

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ELITIELE ORTIZ DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE EMPODERAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS**

**Porto Alegre
2019**

ELITIELE ORTIZ DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DE EMPODERAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

**Porto Alegre
2019**

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Elitiele Ortiz dos
AVALIAÇÃO DE EMPODERAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS /
Elitiele Ortiz dos Santos. -- 2019.
281 f.
Orientador: Leandro Barbosa de Pinho.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Saúde mental. 2. Usuários de drogas. 3.
Assistência Integral a Saúde. 4. Avaliação em Saúde.
I. Pinho, Leandro Barbosa de, orient. II. Título.

ELITIELE ORTIZ DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CUIDADO AO
USUÁRIO DE DROGAS.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Presidente da Banca – Orientador

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Membro da banca

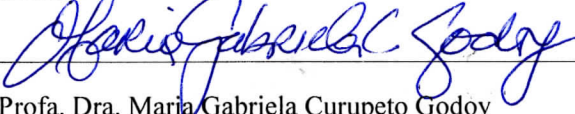
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Membro da banca

UFPEL



Profa. Dra. Maria Gabriela Curupeto Godoy

Membro da banca

PPGCOL/UFRGS

*Dedico a todos os trabalhadores da RAPS de São
Lourenço do Sul que me acolheram em suas tramas e
permitiram que eu tecesse a rede junto com eles.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por me dar coragem, força e proteção nos caminhos percorridos.

À minha mãe, por ser a melhor mãe do mundo. Pessoa que me possibilitou condições para estudar, apoio incondicional, amor e incentivo, mostrando-me que todos os sonhos podem ser conquistados com dedicação, honestidade e fé. És um exemplo pra mim.

Ao meu pai, *in memoriam*. Seu sonho era que eu pudesse estudar, agora certamente estaria orgulhoso.

À minha irmã e ao meu cunhado, grandes incentivadores para a busca do conhecimento. Com muito carinho e amor compreenderam meus momentos de ausência e deram forças para trilhar a vida acadêmica.

Ao Rafa, meu noivo e parceiro, por me encorajar e apoiar em todos os momentos, mantendo as “mãos dadas” em meio às dificuldades e compartilhando comigo grandes sonhos. Aprendi contigo que, a caminhada pode ser suave e que tudo na vida tem o seu tempo.

Um agradecimento especial ao meu orientador Prof. Leandro Barbosa de Pinho. Fostes um grande professor, parceiro e amigo, dedicando apoio e confiança. Agradeço por compartilhar seus conhecimentos, novas ideias e incentivo na pesquisa, compreendendo minhas limitações, angústias e guiando-me generosamente pela trajetória do doutorado.

Agradeço a banca da tese: Agnes Olschowsky, Maria Gabriela Godoy e Luciane Prado Kantorski, professoras inspiradoras na luta pela Reforma Psiquiátrica. Agradeço as valiosas contribuições para a construção deste estudo e pelo privilégio de tê-las nesse momento especial. Um agradecimento especial a Prof. Christine Wetzel, que participou da qualificação do projeto, compartilhando importantes ideias, questionamentos e motivações para a pesquisa.

Às grandes Mestres que acompanharam minha formação contribuindo para que eu encontrasse, por meio da saúde mental, desejos de construção de uma sociedade mais justa, democrática e afetiva: Luciane Prado Kantorski, Janaína Quinzen, Valéria Coimbra. Vocês foram muito importantes nesse processo, sempre as lembrarei com carinho.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental (GEPSM/UFRGS), pelo acolhimento, momentos de trocas, e construções que auxiliaram a amadurecer ideias do projeto. Agradeço ao Rafa, parceiro do grupo de pesquisa, que me auxiliou na transcrição dos dados, compartilhando também suas reflexões e experiências nos serviços de saúde mental.

À minha amiga Adri Eslabão. Unidas desde a graduação, compartilhamos conquistas, angústias, projetos e sonhos. Agradeço o incentivo, apoio e carinhosa disponibilidade para auxiliar na produção de dados desta pesquisa. Obrigado pela tua amizade tão dedicada e presente na minha vida.

