

CRACK E GESTÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO: DESAFIOS NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL¹

Aline Basso da Silva*
Leandro Barbosa de Pinho**

RESUMO

Este artigo objetiva analisar os desafios enfrentados por profissionais de saúde mental na gestão do cuidado ao usuário de crack no território. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. O campo de estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito trabalhadores de saúde mental do serviço. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo modalidade temática. Os resultados apontam dificuldades e limites que são apresentados no cotidiano da atenção em saúde, na gestão dos territórios, no contexto do usuário, na necessidade de delimitação territorial e em atividades que contemplem o saber e o viver do usuário, reforçando a saída do profissional para o espaço comunitário. Aponta-se também a necessidade de uma rede intersetorial fortalecida que se corresponsabilize em conjunto com a atenção em saúde mental, retirando do CAPS a centralidade no cuidado. Conclui-se que a gestão do cuidado no território é multifacetária, sendo realizada também pelo trabalhador no cotidiano do serviço e no contexto das relações dos atores sociais com a trama do território.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviços de saúde mental. Cocaína crack.

INTRODUÇÃO

O crack surgiu entre 1984 e 1985 em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. O perfil dos usuários era formado por jovens, usuários de cocaína refinada que foram atraídos pelo baixo custo da substância, e ainda usuários de maconha e poliusuários que adicionavam o crack aos seus padrões de consumo. O cenário do consumo de crack se amplia na Europa e em países emergentes, sendo que o Brasil é o maior consumidor da América do Sul^(1,2).

Aspectos relacionados ao contexto social do consumo de crack têm relação com os danos à saúde do usuário. O início do uso tem associação com outras substâncias psicoativas, com modelos sociais de consumo da sociedade e ao baixo custo da droga. O acesso é facilitado por políticas públicas ineficazes, valores sociais que estimulam o consumo e o fácil acesso. Além disso, a péssima qualidade da droga reforça o padrão compulsivo de sua utilização, tendo consequências na saúde física, mental e social dos usuários⁽³⁾.

Nesta perspectiva, o uso do crack pode ser considerado como um problema social e de

saúde pública, envolvendo não apenas os aspectos fisiológicos da dependência, mas também todo o contexto que o cerca. Indo ao encontro dessas questões, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, uma proposta de constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), responsável pelo cuidado a pessoas com necessidades recorrentes ao abuso de drogas, tendo, no território, o espaço principal para as intervenções relacionadas à reinserção social do usuário de droga⁽⁴⁾.

O território é o espaço qualificado pelo sujeito. E não é somente físico, mas também político, social. Nele estão as marcas históricas e sociais das populações e é onde se constituem as redes e as relações dos sujeitos⁽⁵⁾. O território é descontínuo, sendo um campo de forças, uma teia de relações, composto de diversas territorialidades que constituem e transformam este espaço, dando-lhe um caráter autônomo e dinâmico⁽⁶⁾.

Pensando o cuidado do usuário de crack tendo por base o território, propõe-se uma gestão do cuidado no território que não se limita a uma concepção somente ligada a questões técnicas e administrativas, ao poder do Estado sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e ao papel dos

¹Extraído da dissertação intitulada "O cuidado ao usuário de Crack: Análise da concepção de território por profissionais de um Caps AD", apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ano de 2014.

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: aline_basso@hotmail.com

**Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: lbpinho@ufrgs.br

gestores na construção de estratégias para melhoria dos serviços. A gestão proposta se amplia à medida que é construída por diversos atores sociais, incorporando o cotidiano dos

Nesse sentido, é possível discutir uma gestão multifacetária, com diversas dimensões, a saber: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. A gestão individual depende de cada sujeito, é o “cuidar de si”, levando em consideração que cada indivíduo pode fazer escolhas na vida, movimentar-se, ter autonomia para se cuidar. A dimensão familiar é importante em diferentes momentos da vida do indivíduo, nos quais ele conta com seus familiares, vizinhos, amigos no cuidado a saúde⁽⁷⁾.

