

# ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO DA REDE PARA O CUIDADO AO USUÁRIO DE *CRACK*

## ANALYSIS OF THE COORDINATION OF THE NETWORK OF CARE TO CRACK USERS

## ANÁLISIS DE LA ARTICULACIÓN DE LA RED PARA EL CUIDADO DEL CONSUMIDOR DE *CRACK*

Leandro Barbosa de Pinho<sup>1</sup>  
Aline Basso da Silva<sup>2</sup>  
Débora Schlotefeldt Siniak<sup>2</sup>  
Brenda Folador<sup>3</sup>  
Laura Borges de Araújo<sup>3</sup>

**Objetivo:** analisar a articulação da rede para o cuidado ao usuário de *crack*. **Método:** pesquisa avaliativa, do tipo estudo de caso, desenvolvida em um município da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Baseou-se na utilização da Avaliação de Quarta Geração como referencial teórico-metodológico. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2013, mediante observações de campo e entrevistas. **Resultados:** apontou-se a existência de uma rede fragmentada e invisível, com dificuldades de comunicação entre os dispositivos de cuidado que a compõem. Como ponto potente, evidenciou-se a existência de um fórum intersetorial de discussão entre os membros dessa rede, visando superar algumas dessas fragilidades. **Conclusão:** avalia-se a necessidade de mais espaços para comunicação e educação permanente das equipes, necessidade de infraestrutura dos serviços e de estratégias de cuidado que trabalhem o território do usuário de *crack*.

**Descritores:** Cocaína. *Crack*; Saúde Mental; Rede de Cuidados Continuados de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

*Objective:* to analyze the coordination of the network of care to crack users. *Method:* an evaluative study, with a case study design, was developed in a city in the metropolitan region of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The Fourth Generation Evaluation was used as methodological-theoretical framework. Data were collected from January to March 2013, by means of field observations and interviews. *Results:* a fragmented and invisible network was found, with communication difficulties among the care devices composing it. A strong point evidenced was the existence of an intersectoral forum of discussion among the members of the network, aiming at overcoming some of these weaknesses. *Conclusion:* more spaces for communication and permanent education of the teams are needed, as well as better infrastructure of the services, and care strategies toward the territory of crack users.

*Descriptors:* Crack cocaine; Mental health; Delivery of health care; Qualitative research.

*Objetivo:* analizar la articulación de la red para el cuidado del consumidor de crack. *Método:* investigación evaluativa, del tipo estudio de caso, desarrollada en un municipio metropolitano de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Estuvo basado en la utilización de la Evaluación de Cuarta Generación como referencial teórico-metodológico. Datos recolectados de enero a marzo de 2013, mediante observaciones de campo y entrevistas. Resultados:* se determinó la existencia de una red fragmentada e invisible, con dificultades de comunicación entre los dispositivos de cuidado

<sup>1</sup> Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. lbpinho@uol.com.br

<sup>2</sup> Doutorandas em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. alinee\_basso@hotmail.com; debynha33@hotmail.com

<sup>3</sup> Discentes de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. brendafolador@hotmail.com; lauraa.ba@hotmail.com

*que la integran. Como fortaleza, se evidenció la existencia de un foro intersectorial de discusión entre miembros de dicha red, apuntando a superar algunas de esas fragilidades. Conclusión: cabe considerarse la necesidad de más espacios de comunicación y educación continua de los equipos, la necesidad de infraestructura de los servicios y de estrategias de cuidado que trabajen en el territorio del consumidor de crack.*

*Descriptor: Cocaína Crack, Salud Mental; Prestación de Atención de Salud; Investigación Cualitativa.*

## Introdução

É possível perceber, nos últimos 30 anos, a ocorrência de mudanças significativas na atenção em saúde mental. Se, antes, o cuidado era organizado em torno de uma única estrutura de atendimento, de caráter excludente, atualmente o foco volta-se para a rede extra-hospitalar, isto é, para o cuidado longe dos muros do hospício. A ampliação da rede é, portanto, fundamental para se rever o olhar sobre o louco e a loucura<sup>(1)</sup>.

