, plantão de Plano Terapêutico Singular – Plantão PTS e ambiência) que auxiliam a pensar esse analisador: o cuidado em saúde mental neste serviço de saúde tendo a RD como diretriz de trabalho.

3.2.1. O Profissional de Referência

Quando o grupo de residentes ingressou no CAPS ad A apenas os usuários considerados como prioritários possuíam profissionais de referência no serviço (adolescentes e mulheres), pois com uma equipe reduzida considerava-se difícil o acompanhamento de um número grande de usuários. Porém, várias queixas surgiam a partir disso, em especial porque era comum a repetição de procedimentos com o mesmo usuário por profissionais diferentes ou, ainda, o não acompanhamento efetivo de alguns usuários que frequentavam o serviço diariamente.

Ao ser instituído o profissional de referência como um dos dispositivos de cuidado do CAPS ad todos os profissionais, independentemente da formação profissional (com exceção da área médica, que na maior parte das vezes se atinha exclusivamente ao trabalho de núcleo profissional), passaram a ter usuários referenciados a si. Semanalmente, um profissional específico realiza a distribuição dos usuários que passaram por entrevista de acolhimento e que ainda não possuem profissional de referência para o profissional que tenha maior vínculo com ele. Para isso o prontuário e o profissional são consultados, quando necessário.

Segundo o Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde, a função do profissional de referência é monitorar o usuário, o projeto terapêutico singular, o contato com a família e realizar a avaliação de metas traçadas em tal projeto (BRASIL, 2004). Para Silva e Costa (2010), esse dispositivo se destina ao estreitamento do vínculo entre profissional e usuário, garantindo a interlocução com as redes familiares, sociais, culturais, educacionais, de trabalho... para que, assim, possa haver a continuidade do tratamento considerando todos os aspectos da vida do sujeito.

A equipe do CAPS ad A foi, aos poucos, descobrindo qual a função e como trabalhar com esse dispositivo. Ele surgiu como possibilidade de cuidado integral, como forma de efetivar o cuidado que a reforma psiquiátrica prevê, fazendo com que o profissional precisasse, a partir do vínculo e de uma maior implicação com o usuário, realizar acompanhamentos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimentos individuais, encaminhamentos para outros pontos da rede, trabalho com familiares e,

principalmente, pensar acerca da qualidade de sua escuta e seu papel como terapeuta.

3.2.2 O Plantão PTS

Concomitantemente às problematizações que surgiam com o dispositivo do profissional de referência e com a demanda emergente para que o CAPS ad realizasse matriciamento nas Unidades Básicas de Saúde de sua referência (demanda que surgiu após a inserção da residência nesse serviço e da territorialização da população atendida pelos dois CAPS ad do município) foi criada uma Comissão de Matriciamento, cujo objetivo era propor estratégias que possibilitassem o início desse trabalho nas comunidades.

Nas reuniões da Comissão os profissionais dividiram-se em duplas a fim de articular a sua saída à comunidade e pensar a prática do matriciamento nas unidades. Porém, conforme as discussões foram ocorrendo e, principalmente, após o estudo de um texto do Ministério da Saúde com orientações metodológicas para o trabalho do apoiador da PNH (Brasil, 2010b), surgiram diversos questionamentos acerca do cuidado que o serviço prestava a seus usuários, já que iríamos apoiar equipes que, provavelmente, apresentariam dificuldades parecidas com as dos profissionais do CAPS ad A. Dessa forma, o acolhimento e como ele era realizado entrou em pauta e criou-se o Plantão de Plano Terapêutico Singular (Plantão PTS).

Segundo o Ministério da Saúde, em cartilha que discorre acerca da Clínica Ampliada e Compartilhada o Projeto Terapêutico Singular (aqui denominado Plano Terapêutico Singular) é “um conjunto de proposta de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário” (BRASIL, 2009, p. 39). É utilizado em casos com nível de complexidade maior e, em espaços de saúde mental é amplamente utilizado afim de proporcionar cuidado integrado ao usuário, considerando outros aspectos para além do diagnóstico psiquiátrico e medicação utilizada, incluindo toda a equipe e o usuário e/ou familiares afim de definir as ações terapêuticas.