A dimensão profissional é aquela que se dá no encontro entre profissionais e usuários, e nucleia o território da micropolítica em saúde. A dimensão organizacional é marcada pelo processo de trabalho, dependente da ação cooperativa de diversos atores para alcançar os territórios marcados. A dimensão sistêmica são os movimentos dos usuários pelo Sistema de Saúde, seus itinerários pela rede. E, por fim, a dimensão societária é o papel do Estado na sociedade, na construção de políticas públicas e políticas sociais. Essas dimensões não ocorrem separadamente; há conexões entre diversas dimensões, produzindo uma rede complexa de pontos, atalhos, caminhos e possibilidades⁽⁷⁾.

Imagina-se uma gestão de cuidado no território para o usuário de crack levando em consideração que a atenção psicossocial precisa ser pensada nos diferentes territórios, nas diferentes dimensões de cuidado, da macropolítica para o micropolítica e vice-versa, a fim de construirmos redes de saúde que reconheçam a existência de um território rico de forças vivas e autonomia. Nesse sentido, justifica-se a necessidade de discussão de uma gestão que reconheça o território do usuário de crack enquanto um espaço social, de movimento, de história, sendo multifacetado. Este reconhecimento amplia olhares para uma gestão que se articule com a comunidade e que visualize as necessidades dos sujeitos.

Assim, o objetivo deste artigo é analisar os desafios enfrentados por profissionais de saúde mental na gestão do cuidado ao usuário de crack no território.

trabalhadores, dos usuários e da rede social. É formada por territorialidades autônomas, e considera que cada sujeito que pertence a certo espaço tem o poder de territorializá-lo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. Utilizou, como referencial teórico-filosófico, o conceito de território-rede⁽⁶⁾. O território-rede contempla um território descontínuo, político e formado pelas diversidades de relações sociais e de poder. É uma rede formada por diversos territórios, com formas variadas e diferentes territorialidades.

Este conceito é adequado para a compreensão do cuidado ao usuário de crack, uma vez que, no campo psicossocial, a rede se organiza a partir dos projetos de vida das pessoas e do modo como elas vivenciam seu território. Desta forma, esta rede deve ser pensada em sua dinamicidade e para a diversidade das relações sociais que compõem esta articulação das redes territoriais. No caso em questão, ou seja, a gestão de cuidado no território, discutimos um campo multifacetário que respeite esta dinamicidade territorial construída pela população.

O campo de estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Os sujeitos investigados foram oito profissionais do serviço, a partir dos seguintes critérios de inclusão: 1) estar trabalhando há pelo menos seis meses no CAPS AD; 2) não estar, no momento das entrevistas, afastado do trabalho (férias, licenças, entre outros) e 3) participar voluntariamente da pesquisa, permitindo a publicação dos resultados, resguardadas as questões relacionadas ao sigilo e anonimato.

Foi realizada uma entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: “Fale-me o que você entende por território no cuidado ao usuário de crack”. As entrevistas tiveram duração de 20 a 30 minutos. O tempo de coleta de dados foi de 20 de fevereiro a 07 de março de 2013.

A análise dos dados ocorreu através da Análise de conteúdo modalidade temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico a ser estudado⁽⁹⁾. Possui três

fases, que são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados empíricos.

Na primeira fase, iniciou-se a constituição do *corpus*, a partir da transcrição das informações obtidas das entrevistas. Nela foi realizada uma leitura flutuante do material, buscando localizar, em seu conteúdo, aspectos que respondessem os objetivos da pesquisa. ⁽⁹⁾

A segunda fase é a exploração do material, que consiste na operação de codificação, a partir daquilo que se considera como sendo a “criação de núcleos para a compreensão do texto”. Essa familiarização proporcionou o desenvolvimento de “unidades de informação”, que indicavam informações e ideias específicas em cada entrevista. Foi criado um quadro teórico com as “unidades de informação” que, agrupadas, formaram “unidades de significado”, que geraram, por fim, duas categorias de análise. ⁽⁹⁾

A terceira e última fase consistiu no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, na qual os resultados brutos foram analisados e debatidos à luz do referencial teórico e da literatura da área. ⁽⁹⁾ Com isso, surgiram duas categorias de análise. Neste artigo, porém, serão analisados e descritos os resultados da segunda categoria, que foi a gestão do cuidado no território.