Um agradecimento especial à minha amiga Cris Kenes, por ter sido uma grande companheira na coleta de dados em São Lourenço do Sul, que encheu de alegria esse período, dividindo comigo um momento lindo de sua vida- à espera da amada Cecília. Obrigada pelas conversas, reflexões, parceria de cafés, almoços, caminhadas pela praia, risadas, e cada momento que compartilhamos.

Aos amigos de longa data que mesmo distantes, estiveram afetivamente presentes: Camila Tuzi e Lisie Alende, amigas sinceras e confidentes. Obrigada e por torcerem por mim!

Agradeço aos colegas professores, funcionários e aos meus queridos alunos do Centro de Ensino Superior Riograndenses- CESURG/Sarandi, que compartilham comigo a arte de ensinar e aprender na docência.

Muito obrigado a todas as pessoas que fizeram parte, de diferentes maneiras da minha caminhada acadêmica e história de vida. Peço desculpas se por algum descuido esqueci de alguém.

Finalizo este estudo agradecendo imensamente ao município de São Lourenço o Sul, que abriu as portas da RAPS para o desenvolvimento desta pesquisa, dispostos a participar, trocar ideias, refletir sobre seus processos trabalho e contribuir para a construção de conhecimento em saúde mental. Um agradecimento especial aos gestores e a equipe do CAPSAD III Pérola da Lagoa, profissionais que me acolheram e auxiliaram a caminhar na rede, incluindo-me em suas tramas e conexões, proporcionando grande riqueza ao olhar que dedico ao cuidado ao usuário de drogas. A vocês toda a minha admiração!

RESUMO

SANTOS, Elitiele Ortiz dos. Avaliação de empoderamento da rede de atenção psicossocial no cuidado ao usuário de drogas. 2019. 281f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

Este estudo tem por objetivo avaliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ao usuário de drogas no município de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul. O estudo utilizou como referencial teórico-metodológico a Avaliação de Empoderamento, uma abordagem com foco na tomada de decisão democrática e participação dos grupos de interesse no processo, gestores, coordenadores e trabalhadores dos serviços da RAPS e da rede intersetorial. A produção de dados ocorreu em 2017, com o uso de técnicas de observação participante, entrevista semiestruturada, análise documental e fórum aberto. No fórum aberto, os grupos de interesse puderam manifestar suas discordâncias e concordâncias com o material empírico, elencando estratégias e interesses a serem pensados para o futuro da rede. A Avaliação de Empoderamento envolveu a necessidade de identificar a missão da rede, avaliar as práticas no contexto atual e discutir/problematizar propostas de planejamento para o futuro. A missão construída pelos grupos de interesse representou a busca por um cuidado integral, visando mudanças de práticas focadas no uso da substância e na doença para práticas de cuidado ampliadas, ancoradas em projetos biopsicossociais. Entre as estratégias que contribuem para o alcance da missão foram destacadas potencialidades e necessidades da rede. Destacaram-se, como potencialidades, a organização da rede como espaço de formação, a disponibilidade de diferentes serviços de cuidado, o apoio da gestão a propostas de atenção psicossocial e as facilidades de acesso aos serviços do município. Das necessidades do cuidado em rede, foram problematizadas as práticas de preconceito, estigma, as dificuldades de articulação do cuidado em saúde mental na atenção básica, as fragilidades do cuidado em saúde mental na zona rural. No planejamento para o futuro, priorizaram-se ações com foco na melhoria do cuidado em saúde mental na zona rural, identificado como ponto frágil da RAPS. Os grupos de interesse propuseram um cronograma de matriciamento e avaliaram a necessidade de qualificar a informatização da rede de saúde mental, investindo no uso de recursos tecnológicos — telefone e internet — para aproximar o campo da cidade. A condução do processo participativo proporcionou movimentos na rede, incentivando momentos de reflexão, educação permanente, compreensão das potencialidades e dificuldades do trabalho e, principalmente, a apropriação do contexto assistencial para subsidiar melhorias centradas no cuidado integral na atenção psicossocial.