Até aquele momento, no CAPS ad A, os usuários que acessavam o serviço pela primeira vez eram orientados a comparecerem ao serviço no horário de acolhimento, que ocorria na primeira hora da manhã e era de responsabilidade de um profissional, por dia. Os usuários que acessavam o serviço após terem se afastado do tratamento durante algum período eram atendidos pelo profissional de referência ou por quem se disponibilizasse (o que, geralmente, ocorria a partir do vínculo). Assim, após discussões na Comissão de Matriciamento e na reunião de equipe, foi instituído um plantão de acolhimento, em que o dia de trabalho foi dividido em quatro turnos (8:00 as 10:30 / 10:30 as 13:00 / 13:00 as 15:30 / 15:30 as 18:00) e, em cada turno, um profissional ficaria disponível para realizar acolhimentos de novos usuários e usuários que regressassem ao serviço. Assim, a esse profissional coube a tarefa de realizar a escuta, traçar com o usuário um plano terapêutico inicial, de caráter provisório, o qual seria compartilhado com o profissional de referência que acompanharia o PTS e daria continuidade ao plano. Dessa forma, o trabalho do profissional de referência foi facilitado, uma vez que o cuidado passou a ser compartilhado, tornando a construção do PTS um trabalho institucional que visava, através da escuta do plantonista e do profissional de referência, considerar a complexidade subjetiva do usuário.

3.2.3. A ambiência

Através dos questionamentos iniciados a partir da Comissão de Matriciamento surge o dispositivo da ambiência no CAPS ad A, já que não havia profissionais que acompanhassem os usuários enquanto permaneciam no serviço entre uma atividade e outra e, muitas vezes, a equipe desconhecia as atividades que faziam parte do plano terapêutico daquele usuário. Assim, instituiu-se o que foi denominado como ambiência, ou seja, um espaço de convivência dos usuários com a mediação terapêutica de um técnico do serviço. Todos os profissionais passaram a fazer parte da escala da ambiência, que também se dividia em turnos, como o Plantão PTS.

Segundo a PNH, na adoção do conceito “ambiência”, com o objetivo de produção de espaços de saúde, o debate sobre a humanização dos territórios de

encontros do SUS avança, na medida em que são consideradas as situações da sua produção, a composição técnica, simples e formal dos ambientes. Nessa perspectiva, passa-se a considerar que essa produção se dá em determinado espaço e em um tempo específico, envolvendo um grupo de pessoas que têm valores culturais que lhes são próprios (como indivíduo e como grupo de trabalho) e mantém entre si, e fora do espaço do serviço, relações sociais (BRASIL, 2010a).

Sendo assim, esse conceito supera a noção de espaço físico que visa à confortabilidade de usuários e profissionais de saúde, considerando espaço de encontros produtores de subjetividade através da ação reflexiva dos processos de trabalho e ferramenta que facilita os mesmos, otimiza a utilização de recursos, o atendimento humanizado, resolutivo e acolhedor (BRASIL, 2010a). No CAPS ad A, cenário desta reflexão, esse conceito toma forma em sua radicalidade, já que se apresenta como um dos espaços terapêuticos considerados mais potentes e que inclui o usuário no cuidado de si, do outro e do próprio espaço. Isso se dá, especialmente, por ser um "momento livre", propositivo e de encontros que não está carregado com o "peso" do trabalho terapêutico, uma vez que é o "tempo livre" entre uma atividade terapêutica e outra em que a palavra circula, o café ou almoço são serviços e os usuários ou profissionais cuidam do espaço ou propõem alguma tarefa (como cuidar do quintal, desenhar, escrever, jogar, tomar chimarrão...).

3.2.4 A experimentação e o caráter de invenção

Os dispositivos "Profissional de Referência", "Plantão PTS" e "Ambiência" são os principais organizadores dos processos de trabalho do CAPS ad A e todos foram instituídos em caráter de experimentação. Foram criados quando surgiu a demanda no serviço e, depois de algum tempo conforme a equipe foi enfrentando dificuldades em sua execução, durante uma reunião de equipe foram definidas duplas de referência responsáveis por cada dispositivo. Dessa forma, os processos de trabalho passaram a ser reavaliados constantemente pelos próprios trabalhadores.

Esse movimento vivenciado no CAPS ad A contribuiu para corroborar que cada instituição possui características próprias e que, no caso em específico, ao apropriar-se de conceitos propostos pelo campo da saúde coletiva, saúde mental e PNH acaba por adaptá-los a sua realidade. Assim, pode-se considerar que esse conjunto de dispositivos estava, àquela época, em processo de implementação no CAPS ad A, já que, conforme iam sendo identificadas dificuldades, a equipe criava estratégias, através desses dispositivos, para aprimorar os processos de trabalho.

No caso do dispositivo “Profissional de Referência”, o grupo foi percebendo que havia uma tendência de os profissionais “apropriarem-se” do Plano Terapêutico, não o compartilhando com os outros colegas e tomando muitas decisões sozinhos na ânsia de responder a todas as demandas do usuário, com a intenção de “salvá-lo”, o tutelando a si e o colocando muito mais em posição de objeto do que de sujeito de seu tratamento no serviço.