O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), recebendo parecer favorável à execução (protocolo 20157/2011). Foi também, por solicitação do CEP/UFRGS, avaliado pelo CONEP/MS, recebendo parecer favorável à sua execução (parecer 337/2012).

Seguimos o protocolo estabelecido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁸, que trata do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para manter o anonimato, os integrantes da equipe foram identificados com a inicial “E”, seguido da ordem em que apareceram na entrevista. Exemplo: E6, E3.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pensando o território como local de atuação dos serviços, formado por múltiplas dimensões, os trabalhadores abordam como um desafio a necessidade de delimitação territorial para ações

em saúde mental e melhoria do acesso do usuário ao serviço:

[...] Território são subdivisões do território, que é uma dimensão espiral. É um território dentro do outro: nós estamos em um município, que é Rio Grande do Sul, que está dentro de uma macrorregião. Esses territórios de saúde não respeitam as fronteiras, que são as fronteiras administrativas, que são as políticas, mas tu tens que delimitar de alguma forma para você poder conseguir conduzir alguma ação dentro daquele território [...] (E8).

Primeiro tu conheces aquela região e aquele território e depois tu vê o que precisa fazer de ações de saúde para a promoção no que é a demanda em uma área especial [...] Por exemplo, a gente sabe que determinado lugar tem uma “boca”, usando o exemplo do nosso serviço de álcool e drogas, e aí a gente sabe que naquele local terá mais pessoas com propensão a problemas com o uso de substâncias [...] (E8).

Eu acho que território seria nossa área de abrangência de atendimento (E3).

Nos depoimentos de E8 e E3, fica evidente que a delimitação territorial é uma estratégia de gestão do território, em que a organização macropolítica da rede, na qual se dividem os territórios de abrangência, interfere na condução das ações no cotidiano do serviço, ou seja, em sua micropolítica. Uma gestão “multifacetada”, composta por essas duas dimensões, precisa da delimitação das zonas e dos locais onde os serviços vão atuar. Trata-se da necessidade de pensar “para o cotidiano”, ou seja, não basta termos serviços de saúde sem considerarmos a população-alvo, seu modo de vida e as regiões em que esse serviço irá atuar. É nesse sentido que entendemos que uma delimitação territorial inadequada pode prejudicar a atuação dos serviços, dificultando a compreensão da realidade do usuário.

Atualmente, o Pacto de Gestão reafirma a regionalização como diretriz fundamental do SUS, devendo reconhecer as regiões de saúde e suas singularidades, em cada Estado e no Distrito Federal. A região de saúde deve organizar a rede de saúde para atender e assegurar a universalidade de acesso, a integralidade e a equidade ⁽¹⁰⁾.

Um dos instrumentos da regionalização é a territorialização em saúde, que possibilita a percepção das condições de saúde e de vida da

população de uma área adscrita. Trata-se de uma das ferramentas básicas para o Planejamento Estratégico Situacional, que permite especializar e analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, além de determinar o grau de suas necessidades sociais e de saúde. Assim, para a organização das redes e dos processos de trabalho dos serviços de saúde territorializados, é necessário o reconhecimento do território e de seu contexto de uso, pois eles materializam interações humanas e problemas, dando subsídios para o planejamento em saúde⁽¹¹⁾.

A importância da territorialização é trazida por E3 e E8 na efetivação das ações do CAPS AD. Esse serviço, inserido em um território definido, deve trabalhar na perspectiva das necessidades observadas no contexto do usuário. Quando E8 afirma que existem lugares com maior propensão para usuários de drogas, demonstra que o processo de territorialização do SUS precisa incorporar a existência de diversidade territorial e desenvolver processos de trabalho que analisem essas particularidades.

Na atenção psicossocial, ressaltamos a territorialização como instrumento da regionalização essencial para efetivação de ações dos serviços substitutivos. Os desafios para efetivação de uma territorialização adequada com as necessidades dos usuários é reconhecer o território enquanto um cenário de circulação, incorporando novas práticas capazes de conhecer o usuário, seu modo de vida, suas demandas e suas relações.