No Brasil, essa ampliação da rede veio acompanhada de um longo debate sobre o fenômeno da loucura. Uma loucura que possui várias dimensões e que um único dispositivo é incapaz de compreender. Por isso, não é possível evidenciar um cuidado sem considerar os vários dispositivos contidos nessa rede. Destacam-se, por exemplo, os serviços estratégicos de saúde mental, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além desses, também se conta com a participação dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência e cultura, a Estratégia Saúde da Família, o consultório na rua, entre outros<sup>(2)</sup>.

Nesse movimento, o Ministério da Saúde vem investindo fortemente na estruturação da rede de serviços em saúde mental. A Portaria n. 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental e necessidades pelo uso recorrente de crack e outras drogas é um exemplo. Entre os objetivos da RAPS, estão a necessidade de articulação e integração de diferentes pontos da rede para o cuidado ao usuário, como também a percepção do território como local de cuidado, trazendo esta rede para o espaço de circulação e vida dos usuários<sup>(3)</sup>.

Dentro da estratégia da RAPS, os serviços componentes seriam os nós da rede. No entanto, sem a conexão e articulação entre esses nós/pontos, não há rede. Isso porque, antes de ser priorizada a oferta de serviços, é preciso entender como eles se relacionam, sua comunicação e os modelos de atenção e gestão que estão produzindo. Desta forma, a construção de uma rede é uma tarefa complexa, pois envolve a estruturação, os processos de trabalho e a construção de uma nova concepção de integralidade<sup>(4)</sup>.

No caso do usuário de drogas, o país vive uma problemática que desloca a discussão sobre a rede também para o território dos encontros do usuário. Atualmente, é o crack que vem tomando conta das agendas nacionais de saúde, com ampla repercussão social, atingindo os diferentes estratos sociais e incorporando-se ao cotidiano de funcionamento de usuários e famílias.

A dependência de crack pode ser considerada como uma das mais sérias dentre todos os quadros de consumo problemático de drogas, por causa de seus efeitos fisiológicos quase imediatos. O usuário experimenta uma sensação prazerosa durante o uso, aumentando-o numa tentativa de buscar efeitos mais intensos. Com quantidades sempre maiores da droga, o usuário experimenta comportamentos cada vez mais violentos, com presença de tremores e ideação paranoide, levando-o a situações de agressividade<sup>(5)</sup>.

No entanto, é importante problematizar que os usuários não experimentam somente efeitos orgânicos da droga, mas também são atravessados por questões econômicas, sociais e culturais. Famílias e comunidades veem os problemas de perto, quando o usuário perde o controle sobre seus atos, envolve-se com o tráfico, pela

falta de oportunidades sociais, com o furto de objetos, para manter o consumo, e os episódios de agressividade com os familiares<sup>(6)</sup>.

Ao mesmo tempo, se as redes mais próximas do usuário ficam fragilizadas, ele passa a conviver com outros usuários de drogas do território, formando novas redes de contato, que, em sua maioria, incentivam ainda mais o consumo da substância. Nesse caso, o *crack* atua numa nova sociabilidade, pois ele é consumido em grupos de pessoas que possuem interesses em comum. Como a droga é o elemento central nesses grupos, essas redes vão se fortalecendo cada vez mais<sup>(7)</sup>.

No ano de 2010, o Brasil iniciou um processo de sensibilização mais intenso para a necessidade de estabelecer diálogos e incentivos visando conhecer os fenômenos relacionados à dependência de *crack*. Com a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso a Tratamento em Álcool e outras Drogas no SUS e o Plano Integrado de Enfrentamento ao *crack* e outras drogas, podem-se destacar o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, tratamento e educação para o uso abusivo de álcool e outras drogas, considerando-os como um grave problema de saúde pública<sup>(8)</sup>.

Trata-se de um grande desafio à oferta de serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção. É nesse sentido que se destaca a relevância da rede, com uma sinalização clara da participação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD), da Estratégia Saúde da Família, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, da Política de Redução de Danos, dos consultórios de rua, dos centros de convivência e cultura e dos chamados “leitos de atenção integral”, especialmente aqueles vinculados aos CAPS III (com funcionamento 24 h) e aos serviços hospitalares gerais<sup>(8)</sup>.