Palavras-chave: Saúde mental. Usuários de drogas. Assistência Integral a Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

SANTOS, Elitiele Ortiz dos. Empowerment evaluation of the psychosocial care network in the drug user care. 2019. 281f. Thesis (PhD Nursing). Postgraduate Program in Nursig, Nursing College, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

This study aims to evaluate the Network of Psychosocial Attention (RAPS) to the drug user in the municipality of São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul. The study used as a theoretical-methodological reference the Empowerment Evaluation, an approach focused on democratic decision-making and participation of stakeholders in the process, managers, coordinators and workers of RAPS services and the intersectoral network. The data production occurred in 2017, using participant observation techniques, semi-structured interview, documentary analysis and open forum. In the open forum, stakeholders could express their disagreements and agreements with the empirical material, listing strategies and interests to be considered in the future of the network. The Empowerment Evaluation involved the need to identify the network's mission, assess practices in the current context, and discuss/problematic future planning proposals. The mission built by the interest groups represented the search for integral care, aiming to changes in practice focused on the use of the substance and disease for extended care practices, anchored in biopsychosocial projects. Among the strategies that contribute to the achievement of the mission were highlighted potentialities and needs of the network. It was highlighted as potentialities the organization of the network as training space, the availability of different care services, management support to proposals for psychosocial care and access facilities between the services of the municipality. From the needs of networked care, were problematized the practices of preconception and stigma, the difficulties of articulating mental health care in basic care, the fragilities of mental health care in rural areas. In the planning for the future, priority was given to actions focused on improving mental health care in rural areas, identified as a fragile RAPS point. Interest groups proposed a matriciamento schedule and evaluated the need to qualify the computerization of the mental health network by investing in the use of technological resources - telephone and internet - to bring the countryside closer to the city. The conduction of the participatory process has provided movements in the network, encouraging moments of reflection, permanent education, understanding of the potentialities and difficulties of work and, mainly, appropriation of the assistance context to subsidize improvements focused on comprehensive care in psychosocial care.

Keywords: Mental health. Drug users. Comprehensive Health Care. Health Assessment.

RESUMEN

SANTOS, Elitiele Ortiz dos. Evaluación de Empoderamiento de la red de atención psicosocial en el cuidado al usuario de drogas. 2019. 281f. Tesis (Doctorado em Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Federal del Rio Grande del Sur, Porto Alegre, 2019.

Este estudio tiene por objetivo evaluar la Red de Atención Psicosocial (RAPS) al usuario de drogas en el municipio de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul. El estudio utilizó como referencial teórico-metodológico la Evaluación de Empoderamiento, un abordaje con foco en la toma de decisión democrática y participación de los grupos de interés en el proceso, gestores, coordinadores y trabajadores de los servicios de la RAPS y de la red intersectorial. La producción de datos ocurrió en 2017, con el uso de técnicas de observación participante, entrevista semiestructurada, análisis documental y foro abierto. En el foro abierto, espacio de negociación y priorización de las informaciones de la evaluación, los grupos de interés pudieron manifestar sus discordancias y concordancias con el material empírico, planteando estrategias e intereses a ser pensadas para el futuro de la red. La Evaluación de Empoderamiento discurre sobre la necesidad de identificar la misión de la red, evaluar las prácticas en el contexto actual y discutir / problematizar propuestas de planificación para el futuro. La misión construida por los grupos de interés representó la búsqueda por un cuidado integral, buscando cambios de prácticas enfocadas en el uso de la sustancia y en la enfermedad para prácticas de cuidado ampliadas, ancladas en proyectos biopsicosociales. Entre las estrategias que contribuyen al alcance de la misión se destacaron potencialidades y necesidades de la red. Se destacó como potencialidades la organización de la red como espacio de formación, la disponibilidad de diferentes servicios de cuidado, el apoyo de la gestión a propuestas de atención psicosocial y las facilidades de acceso entre los servicios del municipio. De las necesidades del cuidado en red, fueron problematizadas las prácticas de prejuicio y estigma, las dificultades de la articulación del cuidado en salud mental en la atención básica, las fragilidades del cuidado en salud mental en la zona rural. En la planificación para el futuro, se priorizaron acciones con foco en la mejora del cuidado en salud mental en la zona rural, identificado con punto frágil de la RAPS. Los grupos de interés propusieron un cronograma de matriciación y evaluaron la necesidad de calificar la informatización de la red de salud mental, invirtiendo en el uso de recursos tecnológicos - teléfono e internet - para aproximar el campo de la ciudad. La conducción del proceso participativo proporcionó movimientos en la red, incentivando momentos de reflexión, educación permanente, comprensión de las potencialidades y dificultades del trabajo y, principalmente, apropiación del contexto asistencial para subsidiar mejoras que se centren en el cuidado integral en la atención psicosocial.