O depoimento a seguir demonstra o campo múltiplo da gestão do cuidado no território, onde as organizações macropolítica e micropolítica estão intimamente ligadas à atenção às necessidades singulares de cada usuário:

A gente consegue atuar. É que tem às vezes as visitas domiciliares que a gente vê que determinado lugar tem mais áreas as quais a gente vai mais com as VD's e têm determinados locais que o pessoal consegue acessar mais fácil o CAPS. Por exemplo, aqui na região central, o pessoal consegue vir mais fácil para o CAPS do que as pessoas dos bairros. Têm que ser feitas articulações para que nenhum local desse território fique descoberto [...] (E8).

E8 reflete sobre o acesso dos usuários ao serviço, apontando que há diferenças no acesso

em função da localidade e moradia do usuário. Quando o usuário reside em uma região mais distante, precisa da cobertura de ações e conexões do serviço com a rede para a melhoria do atendimento. É o caso dos usuários que estão distantes do serviço, e muitas vezes não o acessam (ou o acessam com dificuldades) por conta do grande deslocamento geográfico ou das consequentes barreiras econômicas. É necessário, por isso, haver coerência entre as ofertas e coberturas do serviço e os desejos dos usuários, indo ao encontro da equidade como premissa fundamental para garantir saúde no SUS⁽¹²⁾.

Desse modo, a gestão do cuidado no território na saúde mental precisa considerar o acesso do usuário ao serviço, as barreiras e as facilidades para tal. O acesso vai desde a constituição do espaço geográfico até o contexto socioeconômico dos usuários, suas necessidades individuais, suas crenças e culturas e à adaptação dos serviços para essas demandas. Observando esses fatores, percebemos a necessidade da composição de uma rede responsável e comprometida com o usuário por inteiro.

Nessa perspectiva, o acesso do usuário ao serviço, bem como do profissional ao território do usuário, é abordado por outros trabalhadores da equipe, que demonstram a necessidade de ocupar e conhecer o território de vida dos sujeitos:

Quando ele passa a buscar um tratamento, daí o território se expande. Ele não conhece todos os serviços que ele pode utilizar, como, por exemplo, a cultura, a educação, saúde e às vezes, quando ele faz um tratamento de saúde, ele passa se conhecer, passa a frequentar. Então eu acho que basicamente o território é, na verdade, tudo é nosso território, mas às vezes a gente não conhece todo ele, então fica basicamente freado o território que ele vive que o cotidiano lá bairro trabalha [...] (E6).

[...] O território de quem é usuário, e usuário pesado, e que já tem todo um circuito fechado, o circuito faz parte disso, mas ele não codifica o território. Têm algumas zonas aonde tem outro tipo de relação e são nessas horas que a gente procura estar habitando, dando força para que isso cresça e que esse circuito perca força. Porque se ele vem ao CAPS ou se aceita a ajuda fora daqui, é porque ele aceita que tem alguma coisa melhor para a vida dele e é nisso que a gente sublinha,

que a gente tenta trabalhar, nisso que são as linhas de fogo desse circuito, né [...] (E1).

A gente fala muito, né, a gente falava de o processo para o usuário acessar o CAPS, ele geograficamente está colocado [...]. Então, o usuário, a gente pode entender que ele tem dificuldades de acessar o CAPS, mas enquanto o CAPS nesse território subjetivo não for questão, o território não vai ser habitado, não vai ser frequentado, o CAPS não vai ser parte do território, ele só passa por parte de seu território quando isso é subjetivamente colocado para os sujeitos [...] (E7).

E6, E1 e E7 abordam a articulação entre os territórios, relacionada tanto à ocupação do serviço de saúde pelo usuário, quanto pela ocupação do território pelo serviço. Uma interface que provoca melhorias e qualidade no acesso do usuário ao serviço, justamente pela concepção de que o serviço faz parte dessa rede de relações do usuário.

No entanto, E6 propõe o acesso ao serviço como opção para o usuário ampliar seu território, conhecer outros dispositivos e transformar sua relação com a droga. Por outro lado, E1 e E7 avaliam não só a necessidade de o usuário habitar o espaço do serviço, como também a de os profissionais habitarem o contexto do usuário, construindo uma relação de trocas entre diferentes ambientes. Assim, o maior desafio do acesso é ir além de barreiras geográficas, percebendo a necessidade de o profissional acessar o território subjetivo, simbólico e social do usuário, para que, assim, possam construir estratégias de cuidado que conversem com as necessidades, os desejos e as realidades de cada sujeito.