No caso da “ambiência” foi-se percebendo que o potente espaço terapêutico muitas vezes acabava representando para alguns profissionais um lugar de mediação de conflitos, já que lá muitas questões relativas a transgressões acabavam surgindo e o profissional se via na posição apenas de reafirmar as regras da instituição e fazê-las valer, não conseguindo propor algum outro tipo de cuidado aos usuários nesse espaço. Com isso, em reunião de equipe, foi-se marcando a função do profissional de referência e, a partir daí, cada membro da equipe passou a compartilhar mais seus casos, além de o conjunto passar a entender o acolhimento como diretriz da clínica do serviço, fazendo-o valer em todos os espaços, como um compromisso de todos os profissionais com todos os usuários. Assim, o profissional do Plantão PTS agregou à sua função o papel de representante da equipe. Por meio dessa lógica, no momento em que os conflitos surgiam, ou algo ao nível de gestão precisava ser resolvido, esse profissional passou a ter autonomia para resolver (e é ele que passaria marcar as regras da instituição para os usuários quando o profissional da ambiência solicita).

Portanto, apesar das dificuldades encontradas no dia-a-dia do trabalho, foram esses dispositivos que parecem ter feito com que os profissionais se implicassem no projeto da reforma psiquiátrica, buscando oferecer ao sujeito um cuidado realmente integral, com vistas ao protagonismo e autonomia, através de um projeto de tratamento em que ele estivesse verdadeiramente implicado, sua realidade fosse

considerada e que ocorresse próximo ao seu território de vida.

Um dos traços mais marcantes desse serviço constituía-se no caráter de trabalho em equipe interdisciplinar implementado no cuidado aos seus usuários. A compreensão de interdisciplinaridade remetia-se à uma prática que admite reciprocidade, enriquecimento mútuo e relações de trabalho horizontais, por meio de um projeto específico de trabalho comum entre as diversas especialidades, em que são elaboradas estratégias teóricas e políticas para a ação. Sendo assim, adotou-se uma noção que ultrapassa simples “mistura” de saberes, se caracterizando por uma intensa troca de saberes entre as especialidades e, principalmente, a integração real das disciplinas dentro desse projeto (BARBOSA, 2009).

O principal momento em que esse aspecto pode ser observado foi durante a reunião de equipe, que ocorria semanalmente, durante um turno, e que contava com a presença de todos os profissionais que atuavam no serviço, quando eram discutidas questões administrativas, processos de trabalho e, principalmente, abordados e compartilhados casos considerados complexos (é importante ressaltar que, a maior parte dos Planos Terapêuticos era compartilhado em outros momentos com a pequena equipe que o trabalhava, de maneira informal na rotina do serviço). Esse passou a se constituir em um momento em que os diferentes atores do trabalho se expressavam e, muitas vezes, ocorriam avaliações e momentos de formação, ou seja, os profissionais questionavam o seu próprio trabalho e a equipe auxiliava na transformação dos processos de trabalho. Da mesma forma que nos três dispositivos explicitados no item anterior, ou seja, por meio dos casos trazidos à reunião pelos profissionais (e em outras situações que ocorriam, principalmente, em momento de ambiência), foi que o PTS do usuário passou a ter a possibilidade de ser realinhado (para depois ser discutido com o usuário), assim como o próprio dispositivo e a conduta do profissional.

Oliveira & Furlan (2009), ao trabalhar com a temática do PTS, transpõe o conceito do campo da saúde mental para o da atenção básica, justificando que, por se tratar de atenção secundária, para a saúde mental todos os usuários são complexos e, por isso, cada usuário necessita de um PTS. Nessa perspectiva, por meio desse conceito é possível compreender como ocorre o trabalho em equipe nas rotinas de cuidado do serviço, já que por definição esse é um dispositivo de organização e integração de equipes de saúde (OLIVEIRA & FURLAN, 2009). Em

saúde mental, o PTS não se limita ao momento de crise e sim à continuidade da vida do sujeito, tendo como objetivo auxiliá-lo no reestabelecimento de relações sociais e afetivas, conquista de direitos, empoderamento, autonomia afetiva-material-social e participação na vida de relação social e política (OLIVEIRA & FURLAN, 2009).

O PTS, segundo Oliveira & Furlan (2009), é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de sujeitos individuais e coletivos. Existem, para o autor, duas características básicas em um PTS, a projetualidade (capacidade de criar novas realidades possíveis) e a singularidade (razão de um PTS, a qual remete à diferença, ao contexto singular, ou seja, àquilo que não é possível de ser reproduzido) e três movimentos que se sobrepõem e se articulam: a co-produção da problematização, a co-produção de projeto e a co-gestão/avaliação do processo.