Entende-se que não é possível abordar a atenção ao usuário de *crack* sem considerar a importância da análise sobre a rede de cuidados que o cerca. Isto é, é preciso evidenciar que tipos de fragilidades compõem essa

articulação, os movimentos que o usuário faz no território, que o serviço precisa acompanhar, e os problemas na vida de familiares mais próximos. Essa análise precisa ter origem entre aqueles que cuidam de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas ou são afetados diariamente por eles, pois, como atores sociais fundamentais, também são capazes de opinar sobre a temática, tecer novas estratégias de cuidado e proporcionar novos mecanismos de gestão que incluam a diversidade de olhares que envolvem a questão.

Diante disso, este artigo tem por objetivo analisar a articulação da rede para o cuidado ao usuário de *crack*. Entende-se que esta análise pode permitir a compreensão mais ampliada sobre o papel dos serviços de saúde mental no cuidado ao usuário, refletindo sobre potencialidades, fragilidades e problematizando a constituição das políticas públicas voltadas para o cuidado no território.

## Método

Trata-se de um recorte da pesquisa “Avaliação Qualitativa da Rede de Serviços em Saúde Mental para Atendimento a Usuários de *Crack* (ViaREDE)”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Ministério da Saúde. Possui natureza avaliativa, com enfoque qualitativo, do tipo estudo de caso. Foi desenvolvida em um município da região metropolitana do estado do Rio Grande do Sul. Baseou-se na utilização da Avaliação de Quarta Geração como referencial teórico-metodológico<sup>(9)</sup>.

A Avaliação de Quarta Geração propõe uma avaliação construtivista responsiva. O termo responsivo é utilizado para designar um caminho diferente de focalizar a avaliação, delimitado por um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse. O termo construtivista, também chamado de interpretativo ou hermenêutico, é um modo responsivo de focar e um modo construtivista de fazer<sup>(9)</sup>.

Os sujeitos do estudo foram os 8 trabalhadores do CAPS AD, 10 usuários do serviço, 11

familiares de usuários e 7 gestores do sistema. O critério de inclusão dos profissionais e dos gestores foi trabalharem no CAPS AD e na gestão de saúde mental do município há pelo menos 6 meses.

Os critérios de inclusão dos usuários foram o de frequentarem o CAPS AD ou de já terem frequentado outro serviço da rede de saúde mental em função do uso de *crack*; estarem com boas condições de comunicação e se dispusessem voluntariamente a participar da pesquisa; e não estarem sob condições clínicas que prejudicassem sua entrevista. Quanto aos familiares, os critérios foram acompanhar ou ter acompanhado algum parente usuário de *crack* em atendimento no CAPS AD e em outro ponto da rede de serviços de saúde mental.

Os integrantes da equipe foram identificados com a inicial “E”, os gestores, com a inicial “G”, os usuários, com a inicial “U”, e os familiares, com a inicial “F”, seguida do número indicativo da ordem em que foram entrevistados. Exemplo: E3, F4, U2, G5.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2013, mediante observações de campo e entrevistas. As observações de campo totalizaram 189 horas, sendo registradas em um diário de campo. Com relação às entrevistas, ao todo foram realizadas 36, com a aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético. Esse dispositivo é chamado de hermenêutico porque é interpretativo, e de dialético porque representa a comparação e o contraste das visões, para a realização de um alto nível de síntese<sup>(9-10)</sup>. O método utilizado exigiu que a análise e a coleta de dados fossem processos paralelos, um direcionando o outro, baseado no Método Comparativo Constante<sup>(9-10)</sup>.

Após a coleta de dados e a organização das construções de cada grupo, realizou-se a etapa da negociação. Foram reunidos os entrevistados, sendo apresentado o resultado provisório da análise dos dados, para que pudessem ter acesso à totalidade das informações e a oportunidade de modificá-las ou de afirmar a sua credibilidade<sup>(9)</sup>.

A negociação possibilitou aos pesquisadores procederem à etapa final de análise dos dados. Nela, as questões surgidas foram reagrupadas,

permitindo a construção de categorias temáticas. Os resultados deste estudo foram organizados com base na temática “articulação da rede”, na qual convergiram questões relacionadas à fragmentação da proposta de cuidado na rede, a invisibilidade e a falta de estrutura da rede para o cuidado ao usuário de *crack*.