Esse debate enseja uma conexão com as prerrogativas da atenção psicossocial. Em um estudo⁽¹³⁾ foi apontado que a “casa” é a referência do cotidiano das pessoas, a base de sua história de vida, referência de sua construção afetiva e social. Os serviços de saúde podem construir uma “ponte” para novas relações sociais, ajudando a organizar a vida cotidiana do usuário. Dessa forma, estará atuando na reinserção social ao exercer uma função de mediação, preparação e instrumentalização para a vida no território. Embora muitas vezes tragam um caráter de dependência, os serviços podem gerar autonomia.

A “rua” é o maior espaço de negociação dos usuários, composta também por relações estabelecidas com vizinhos e estabelecimentos comerciais. O serviço de saúde é um local “bom”, do qual os usuários “gostam”, porém é um local de complacência, onde os profissionais avaliam suas vulnerabilidades psicossociais dentro de uma comunidade de iguais: os usuários do CAPS. Na rua, as relações sociais exigem outros tipos de trocas, ampliando seu espaço de negociação⁽¹⁴⁾.

É importante compreender a necessária articulação entre os diferentes territórios, já que a casa e a rua são apontadas como espaços importantes de trocas sociais. Em relação ao uso do crack, vários usuários utilizam a rua como sua casa, na medida em que habitam e fazem uso da droga em espaços públicos. Portanto, para aquele usuário que está sob efeito da droga, o serviço de saúde mental poderia representar um espaço mais asséptico, podendo causar estranhamento.

Assim, a relação que o indivíduo possui com seu espaço social é essencial na construção do cuidado. O CAPS tem como desafio produzir uma relação e um lugar social diferente para o usuário de drogas e inventar outro modo de funcionar, de organizar e de se articular com a cidade, buscando inserção no território simbólico do usuário enquanto lugar de prática⁽¹⁴⁾. É o que podemos depreender das falas de E1 e E7, quando afirmam que o CAPS ainda precisa encontrar uma estratégia para conhecer essa realidade e se aproximar do contexto do usuário.

Embora reconheçam a necessidade de uma gestão do cuidado no território, com uma interface com a realidade do usuário, os trabalhadores sinalizam que o fato de não avançarem na constituição de uma prática para fora de seus muros ainda é resultado do “encapsulamento” do CAPS:

Mas eu, falando como serviço, e como serviço específico e único no município, é difícil atender ao território, acessar os outros lugares que, sei lá, quilombola, indígena. [...] muitas vezes, tu tens que esperar alguém acessar o serviço para ti poder conseguir iniciar algum trabalho naquele local, pontualmente. Existe muito além desse nosso microterritório aqui, né, no dia a dia, digo, tu te tomas muito por isso aqui e o fora tu não consegues ver [...] (E3).

O território do CAPS é ainda dentro, encapsulado [...] (E1).

E1 utiliza o termo “encapsulado” para assinalar o CAPS ainda como um território restrito ao contexto interno do serviço, com pouca articulação com a comunidade. Este termo remete a um sentimento de aprisionamento da equipe de saúde “dentro” do serviço, pouco se articulando com a comunidade. Demonstra a necessidade de maior cuidado para não serem reproduzidas velhas práticas características do modelo manicomial e a busca de projetos terapêuticos que incorporem a singularidade dos usuários e sua relação com seu território⁽¹⁵⁾.

E3 ressalta a falta de um território definido como o problema central da dificuldade de saída do CAPS para o contexto externo, provocando um aumento da demanda do serviço e a impotência do trabalhador na busca de outras estratégias de acesso. O profissional reconhece o CAPS como um “microterritório” formado pela relação trabalhador-usuário e seu processo de trabalho ainda internalizado.