O primeiro movimento é o reconhecimento de uma situação problemática. É quando ocorre o acesso dos profissionais à singularidade do caso e, para isso, é necessário reconhecer a possibilidade das pessoas interferirem em sua relação com a doença e com sua vida. Assim, o papel da equipe nessa co-produção é produzir oferta aos usuários, ou seja, estratégias de aproximação e de encontro no serviço, na rua ou no domicílio, não com o intuito de coleta de dados, mas de vínculo e de produção de algo em comum, quando no contato direto com o usuário a intenção é o de *fazer junto* e não de fazer pelo outro (OLIVEIRA & FURLAN, 2009).

No CAPS ad A esse momento se dá, geralmente, na entrevista inicial que ocorre no Plantão PTS em que a demanda do usuário é acolhida e o serviço é apresentado a ele. A partir desse momento são pensadas estratégias de vinculação com o usuário, as quais podem incluir acompanhamento terapêutico, visitas domiciliares, bem como a participação desse serviço em acontecimentos sociais das comunidades, como em jogos, eventos de hip hop, dentre outros. É possível considerar que a ambiência tenha uma função muito significativa nesse momento de coprodução da problematização, já que essa é uma ocasião bastante propicia para a aproximação do usuário com o serviço e os profissionais.

Porém, Oliveira & Furlan (2009) alerta que é comum que a equipe tome o Plano Terapêutico de maneira unilateral, tendo dificuldade de considerar os desejos e interesses do usuário, entendendo que possui um olhar capaz de captar e

enfrentar problemas de saúde, sendo o profissional o único capaz de atuar no contexto de vida do usuário, o que pode provocar resistência e dificuldades na formação de compromisso necessária com o processo terapêutico.

Nesse sentido, cabe salientar que essa é uma situação que não deixava de acontecer no serviço, objeto desta reflexão analítica. A despeito da tendência à criação de estratégicas de aproximação, vínculo e pontos em comum entre profissional e usuário que possibilitassem o planejamento de um tratamento conjunto, muitas vezes, em discussões de casos foi possível perceber que existia uma propensão de um e/ou outro profissional, ou mesmo a equipe, querer "saber" sobre o "bem" do outro a partir de sua própria realidade e vivência teórica e empírica. Assim, o encontro propriamente dito tornava-se secundário. É possível perceber que nesse ponto parecia haver a coexistência de um funcionamento próximo ao ideal com dificuldades comuns em equipes de saúde.

O segundo momento, de co-produção de projeto, visava à conciliação das práticas de planejamento com a "projetualidade". Comumente, nos serviços, o planejamento se dá mais voltado à resolução de problemas pontuais do que à produção de novos contextos, mas, no cenário em análise, pretendia-se um planejamento no cotidiano, considerando o compartilhamento da compreensão do "problema" e pactuação coletiva de objetivos, o que levava ao tensionamento da capacidade de analisar estrategicamente as implicações envolvidas preservando, assim, a complexidade do problema (OLIVEIRA & FURLAN, 2009).

A maneira como a equipe trabalha interfere no andamento do PTS. Uma equipe em que cada profissional atua exclusivamente em seu núcleo profissional, de forma isolada, tende a criar intervenções diferentes umas das outras em relação a mesma problemática, produzindo um conjunto de ações contraditórias entre si.

> No PTS, a forma mais coerente de trabalho em equipe seria aquela na qual o espaço coletivo de discussão busca articular no *Campo* (da saúde, do cuidado, do trabalho, da clínica ampliada, etc.) os diferentes *Núcleos* profissionais, com seus saberes e práticas específicas, diferentes formas de ver a problemática em questão, compondo hipóteses explicativas compartilhadas, mas não necessariamente únicas, permitindo à equipe, na sua relação com o(s) usuário(s), a composição de estratégias conjuntas de intervenção, com maior chance de sucesso e menor possibilidade de dano (Oliveira & Furlan, 2009, p. 97).