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

## Resultados e Discussão

Como destacado, vem-se investindo fortemente em um diálogo que diminua as barreiras impostas ao usuário e amplie o potencial dos serviços no cuidado e em sua articulação. Nesse caso, entende-se que é preciso olhar para aquilo que os sujeitos constroem no seu cotidiano, para aquilo que vivem enquanto problemática ou instrumentos de trabalho nesse processo.

Quando se pensa em uma rede de saúde ampliada e articulada, precisa-se considerar um dos principais paradigmas que a sustentam: a intersetorialidade. Envolvendo um conjunto de ações integradas por diferentes setores e dispositivos, a intersetorialidade considera como principal estratégia de cuidado aquilo que o sujeito necessita. E nos serviços de saúde mental que trabalham com a questão de álcool e outras drogas, a intersetorialidade parece urgente, dada a impossibilidade dos serviços responderem sozinhos às demandas e complexidades dos sujeitos, essas que vão desde o cuidado simultâneo ou complementar em outros serviços de saúde às questões sociais e de proteção<sup>(11-12)</sup>.

Apesar da concepção de que a intersetorialidade é necessária, ao discutirem a articulação da rede para o cuidado ao usuário de *crack*, os grupos de interesse apontaram que sua realidade ainda está centrada em uma rede fragmentada

e invisível. Isso quer dizer que, para eles, a articulação dos serviços de saúde e da rede interseccional para o cuidado ainda é pontual, com ações pautadas em parcelas de necessidades, não satisfazendo as demandas complexas que envolvem o tema:

*Acho que cada um cuida de uma parte. A assistência cuida da assistência, dá o rancho e a passagem, nem banho eles podem dar, porque não têm espaço físico pra eles. E a saúde mental cuida da saúde mental. Acho que é isso. Cada um, tu não te compromete com a pessoa né? (E3).*

*A assistência tem a lógica de que transtorno mental é um problema da saúde, não é um problema de assistência social [...] Os recursos de assistência, eles são fechados para pessoas com transtorno mental ou com a questão AD. Então, este é o embate [...] (E7).*

*Há uma fragilidade da rede de atenção ao usuário de substâncias [crack], que carecem de investimentos da gestão: assistência social, atenção básica, cultura e lazer, matriciamento, hospital geral, contexto socioeconômico, trabalho e geração de renda. (G1).*

*A articulação dos serviços da rede é pontual, sendo necessário que o colegiado de gestão em saúde mental possa promover a implementação do matriciamento e da educação permanente na rede. (G3).*

Nos depoimentos, nota-se a fragilidade na articulação entre os serviços de saúde com outros dispositivos da rede, como a assistência social e a atenção básica, fundamentais dentro dessa concepção de ampliação sobre o fenômeno do uso de drogas. A principal dificuldade encontrada por eles pode estar relacionada com o entendimento de que os problemas de saúde mental e relacionados ao uso de drogas devam ser resolvidos nos serviços especializados da área, e não em parceria com todos os atores dessa rede.

Já na avaliação dos gestores, que compreendem melhor a constituição e a formulação das políticas públicas, a falta de articulação da rede e a fragmentação do cuidado representam um problema de gestão e de monitoramento/avaliação do processo. Para evitar isso, sugerem a necessidade de parceria mais fortalecida na atenção básica, muitas vezes a porta de entrada no sistema. Além disso, mencionam a necessidade de uma relação mais consistente entre a assistência social e a saúde mental, já que grande parte dos usuários de drogas vive em situações sociais precárias e vulneráveis, como já discutido em outros estudos<sup>(13-15)</sup>. Esse arranjo

também passa por dispositivos e estratégias intermediárias, mas não menos importantes nessa tessitura de redes, como a Educação Permanente dos trabalhadores da rede, o matriciamento e os equipamentos sociais.

A fragmentação da rede seria o reflexo de um sistema de atenção à saúde voltado às condições agudas ou aglutinação de condições crônicas de saúde. Isto, em âmbito nacional e internacional, demonstra sistemas isolados, que não se comunicam com seus pontos de atenção, sendo incapazes de produzir uma atenção contínua de cuidado ao usuário. Suas características incluem a dificuldade de comunicação entre níveis de atenção (primário, secundário e terciário), foco em condições agudas de tratamento, como pronto-atendimentos e serviços especializados, passividade do usuário e intervenções baseadas no curativismo<sup>(16)</sup>. Essa visão parcelada da saúde, com o estabelecimento de prioridades que tenham o foco curativo no processo, impede que o campo possa se articular e ampliar o cartel de práticas com outros serviços e recursos, de maneira interssetorial.