As ações dos trabalhadores do CAPS parecem ainda restritas ao espaço do serviço, levando, muitas vezes, à percepção de que o que está fora não seria de sua competência. Desta forma, o movimento de “inclusão na comunidade” acaba se revertendo para “inclusão no serviço”, sendo isso mais compatível com os modelos tradicionais que cronificam e institucionalizam o usuário de saúde mental⁽¹⁶⁾.

A proposta da relação entre o CAPS e outros espaços, como a comunidade e a rede intersetorial de saúde, é uma necessidade do modo psicossocial, que faz com que o serviço se estenda para o território. Na prática, observa-se a dificuldade da relação entre o CAPS e o território, o que reforça a reprodução de um modelo cronificador, característico do modo manicomial⁽¹⁶⁾.

A preocupação do CAPS em não se “encapsular” é apresentada em uma pesquisa, na qual se traz a experiência de um município do interior do Rio Grande do Sul que busca constantemente uma organização interna do serviço que provoque mais “saídas para fora”. Iniciativas como projetos na comunidade, participação em eventos, passeios, festas, viagens e exposições de trabalhos dos usuários mostram-se como estratégias que provocam

movimentos do serviço com o intuito de inserção no contexto da sociedade⁽¹⁷⁾.

O Ministério da Saúde no ano de 2002 propõe que o CAPS seja o “ordenador” da rede. No entanto, este termo pode remeter a uma relação ambígua do serviço com a rede, pois, ao mesmo tempo em que ele pode se configurar como estratégico para agenciar recursos, também pode centralizar o cuidado, em uma relação piramidal, de hierarquização⁽¹⁸⁾.

Além da necessidade de articular mais o CAPS com a comunidade, é importante que a rede intersetorial trabalhe em conjunto, dando cobertura às suas ações e tendo uma responsabilidade compartilhada na atenção ao usuário de crack. Entendemos que a rede também pode provocar o “encapsulamento” do CAPS, ao remeter-se a ele como o “centro” do cuidado em saúde mental, como se fosse a única referência, o “ordenador da rede”. Um desafio inerente à constituição de novos modos de saber/fazer, em constante movimento e experimentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar o cuidado no território é refletir sobre as dificuldades e limites que são apresentados no cotidiano da atenção em saúde, na gestão dos territórios, no contexto do usuário, e sobre quais as estratégias podemos realizar dentro e fora dos serviços de modo a promover a reabilitação psicossocial.

Neste sentido, esta pesquisa apresenta como principais evidências para pensar este cuidado, os desafios de acesso do usuário ao serviço, que vão além de barreiras geográficas, como também o acesso do profissional ao território subjetivo do usuário. Além disso, destacam-se a falta de uma organização interna dos serviços que trabalhem na perspectiva do território como força viva, desenvolvendo atividades que contemplem o saber e o viver do usuário e que busquem processos de trabalho que reforcem a saída do profissional para o espaço comunitário.

Outro desafio encontrado refere-se à necessidade de uma rede intersetorial fortalecida que se corresponsabilize em conjunto com a atenção em saúde mental, retirando do CAPS o papel de única referência. Mesmo que este seja o serviço estratégico nesse processo, não deve ser

o único responsável ou o centralizador do cuidado.

A gestão do cuidado no território é, portanto, um campo multifacetário, composto de diversas dimensões, que não devem ser analisadas separadamente. Assim, a micropolítica no cotidiano do serviço e na relação do usuário com o trabalhador interfere no contexto macropolítico, ou seja, nas políticas públicas e na organização de linhas de cuidado. Então, é importante que o território seja percebido como

um espaço composto pelas marcas da população, seus movimentos, as relações de poder e o contexto histórico, cultural e social do sujeito. Essa percepção contribui com o planejamento e com a gestão de territórios, influenciando o cotidiano do trabalho de saúde.

Em relação aos desafios do estudo, destaca-se o investimento futuro em conhecer a visão do usuário sobre a gestão de cuidado no território, uma vez que o foco desta pesquisa foi com os profissionais que fazem essa gestão diariamente.