Palabras clave: Salud mental. Usuarios de drogas. Asistencia Integral a la Salud. Evaluación en Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre drogas
CRAS	Centro de Referência de Assistência social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PNAD	Política Nacional Antidrogas
RD	Redução de danos
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SINE	Sistema Nacional de Emprego
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE FIGURA

Figura 1 -	Esquema de estruturação da RAPS.....	55
Figura 2 -	Triangulação de métodos.....	93
Figura 3 -	Município de São Lourenço do Sul.....	99
Figura 4 -	Pérola da Lagoa	100
Figura 5 -	Folder redução de danos.....	116
Figura 6 -	Número de pessoas cadastradas nas Unidades de Saúde da Zona Rural e Zona urbana de São Lourenço do Sul.....	120
Figura 7 -	Etapas da pesquisa.....	130
Figura 8 -	CAPS AD III Pérola da Lagoa.....	135
Figura 9 -	Folder Samu Mental.....	146
Figura 10	Organização dos passos realizados no Fórum Aberto.....	161
Figura 11-	Síntese do processo de construção da missão.....	180
Figura 12 -	Potencialidades e necessidades no trabalho em Rede.....	181
Figura 13 -	Síntese das informações negociadas e priorizadas no fórum aberto.....	243
Figura 14 -	Apresentação sobre a pesquisa no CAPS AD III.....	246

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Configuração atual da Rede de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul/ Rio Grande do Sul 2017.....	119
Quadro 2 - Objetivos gerais, objetivos específicos e atividades desenvolvidas no CAPS AD III Pérola da Lagoa.....	123
Quadro 3 - Quantitativo de atendimentos e tipos de atividades do CAPS AD III.....	124
Quadro 4 - Missão da RAPS no município de São Lourenço do Sul a partir das informações advindas da entrevista semiestruturadas.....	177
Quadro 5 - Conhecimento da Situação Atual.....	239

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	22
3.1 Um olhar para o cuidado ao usuário de drogas: do isolamento a atenção psicossocial	22
3.2 Especificidades dos caminhos percorridos para a construção da política de cuidado aos usuários de drogas no mundo e no Brasil.....	32
3.3 Construção das políticas públicas aos usuários de drogas no Brasil	37
3.4 Cuidado em rede na atenção aos usuários de drogas	50
4 ABORDAGEM TEÓRICA METODOLÓGICA	65
4.1 Fundamentos da pesquisa-ação	65
4.2 Avaliação no contexto da Saúde e da Saúde Mental	71
4.2.1 Considerações epistemológicas da Avaliação	73
4.3 Avaliação de Empoderamento.....	83
4.3.1 Princípios da Avaliação de Empoderamento.....	86
4.4 Características do estudo	91
4.5 Campo de estudo	92
4.6 Participantes do estudo	92
4.7 Produção de dados	93
4.8 Análise dos dados	95
4.9 Considerações éticas.....	96
5 SITUANDO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL: CENÁRIO, ATORES E HISTÓRIAS.....	98
5.1 A Rede de Atenção Psicossocial: narrativas históricas do cuidado em saúde mental no município	103
5.2 A Rede de Atenção Psicossocial no cenário atual: panorama, configuração e atores constituintes	119
6 ENTRADA EM CAMPO: NARRATIVAS DE NEGOCIAÇÕES	129
6.1 Tratativas com a gestão	131
6.2 Envolvimento com os serviços (articulações)	134
6.4 Negociação e priorização.....	159