Outra questão dentro da análise da articulação da rede é a (falta de) parceria com o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Para U7, o INSS é o responsável pela concessão de benefícios sociais e o CAPS precisa estar articulado a isso, conduzindo o processo:

*Eles poderiam interferir junto ao INSS, porque o cara está fazendo tratamento. Tem um cara que fez quatro perícias e foi negado. Tenho 18 anos de contribuição, tem louco que tem 24, 30 de contribuição, tu chega ali e é tratado como bicho. Se tu já contribuiu com a união todos esses anos, tu devia ser olhado. Eles ficam enrolando, como é que tu vai ter um sustento para tua família, para ti mesmo. Tu vai no INSS são 4, 5 perícias, daí tem que contratar advogado [...] Então, a gente vai e é enganado, isso é uma enganação da União [...] Se tu está fazendo tratamento junto com a prefeitura, o CAPS é da prefeitura, como eles veem o laudo do médico e recusam? (U7).*

A falta de articulação entre os serviços de saúde com outros dispositivos da rede, como a assistência social e a atenção básica é uma das grandes fragilidades da rede local. No depoimento dos profissionais do CAPS AD, os elementos mais discutidos são a falta de elo entre a saúde mental e outros serviços da rede, que pode estar relacionada com o entendimento,

pelos profissionais da rede, de que os problemas de saúde mental e relacionados ao uso de drogas devam ser resolvidos nos serviços de saúde mental. Ao encontro disso, alguns gestores reforçam a necessidade da intersetorialidade e recursos como educação, moradia e família o que, segundo eles, potencializaria o cuidado para fora, em articulação com a realidade mais próxima do usuário, como se pode constatar nas falas a seguir:

*É necessário ampliar o acesso, para além da estrutura e do corpo técnico. (G1).*

*Um importante fator de fortalecimento da rede de atenção ao usuário de crack é o envolvimento da família, sendo o CAPS um espaço privilegiado de trabalho tanto com o usuário quanto com a família. (G2).*

Na opinião dos trabalhadores, parece haver uma dificuldade de compreensão entre os profissionais da rede sobre a importância de trabalhar em conjunto em prol da integralidade do usuário, evitando as fragmentações. Como demonstrou E3, quando afirma que a assistência social deve cuidar dos problemas sociais e a saúde, dos problemas de saúde, parece haver um sentimento de que essa rede ainda atua por parcelas e não por inteiro. Sendo o cuidado parcelado, o usuário também corre o risco de ser visto de maneira parcelada.

O desenvolvimento de ações compartilhadas, voltadas para a interação da equipe e a criação de espaços estratégicos, para que ocorra essa interação, despontam como uma necessidade dentro do município. Ampliar ações de matriciamento, dispositivos de educação permanente e as relações interprofissionais podem ajudar no enfrentamento da fragmentação e permitir maior visibilidade dos serviços. Indo ao encontro do depoimento de G1, a seguir, sustenta-se que a parceria nesse cuidado compartilhado pode tornar a rede mais potente e sofisticada, reduzindo a concentração do cuidado em serviços específicos:

*A construção cotidiana de espaços de discussão no âmbito da gestão e na implementação do cuidado compartilhado são importantes estratégias para obter grandes resultados na atenção aos usuários, sobretudo na escuta das singularidades e na criatividade dos trabalhadores contextualizadas na conjuntura social. (G1).*

O trabalho conjunto entre equipes, por meio da comunicação, da discussão de casos, do compartilhamento do conhecimento e da responsabilidade, dentre outras estratégias, auxilia os profissionais a se sentirem mais seguros no desenvolvimento de suas ações e, consequentemente, os fortalecem para lidar melhor com situações complexas. Assim, nos serviços onde as equipes estabelecem uma relação de maior proximidade e mantêm melhor contato entre si, o cuidado em saúde mental torna-se menos problemático. Desta forma, compreende-se que uma rede de atenção integral depende das pessoas que atuam nos serviços, das conexões e dos vínculos que estabelecem entre si para atingir um objetivo comum<sup>(17)</sup>.