Os dois primeiros movimentos permitem que a equipe efetive a troca de saberes (e não apenas informações), afetos, hipóteses, possibilidades de intervenções, utilizando o coletivo como espaço possível de análise de implicações "dos problemas éticos, dos valores em jogo, do diagrama de poder que atravessa o coletivo e as relações, dos regimes de visibilidade e dizibilidade do grupo, até o limite do possível e da prudência" (OLIVEIRA & FURLAN, 2009, p. 282)

Em relação ao dia-a-dia do serviço, por meio da reflexão aqui empreendida, é possível visualizar essa análise de implicação do cotidiano, quando, por exemplo, é possível a experimentação e invenção através da transformação de processos de trabalho. Além disso, é possível perceber que há uma preocupação com o que Oliveira & Furlan (2009) traz como campo e cuidado articulando-se aos núcleos, porém, nem sempre é possível que isso se dê de maneira que possibilite uma composição coletiva de estratégias de intervenção, já que alguns núcleos aparecem de maneira mais frágil que outros (como é o caso da enfermagem, que teve diversos profissionais com formações diferentes atuando no tempo em que estive no serviço). Já, no que concerne ao planejamento, muitas vezes as reuniões de equipe e discussões ocorreram como repasse de informações e não como construção coletiva, com formato bastante burocrático em razão da centralidade de aspectos relativos à produtividade, ou seja, a necessidade de dar conta de certa produção. Assim, muitas vezes, o que era levado à reunião de equipe era conduzido para pequenas comissões de envolvidos nos casos, que em outra reunião discutiam e planejavam a condução do caso.

A cogestão/avaliação do processo, último movimento, surge quando a equipe sentiu a necessidade de instituir ou qualificar os espaços coletivos de discussão. Para desenvolver esse movimento, Oliveira & Furlan (2009) trabalha o conceito de profissional de referência, considerando que é ele que realiza a gestão da clínica e do cuidado do usuário em um plano terapêutico em andamento, sendo este, então, um dispositivo de responsabilização e vínculo. O profissional de referência é, portanto, quem articula e "vigia" o processo. Representa uma estratégia que articula a formulação, a ação e a reavaliação do PTS e sua continuidade. Ele é a referência para a família no serviço; é quem aciona a equipe quando necessita articulando grupos menores de discussão para solucionar questões pontuais que surgem no

andamento do PTS; e é, principalmente, aquele que tem o vínculo mais estratégico para o caso.

A conversão do profissional de referência ao responsável pelo caso pode criar conflitos de (des)responsabilização de outros profissionais envolvidos, sobrecarregando e, muitas vezes, tendo efeito de anulação da construção coletiva produzida na formulação do PTS (OLIVEIRA & FURLAN, 2009). Sendo assim, o autor alerta que definir o profissional de referência não retira a necessidade de definição de responsáveis para cada ação e intervenção com o usuário. Ele ainda argumenta que em sendo o profissional de referência quem geralmente realiza a reavaliação do caso, ele deve fazê-lo em curto espaço de tempo, de modo que as ações tenham o efeito esperado, reduzindo danos ou riscos aos sujeitos e contribuindo para que a equipe não perca a familiaridade com o problema. Sugere, então, a criação de uma agenda de formulação e revisão de PTS, além de ressaltar que não há necessidade de discutir com toda a equipe todos os entraves do caso, podendo reunir subgrupos compostos pelas pessoas diretamente envolvidas no processo, evitando, assim, a burocratização da condução dos casos (OLIVEIRA & FURLAN, 2009).

A avaliação ocorre desde o primeiro momento, referindo-se a todas as ações que já foram realizadas até o momento. Para isso, é necessária uma autocrítica contextualizada e processual do pensar e do agir dos profissionais, o que demanda que todas as ações sejam consideradas clínicas. Segundo Souza (2007), no trabalho de cuidado e atenção a pessoas que usam drogas a RD apresenta uma clínica que não coloca a droga como foco principal, propondo, então, uma “nova clínica”, mas que não implique na perda do objeto clínico por excelência. É possível perceber, portanto, que no trabalho do CAPS ad A existia um esforço em considerar clínica toda e qualquer prática proposta pelo serviço, o que pode ser observado nos dispositivos eleitos para ilustrar esta análise.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente análise reflexiva visou dar conta do objetivo de analisar as especificidades da atuação em RD vivenciada pelos profissionais do CAPS ad A e, para isso, utilizou os analisadores “educação sobre drogas” e “dispositivos de cuidado” a fim de interpretar as relações em jogo nos processos de trabalho e permitir a compreensão da RD como diretriz clínica do trabalho em saúde mental voltado ao cuidado às pessoas que usam drogas e, ainda, como ela aparece do dia-a-dia do trabalho.

O analisador “educação sobre drogas” trabalhou a implementação do serviço de saúde, cenário deste estudo, no munícipio, ancorado nos referenciais teóricos da PNH e da RD tendo a educação sobre drogas como mote do trabalho com os usuários, parceiros e a própria equipe. A partir desse movimento analítico emerge a aposta na criação de estratégias de formação e cuidado que considerem os processos educacionais de cada sujeito com vistas à produção de abordagens do uso de drogas a partir do cotidiano de cada um, a fim de possibilitar deslocamentos subjetivos na relação do sujeito com a droga.