7 CONSTRUÇÃO DA MISSÃO	163
7.1 Missão.....	163
8 CONHECENDO A SITUAÇÃO ATUAL – AVALIANDO A RAPS	181
8.1 Potencialidades do trabalho: aspectos que facilitam o trabalho em rede	182
8.1.1 A formação em Residência na RAPS: “quando tu tens uma pessoa pra te cutucar, tu acaba te policiando mais e observando mais as demandas”	182
8.1.2 Estrutura de diferentes serviços na RAPS: “tu consegue dispor para o usuário um leque bem grande”	186
8.1.3 Apoio da gestão: “Foi muito tempo de investimento e hoje a gente está colhendo”	189
8.1.4 Acesso entre serviços	194
8.2 Necessidades do trabalho: aspectos que dificultam o trabalho em rede.....	199
8.2.1 Preconceito e estigma relacionado ao usuário de drogas	199
8.2.3 Cuidado em saúde mental na atenção básica.....	206
8.2.4 Cuidado em saúde mental na zona rural.....	214
9 PLANEJAMENTO PARA O FUTURO - CONTRIBUIÇÕES PARA MELHORIA DA RAPS	241
10 CONSIDERAÇÕES DOS ATORES SOBRE A PESQUISA	246
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	248
REFERÊNCIAS	255
APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	270
APÊNDICE II- ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO	273
APÊNDICE III- ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..	274
ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	275
ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL ...	276

APRESENTAÇÃO

O presente estudo tem como tema a Rede de Atenção Psicossocial ao usuário de drogas do município de São Lourenço do Sul. A escolha dessa temática, sua proposta metodológica e o cenário do estudo foram pensados a partir de uma trajetória acadêmica vinculada ao campo da saúde mental e em defesa dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Para chegar até aqui muitas redes foram tecidas, agregando conhecimento, vivências e inquietações sobre as formas de construção do cuidado na atenção psicossocial. Esse caminho teve início em 2009, quando ingressei na graduação em Enfermagem em meio à oportunidade de estágios curriculares em serviços comunitários de saúde mental e projetos de extensão universitária. Nos estágios curriculares, o encontro com os usuários no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi marcante, principalmente com os egressos do hospital psiquiátrico, pessoas com histórias tristes de práticas repressivas e violentas vivenciadas durante longas internações no hospital psiquiátrico.

O hospital psiquiátrico seria um das “instituição total”, um lugar onde um grupo de internados perdem a possibilidade de escolher ou modificar o cotidiano da instituição por estarem submetidas ao controle, julgamento e planos dos profissionais, ou seja, um lugar que totaliza/institucionaliza a vida das pessoas, tornando-as dóceis e submissas às regras, aos jogos de poder da instituição, impedindo-as de estabelecer trocas sociais (GOFFMAN, 1996). É nesse escopo de várias discussões e debates contemporâneos sobre o papel do hospital psiquiátrico, como espaço antiterapêutico, que defendo a proposta deste estudo, de um cuidado em rede em serviços comunitários.

A proposta de cuidado em serviços comunitários se mostrava uma nova possibilidade de vida para muitas daquelas pessoas que começavam a reassumir seus espaços na sociedade, seus direitos de ir e vir, direito de escolha e o exercício de relações mais democráticas com os profissionais. A participação nas atividades do CAPS também me possibilitou uma aproximação maior com a equipe e a família, demonstrando o quanto era necessária a qualificação para trabalhar na área, saber usar as tecnologias relacionais de cuidado humanizado e estratégias de trabalho coletivo para a construção do vínculo e respostas mais efetivas às necessidades dos usuários e suas famílias.

Posso dizer que o CAPS surgiu com a proposta de ser o principal instrumento para implementar a política de saúde mental, funcionando mais do que um serviço: articulação de uma rede. De certa forma, representa a possibilidade da tessitura da trama de um cuidado que

não se faz apenas em um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui segmentos sociais e diversos serviços, distintos atores e cuidadores (YASUI, 2010). Nesse período de encontro com a saúde mental me inseri no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva da UFPel, que foi muito importante para compreender aquele novo universo de cuidado.