Encontros de saúde mental proporcionam momentos de discussão entre os profissionais de instituições de saúde distintas, sendo de grande importância para a interlocução entre ambos. Nesse sentido, esse momento de diálogo visa permitir conhecer a rede, promover a visibilidade entre os serviços e as pessoas que os compõem, discutir sua constituição e procurar estratégias para lidar com a realidade apresentada em relação à saúde no município<sup>(18)</sup>.

Assim, observa-se que gestores trazem a importância de ferramentas de discussão entre as equipes para a melhoria dos processos de trabalho. Em contrapartida, observa-se que profissionais vivenciam pouco esta realidade na prática, trazendo críticas sobre a necessidade de mais trocas de experiências e vivências entre os serviços:

*[...] acho que uma coisa simples assim, essas reuniões que a gente faz em rede, rede em saúde mental, cada reunião tem outro serviço junto pra gente começar a construir um diálogo. (E8).*

*Vem ao encontro daquela questão das pessoas não conhecerem os serviços né, da gente também não saber do fazer deles, né? Muito menos do nosso, né? De como encaminhar a pessoa. (E3).*

Nos depoimentos de E3 e E8 visualiza-se a necessidade de revitalizar e potencializar espaços conjuntos e compartilhados de atuação e intervenção em equipe, para evitar o desconhecimento e a fragmentação. No entanto, parece haver um entendimento entre os gestores

de que o trabalho em saúde mental é reconhecido por todos, mostrando um campo de excelência em práticas e saberes correspondentes a uma linha de cuidado conectada às políticas nacionais:

*O trabalho da saúde mental realizado tem sido reconhecido pelo município (promotorias pedem parecer à equipe de profissionais dos CAPS para tomar decisões sobre temas da saúde mental) e por outros municípios e estado (no compartilhamento de experiências bem-sucedidas no campo da saúde mental – exemplo internação compulsória, atendimento à crise no CAPS). (G2).*

*O CAPS é reconhecido pela população. Já se sabe como funciona e para que serve, mas ainda há necessidade de avançar, principalmente na atenção à crise, à urgência, aos casos graves. (G5).*

*O serviço de saúde mental de Viamão é bem visível na cidade, pois as pessoas conhecem o serviço (CAPS AD). (G6).*

Essa avaliação dos gestores, de que os serviços são visíveis e reconhecidos, não é concorde com a avaliação de outros grupos de interesse, quando apontam não somente o arranjo, mas também a deficiência de estrutura, tanto em recursos humanos quanto materiais:

*[...] têm pessoas que não sabem que tem o CAPS. Têm pessoas que tá sabendo agora, por intermédio de alguns postos, que estão dando encaminhamento e aí que as pessoas vêm. (U2).*

*Era para ter um monte de coisas legais aqui, oficina de música, uma de computação, para entreter a pessoa. Isso está faltando aqui. (U5).*

*Tanta coisa. Acho que o atendimento todinho tem que melhorar. Botar mais médicos, botar mais, só que não sei como eu poderia te explicar. Muita coisa, porque, quando a gente precisa, a gente não tem. (F6).*

A falta de recursos materiais e humanos, a necessidade de capacitação de equipes e do investimento em infraestrutura é essencial para o avanço da Reforma Psiquiátrica e de estratégias de inclusão do usuário. Isto porque os recursos são utilizados na composição de grupos terapêuticos, oficinas e atendimentos que visam a melhoria da autoestima e a autonomia dos usuários<sup>(19)</sup>.

No que tange à articulação da rede, muitas vezes ela mostra-se despreparada para acolher, assistir, tratar e criar vínculos com as demandas de saúde mental. Atualmente um dos grandes entraves tem sido o usuário de drogas, em especial o *crack*, pois ele não costuma buscar

tratamento e comparecer aos serviços. Quando comparece, logo pode mudar de ideia, tendo várias dificuldades de se vincular às equipes<sup>(20)</sup>.