Como forma de exemplificação dessa aposta, o estudo elencou as estratégias educacionais que compõe as práticas deste serviço: Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental; Estágio de Vivência na Reforma Psiquiátrica; PET Saúde; Projeto de Extensão em Acompanhamento Terapêutico. Essas práticas constituíram-se em movimentos que auxiliaram a produção de pensamentos acerca do fazer em saúde mental e cuidado às pessoas que usam drogas, trazendo efeitos para todos os atores envolvidos e produzindo transformações nos processos de trabalho. A análise permite perceber que as ações no território mobilizadas pelo CAPS ad A, articuladas à RD e à educação, através do GT em RD, ERD I e Projeto RT, levam à problematização da educação sobre drogas que “se quer” para além dos muros do serviço de saúde (incluindo atores da rede nestas ações), buscando horizontalizar os saberes sobre drogas e produzindo novas estratégias que promovam reflexão acerca da temática das drogas.

Quanto às invenções e experimentações de dispositivos de cuidado, segundo analisador escolhido para essa reflexão analítica, o Profissional de Referência, o Plantão PTS e a Ambiência constituíram-se nos dispositivos eleitos como organizadores do Serviço de Saúde em análise. Quanto ao Profissional de Referência, a análise, a partir do pensamento de autores que a ancoram, permite sinalizar que é possível considerar este dispositivo um gestor da clínica e do cuidado do usuário, responsável pela articulação e acompanhamento do processo do tratamento visando a responsabilização do usuário.

É esse dispositivo que articula a elaboração, ação e reavaliação do PTS em andamento junto com o usuário como um vínculo estratégico no caso. Na realidade do CAPS ad A houve a tendência de o profissional tutelar o sujeito a si, além de gerar uma desresponsabilização de outros profissionais envolvidos no caso através de uma anulação da construção coletiva. Enquanto sugestão para esse tipo de situação, é possível tomar, mais uma vez, o que Oliveira e Furlan (2009) sugere, quando se refere a reavaliação coletiva do caso em espaços curtos de tempo a fim de que a equipe não crie um certo “afastamento” da problemática do usuário que possa produzir essa desresponsabilização ou tendência a tutelar, já que no exercício de reavaliação do caso o pensamento acerca do fazer dos profissionais é inevitável.

O dispositivo da Ambiência é percebido neste Serviço de Saúde como um dos espaços terapêuticos mais potentes, porém, ele também coloca os profissionais a mediar conflitos gerados a partir de transgressões das regras instituídas no serviço, já que o espaço livre da ambiência permite que as relações, atividade e falas circulem concomitantemente, ficando o profissional em uma posição de “fiscal” dos acordos realizados com os usuários, o que concorre para que o caráter terapêutico se perca.

Na processualidade da dinâmica instaurada no CAPS ad em análise, o enfrentamento desse conjunto de conflitos emerge por meio do acolhimento como uma diretriz clínica do trabalho, assim como a RD e agregou-se a função do Plantão PTS fazer a gestão do serviço sendo representante da equipe e marcando os acordos realizados com os usuários.

O Plantão PTS é o dispositivo que faz a gestão do acolhimento no serviço, já que é o PTS que organiza e integra a equipe de um serviço de saúde. Essa decisão

ancora-se no aporte teórico usado no próprio processo educacional que o grupo propôs para si próprio (o de uma “outra” educação sobre drogas). Assim, decide-se pela gestão do acolhimento por meio do Plantão PTS, porque este é identificado como movimento de co-produção e co-gestão dos processos terapêuticos, caracterizado pela projetualidade e singularidade em três movimentos articulados: co-produção da problematização; co-produção de projeto; e, co-gestão/avaliação do processo.

O primeiro destes movimentos, no CAPS ad A, aparece nas entrevistas iniciais no Plantão PTS, com a ressalva de que podem ocorrer dificuldades de compreensão dos desejos e interesses do usuário por parte do profissional, já que ele pode se considerar detentor de um saber sobre saúde e de uma capacidade de oferecer respostas às problemáticas apresentadas pelos sujeitos, provocando, em consequência, resistência e dificuldades no/para estabelecimento do vínculo terapêutico. Frente a essa tendência, a reflexão aqui tecida permite apreender que as discussões de Planos Terapêuticos auxiliam o profissional a rever seu posicionamento frente à escuta do usuário e podem indicar, se necessário, a inclusão de outro profissional a fim de oferecer outra escuta ao usuário.