CRACK AND CARE MANAGEMENT IN THE TERRITORY: CHALLENGES ON WORK EVERYDAY IN MENTAL HEALTH

ABSTRACT

This article aims to analyze the challenges faced by mental health professionals in the management of care that crack users in the territory. It is a qualitative and descriptive research. The field of study was a Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) of a city of the metropolitan region of Porto Alegre / RS. Semi-structured interviews were conducted with eight mental health service workers. Data were analyzed from the thematic modality content analysis. The results show difficulties and limitations that are presented in the health care of the everyday, the management of territories in the context of the user, the need for territorial delimitation and activities that address the knowledge and the live user, reinforcing the professional output to the EU. It also points out the need for strengthened inter-sectoral network that corresponsabilize together with mental health care, removing the CAPS paper only reference. It concludes that the care management in the territory is multifaceted, also being held by the employee in the daily service and to the relationship of social actors to the plot of the territory.

Keywords: Mental health. Mental health services. Crack cocaine.

CRACK Y GESTIÓN DEL CUIDADO EN EL TERRITORIO: DESAFÍOS EN EL COTIDIANO DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL

RESUMEN

En este artículo se analizan los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud mental en la gestión de la atención a los usuarios de crack en el territorio. El método propuesto es una investigación cualitativa y descriptiva. El campo de estudio fue un Centro de Atención Psicosocial de alcohol y otras drogas (CAPS AD) de una ciudad en la región metropolitana de Porto Alegre/RS. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas, con ocho profesionales del equipo de salud mental del servicio. El análisis de los datos se realizó mediante el análisis temático. Los resultados muestran las dificultades y limitaciones que se presentan en la atención de la salud de la vida cotidiana, en la gestión de los territorios en el contexto del usuario, la necesidad de delimitación y en actividades que contemplan los usuarios, fortaleciendo la salida del profesional hacia la comunidad. También señala la necesidad de que la red intersectorial se corresponsabilice junto con la atención en salud mental, retirándole del CAPS su papel de único servicio de referencia. Llegamos a la conclusión de que la gestión de la atención en el territorio es multifacético, realizada también por el trabajador en el cotidiano del servicio y de las relaciones de todos envueltos en el territorio.

Palabras clave: Salud mental. Servicios de salud mental. Cocaína crack.

REFERÊNCIAS

1. Perrenoud LO, Ribeiro M. Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. In: Laranjeira R, Ribeiro M. O tratamento do usuário do crack. Porto Alegre: Arte Med; 2012. p. 33-38.
2. UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Relatório Mundial Sobre Drogas. World Drug Report; 2013.
3. Jorge MSB, Quinderé PHD, Yasui S, Albuquerque RA. Rítual de consumo do Crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para saúde dos usuários. Ciênc saúde colet. 2013 out; 18(10):2909-18.
4. Ministério da Saúde(BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília(DF): 2011. [citado em 2015 mar 11]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

5. Santos M, Silveira ML. Território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Ed Beste Bolso; 2011.
6. Souza ML. O território: sobre espaço e poder: autonomia e desenvolvimento. In: Castro IE, Gomes PCC, Corrêa RL. Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. p. 77-116.
7. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). 2011 abr/jun; 15(37):589-99.
8. Ministério da Saúde(BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2012.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006.
11. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 237-255.
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc saúde colet. 2012 nov; 17(11):2865-75.
13. Otsuka E. A inserção das atividades de lazer no cotidiano de usuários de serviços de saúde mental: a experiência da “Copa da Inclusão”. 2009. [dissertação]. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2009.
14. Santos MRP, Nunes MO. Território e Saúde Mental: uma experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia. Interface (Botucatu). 2011 jul/set; 15(38):715-26.
15. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. Ciênc saúde colet. 2011 abr; 16(4):2133-43.
16. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. Cienc cuid saude. 2010 jan./mar; 9(1):28-35.
17. Kantorski LP, Jardim VMR, Coimbra VCC, Hypólito AM, Guedes AC, Meirelles MC, et al. Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória do movimento antimanicomial. Estudos e pesquisas em Psicologia. 2010 jan./abr; 10(1):242-63.
18. Furtado JP, Laperriere H, Silva RR. Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação. Saúde em debate. 2014 jul/set; 38(102):468-481.

Endereço para correspondência: Aline Basso da Silva, Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço: Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco, CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: alinee_basso@hotmail.com

Data de recebimento: 12/05/2015

Data de aprovação: 17/10/2015