Se o usuário de *crack* possui um perfil diferenciado de usuário de saúde mental, onde há uma alternância constante entre desejos e vontades, os serviços devem propor uma nova forma de cuidar, responsável, comprometida e, mais do que nunca, compartilhada. O diálogo entre os serviços e os trabalhadores constitui a primeira medida importante para tornar visível a rede e desenvolver novas pactuações, para depois conhecer o usuário, suas necessidades e contradições.

A invisibilidade da rede local, somada à sua falta de estrutura, leva usuários e familiares a procurarem recursos fora do município, como os serviços de saúde da capital do Estado:

*Ela internou e ficou lá internada [Hospital Psiquiátrico da capital] 20 dias lá [...] ela ficou três vezes no [Hospital Psiquiátrico da capital]. (F8).*

*Daí fomos lá no [nome do Centro de Saúde]. Foi quando nós pegamos aquele médico, mas tinha tanta gente mal. Drogados. (F10).*

Constata-se que usuários e familiares relatam que a rede de serviços da capital do Estado oferece suporte no atendimento médico, na emergência e na internação dos usuários de drogas. Em contrapartida, o atendimento recebido é considerado ruim por alguns deles, pois a conduta dos profissionais é pautada no excesso de medicalização aos usuários e, ainda, há a morosidade no atendimento devido às filas de espera:

*Fui muito mal atendida. Saímos de lá [Hospital Psiquiátrico da capital] decepcionados [...] lá ele disse [...] aqui só entra pessoas que estão em surto [...] (F10).*

*Lá a única coisa que é ruim é a fila de espera, quando tu está realmente necessitando de uma internação, porque já não tenho mais o controle. É ruim porque tu fica naquela espera ali [...] (U2).*

*[No Hospital Psiquiátrico da capital] Eles me ajudaram, só que eles me davam remédio toda hora. (U3).*

Em outro estudo, essa realidade também é assinalada. Nesse caso, a organização dos serviços, mediante fichas e agendamentos para atendimento, impõe obstáculos no acesso aos serviços. Além disso, com essa atual configuração, é preciso chegar cedo às unidades de

saúde e enfrentar longas filas de espera, o que dificulta ainda mais o acesso dos usuários<sup>(21)</sup>.

Outra questão levantada diz respeito à medicalização. A despeito da ideia de que o Hospital Psiquiátrico parece fazer parte da política local em casos de crise, é possível perceber a natureza contraditória dos problemas de saúde apresentados pelos usuários e as soluções oferecidas pela gestão pública. A lógica do funcionamento do hospital psiquiátrico é essa; não vai mudar. O que precisa mudar é a orientação do atendimento à crise no contexto da reforma psiquiátrica, um dos entraves para uma genuína articulação da rede no momento de necessidade do usuário<sup>(22)</sup>.

Nesse sentido, a imprescindível reflexão sobre as ações em saúde mental, tendo em vista a articulação da rede intersetorial, é fundamental para a tessitura de espaços e cenários comprometidos com o cuidado integral ao usuário de *crack*. As estratégias já implementadas de parceria no município, assim como os desafios ainda a serem enfrentados, fazem parte da realidade complexa e dialética da atenção psicossocial no Brasil. Para cuidar em liberdade, é preciso problematizar a gestão das políticas públicas, o saber/fazer do trabalhador, assim como as relações que estabelecem com o contexto, com o cenário e com as redes de relações do usuário.

A despeito das estratégias inovadoras desenvolvidas pelo município, como o Fórum Inter-setorial, é preciso continuar investindo e repensando numa gestão do cuidado e do sistema que intercale todos os protagonistas nessa relação. Assim, poderemos avançar na constituição de políticas públicas e de linhas de cuidado em saúde mental capazes de compreender que não se faz saúde mental apenas nos serviços especializados da rede, mas principalmente no local onde vive o usuário, com suas escolhas, suas relações e seus desejos.

### Considerações Finais

Os resultados apontam muitos aspectos envolvendo a articulação da rede de saúde mental para usuários de *crack* no município estudado.

Os grupos de interesse avaliaram algumas limitações e fragilidades da rede, apontando a fragmentação do cuidado, a dificuldade de articulação entre dispositivos intersetoriais e de corresponsabilização pelo cuidado ao usuário de *crack*, ficando a cargo somente de serviços especializados, como o CAPS AD.