O segundo movimento, co-produção de projeto, pode levar a uma demasiada preocupação da equipe com a resolução de problemas pontuais, esquecendo o caráter de projetualidade através da pactuação coletiva de objetivos. Já o terceiro movimento, a co-gestão/avaliação do processo retoma o dispositivo do “profissional de referência como o gestor do cuidado do usuário”. Os três dispositivos organizadores (o Profissional de Referência, o Plantão PTS e a Ambiência) do CAPS ad A aparecem, portanto, como agenciamentos capazes de implicar a equipe no projeto da reforma psiquiátrica, buscando uma atenção integral que visa autonomia e protagonismo do sujeito por meio de um cuidado que considera a sua realidade e aproxima o serviço ao território de vida do usuário.

Por meio desta análise é possível compreender que nas práticas do CAPSad A a RD perpassa todos os processos de trabalho, na medida em que essa “nova clínica”, proposta pela Política do Ministério de Saúde de Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas, se coloca como diretriz de trabalho e norteia a atuação de todos os profissionais que ingressam nesse Serviço de Saúde. Contudo, cabe a ressalva de que isso só é possível através do esforço da equipe em oferecer espaços de

formação aos “recém chegados” que considerem os processos educacionais de cada um, suas potencialidades e especificidades, permitindo a construção coletiva de estratégias e dispositivos de cuidado (seja com relação aos usuários ou da própria equipe).

É imprescindível, ao encerrar a presente reflexão analítica, deixar claro que não houve intensão em apresentar a experiência ideal de RD em um CAPS ad e, sim, exibir uma análise das especificidades da atuação de uma equipe de saúde mental que trabalha com pessoas que usam drogas a qual procura trabalhar de maneira a ter a RD como diretriz de seu trabalho, mas que nem sempre consegue se efetivar, já que os profissionais carregam seus saberes acerca da droga, que vem de uma vivência anterior, muitas vezes ligada a processos de escolarização que tratam a temática da droga de maneira moralizante e criminalizadora. Daí a importância da educação sobre drogas considerando os processos educacionais singulares e individuais, da reavaliação constante dos processos de trabalho e da flexibilidade para a experimentação e invenção de novos fazeres.

É possível identificar, como limitações desta produção, o próprio caráter de processualidade do trabalho, já que foi necessário realizar recortes da realidade experienciada, não tendo como representar as vicissitudes da RD em todos os processos de trabalho do contexto analisado. Assim, no momento da leitura deste estudo, mudanças nos processos de trabalho do CAPS ad A podem ter ocorrido, porém, a RD como diretriz do trabalho é o que propicia a identidade deste serviço, reafirmando a pertinência e a capacidade de generalização deste estudo, guardadas as singularidades dos diferentes contextos. Nesta perspectiva, esta reflexão pode ser utilizada para pesquisas referentes a RD em CAPS ad e pode também ser ponto de partida para estudos mais aprofundados relacionados a dispositivos de cuidados perpassados pela RD.

Ainda sobre os recortes da realidade necessários para a elaboração deste estudo, é essencial esclarecer que estando o objetivo centrado na atuação de uma equipe de um serviço de saúde mental e as especificidades de atuação da mesma em RD, os efeitos disso aparecem no cuidado aos usuários. A RD lança um olhar ao sujeito anterior a alguma psicopatologia ou abuso de substâncias psicoativas e, sendo assim, busca considerar o usuário enquanto ser desejante, capaz de realizar escolhas e lidar com as consequências das mesmas. A RD aposta no sujeito,

auxiliando-o a tomar lugar de protagonista de suas próprias vidas, considerando a autonomia de cada um. É importante destacar que a RD não pode ser entendida como uma estratégia de cuidado que exclui as frustrações e normas sociais, portanto, ancorada em princípios terapêuticos, qualquer intervenção é possível. Considera-se, portanto, como possibilidades de novos estudos, a partir desta reflexão analítica, os efeitos para os usuários da RD, enquanto diretriz de trabalho no CAPS.

Como psicóloga atuante na saúde mental, a autora deste estudo compreende que seu lugar na equipe, como residente, contribuiu para as transformações dos processos de trabalho citados anteriormente. Este lugar de borda (nem dentro da equipe e nem fora dela) possibilitou a análise das situações de trabalho com uma certa distância facilitadora de proposições de intervenções. O Programa de Residência Multiprofissional da UFSM oferece subsídios teórico-práticos motivadores de tais transformações já que, por meio da carga horária teórica, o estudante se aproxima do que a política pública de saúde preconiza e, ao se deparar com a realidades dos serviços, tem o desafio de colocá-la em prática.

No Serviço de Saúde analisado o Programa de Residência é inserido como uma das estratégias de formação e cuidado que considerem os processos educacionais dos sujeitos envolvidos. Neste sentido, foi a partir das preceptorias e tutorias, importantes momentos pedagógicos ofertados pela residência, que este desafio pôde ser construído, já que, a partir destes encontros, foi possível articular a teoria abordada em aula com a realidade do serviço e os processos educacionais de cada um. Assim, produziram-se estratégias de trabalho com a equipe que tinham o objetivo de problematizar a educação sobre drogas e o cuidado em saúde mental que “se quer”. As preceptorias e tutorias de campo e núcleo, articulados ao aporte teórico oferecido nas aulas da Residência, podem ser consideradas, como estratégias que se coadunam às que compõe as práticas do CAPS ad A, já que buscam considerar os processos educacionais dos sujeitos e, a partir disso, promover reflexão transformadora de processos de trabalho que levem a proposta de um cuidado promotor de autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Cabe, por fim, reiterar que a RD era trabalhada nestes espaços (mesmo que indiretamente), tanto em discussões de caso quanto em propostas de trabalho, já que aparecia como diretriz que perpassava as práticas deste serviço de saúde. Em

seminários e aulas do PRMI esta não era uma temática recorrente, assim como a clínica voltada a pessoas que usam drogas, o que poderia ser de grande utilidade, uma vez que esta é uma temática que perpassa todas as áreas de concentração oferecidas pela Residência e a RD como diretriz de cuidado pode oferecer um olhar mais aproximado do que preconizam as políticas públicas saúde e distante da visão criminalizadora e preconceituosa com a qual esses usuários são, muitas vezes, tratados na sociedade atual.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 336,** de 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece dos Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em: http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo.php?id=603. Acessado em: 25 fev de 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília/DF. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Série B textos básicos de saúde. Brasília/DF. 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. **Apoio Institucional**: orientações metodológicas para o trabalho do apoiador da política nacional de humanização. Material de apoio para egressos de cursos ofertados pela PNH. Brasília/DF, 2010. Disponível em: http://apoioparaosus.net/wp-content/uploads/2011/11/Orienta%C3%A7%C3%B5es-metodol%C3%B3gicas-apoio-PNH-2011-GustavoNunesOliveira.pdf. Acessado em: 25 fev de 2013

BRASIL, Ministério da Saúde DECRETO Nº 7508, de 28/06/2011. Regulamenta a **Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARROS. R. B.; PASSOS, E. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Abr 2000, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.17, pp. 219-234. ISSN 1414-3283.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. Qualitative Research for Education: An introduction to Theories and Methods. 4th ed. New York: Pearson Education group, 2003.86. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.

CERVO, A.; BREVIAN, P.A. **A metodologia científica.** Mc Graw-Hill. São Paulo, 1983.

CORREA, G.C, **"Escola-droga".** Verve, São Paulo, Nu-Sol/PEPG-Ciências Sociais PUC SP, n. 1, 2002, pp. 165 – 181.

FARINA, C. **Arte e formação**: uma cartografia da experiência estética atual. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 31., 2008, Caxambu. **Anais...** Caxambu, 1998. p.1-16. Disponível em: http://www.anped.org.br/reunioes/31ra/1trabalho/GE01-4014--Int.pdf. Acesso em: 22 jun. 2013.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: **conexões Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011.

GIL A C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2008. Denzin NK, Lincoln YS. O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª ed.São Paulo: Hucitec, 2007.

LANCETTI, A. **A Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, D. C. **Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação.** (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Santa Maria, 2009

OLIVEIRA, N. O. & FURLAN, P. G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território. In: BRASIL. **Manual de Práticas da Atenção Básica**: Saúde Ampliada e Compartilhada. Brasília. p. 238 a 258, 2009.

PAULON, S. M.. **A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-Intervenção.** Psicologia & Sociedade, n.3, v.17, p. 16-23, 2005.

PASSOS, E. KASTRUP, V. DA ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia:** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E H; SOUZA, T P. RD e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. 1, Apr. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 27 de junho de 2014.

PETUCO, D. **Nem usuário, nem dependente:** por uma nova definição. (SD) Disponível em: http://www.denispetuco.com.br/04.pdf. Acessado em: 23 dez. 2013

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, V. E; SOARES, C B; CAMPOS, C M S. A produção científica internacional sobre RD: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, abr. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 27 junho de 2014.

SOUZA, J et al. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e RD: novas propostas, novos desafios. **Rev. enferm. UERJ** [online]. 2007, vol.15, n.2, pp. 210-217. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v15n2/v15n2a09.pdf. Acessado em: 27 de junho de 2014.

TEDESCO, S & SOUZA, T, P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.;

BARROS, M. E. (org). **Conexões**: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. Hucitec, 2012.