O estudo realizado permitiu concluir-se que há necessidade de mais espaços para comunicação e educação permanente das equipes, necessidade de infraestrutura dos serviços e de estratégias de cuidado que trabalhem o território do usuário de *crack*.

Como potencialidades no município, destacaram-se o Fórum Inter-setorial, espaço potente de trocas entre os diversos atores sociais no tema do *crack*. No entanto, ainda se percebe a necessidade de investir em políticas de educação permanente e matriciamento para melhorar e ampliar o cuidado compartilhado e corresponsável entre os dispositivos de cuidado.

### Fonte de financiamento:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital MCT/CNPq 041/2010) – “Pesquisa Sobre o Crack”.

### Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Leandro Barbosa de Pinho, Aline Basso da Silva, Débora Schlotfeldt Siniak, Laura Borges de Araújo e Branda Folador;

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Leandro Barbosa de Pinho, Aline Basso da Silva e Débora Schlotfeldt Siniak;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Leandro Barbosa de Pinho.

### Referências

1. Nobrega MPSS, Silva GBF, Sena ACR. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. Invest qualitativa saúde. 2016;2:41-9.

2. Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Guedes AC, Nunes CK, Demarco DA. Além da rede de saúde mental: entre desafios e potencialidades. *Rev Fund Care Online*. 2017 [citado 2017 mar 2];9(1):85-91. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4646/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4646/pdf_1)
3. 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: Ministério da Saúde; 2011. Diário Oficial da União. 2011 dez. 26; 97 Seção 1:230-1.
4. Aires S. Os anormais do século XXI: usuários de crack e políticas de segurança e saúde. *SOFIA versão eletrônica*. 2016 jan-jul [citado 2017 out 3];6(1):3-14. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/sofia/article/view/13956/9872>
5. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública*. 2011 dez;45(6):1-6.
6. Souza J. Crack e exclusão social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; Secretaria Nacional de Política sobre Drogas; 2016.
7. Gomes B, Adorno R. Tornar-se “nóia”: trajetória e sofrimento social nos “usos de crack” no centro de São Paulo. *Rev Etnográfica*. 2011;15(3):569-86.
8. Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2010. Diário Oficial da União. 2010 maio 21. Seção 1:43.
9. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Unicamp; 2011.
10. Wetzel C. Avaliação em saúde mental: a construção de um processo participativo [tese]. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo; 2005.
11. Silva GM, Zanini DC, Rabelo IVM, Pegoraro RF. Concepção sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. *Rev Psicol Saúde*. 2015;7(2):161-7.
12. Souza MM, Carvalho RN, Silva LR, Santos JR, Azevedo EB, Cavalcanti PB. Política nacional sobre drogas e saúde mental: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. *Cad bras saúde mental*. 2013 jan-jun;5(11):67-87.
13. Costa PH, Laport TJ, Mota DCB, Ronzani TM. A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. *Saúde debate*. 2013;37(especial):110-21.
14. Costa PHA, Belchior M, Cruvinel E, Paiva FS, Gomide HP, Souza ICW, et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. *Interface comun saúde educ*. 2015 abr-jun;19(53):395-404.
15. Carvalho LL, Monteiro LF, Magalhães JM, Castelo Branco FMF. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: o apoio matricial. *R Interd*. 2014 abr-jun;7(2):125-33.
16. Almeida AB, Aciole GG. Gestão em redes e Apoio Institucional: caminhos na tessitura de redes de saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde. *Rev Interface*. 2014;18(Supl 1):971-81.
17. Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):357-66.
18. Soares CA, Souza LB, Tabosa LS, Queiroz VV. A gestão do trabalho em saúde mental: desafios e possibilidades. *Cadernos ESP*. 2015 jan-jun;9(1):9-18.
19. Azevedo EB, Ferreira MOF. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. *Rev Ciênc Saúde*. 2012 jul-dez;5(2):60-70.
20. Ribeiro RIS. A dependência grave do álcool e do crack e o atendimento na rede pública de saúde mental. *MPMG Jurídico*. 2012 maio;23:67-70.
21. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 65-112.
22. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF, Tenório-Souza FM, Dias CCV. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicol estud*. 2013 abr-jun;18(2):269-79.

Recebido: 24 de maio de 2016

Aprovado: 24 de fevereiro de 2017