Também atribuo meu interesse pelo tema ao me inserir nas atividades de extensão universitária do “Projeto Educação em Saúde na Comunidade”. Essa experiência me aproximou de uma comunidade periférica e vulnerável na cidade de Pelotas/RS, na qual pude compreender melhor as diferentes necessidades sociais e de saúde que envolviam a comunidade: a falta de saneamento básico, de pavimentação nas ruas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de espaços de lazer, muitos casos de gravidez indesejada na adolescência, uso prejudicial de drogas e casos de suicídios. Aos poucos, e com muitas dificuldades materiais e pactuações que envolvem o trabalho no território, foi possível me inserir e desenvolver estratégias de promoção de saúde nas escolas, oficinas para um grupo de mulheres da comunidade, e articulação com a Unidade Básica de Saúde nas visitas domiciliares.

A extensão universitária foi uma experiência que contribuiu para compreender a saúde de forma ampliada e articulada aos recursos sociais. Também possibilitou o trabalho em conjunto com a comunidade na elaboração de estratégias que pudessem fazer sentido, atingindo de forma positiva algumas pessoas. Nessa ótica, compreendi a saúde em seu sentido mais abrangente, ou seja, vista como fruto das condições de vida e do lugar ocupado por cada sujeito (YASUI, 2010). Tais elementos, como parte do cuidado, reforçam a complexidade das questões que envolvem a saúde, evidenciando a necessidade de olhar para além do sujeito a sua queixa, ou mesmo a sua demanda inicial, mas também redirecionar o olhar para o seu entorno de vida, sua rede, e a forma como isso o afeta.

No final da Graduação desenvolvi um trabalho de Conclusão de Curso que teve como título: “A atenção Psicossocial e a Reconstrução do Sujeito (de direito)”. Nesse estudo demonstrei as contribuições do Serviço Residencial Terapêutico no processo de desinstitucionalização, ancorando em aspectos referentes à retomada dos direitos humanos e reconhecimento das subjetividades que a atenção psicossocial proporciona. A partir desse estudo pude ampliar a minha percepção sobre o cuidado em liberdade, entendendo que a construção dos serviços substitutivos e as novas práticas fortaleceram o processo da Reforma Psiquiátrica, comprovando possibilidades de desinstitucionalização quando há suporte no território, com o estímulo à cidadania e à inserção social (SANTOS, 2012).

Durante o meu processo formativo também tive a oportunidade de participar da pesquisa CAPSUL II¹ – “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná)”. Essa experiência me possibilitou conhecer o processo de trabalho de dois CAPS do Rio Grande do Sul. Eram serviços com diferentes modos de trabalho e diferentes dificuldades, mas ambos comprometidos com a atenção psicossocial.

A inserção no CAPSUL II também foi importante para o meu aprendizado no campo da pesquisa científica. Participei das diferentes etapas que compõem esse processo e me aproximei do referencial teórico e metodológico da Avaliação de Quarta Geração, o qual possui premissas importantes que me ajudaram a desenvolver esta pesquisa de doutorado. A Avaliação de Quarta Geração é uma abordagem qualitativa e participativa de avaliação de serviços, que leva em consideração as preocupações, reivindicações e questões dos grupos diretamente influenciados pelo objeto avaliado, naquele caso, o CAPS. Além disso, essa abordagem possibilitou a construção de espaços coletivos para negociação, discussão e construções conjuntas entre os atores envolvidos com processo avaliativo. Portanto, a riqueza dos resultados da pesquisa e a maior aproximação com esse referencial participativo da avaliação tornou possível a compreensão das necessidades dos CAPS estudados e também impulsionou mudanças nas práticas desses serviços.

Mais tarde, o contato com a pesquisa avaliativa continuou no mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPel. Nesse período me aproximei do trabalho do CAPS de Joinville, Santa Catarina, pois se mostrava um processo de trabalho diferente de outros serviços substitutivos, tanto pela organização da equipe em miniequipes interdisciplinares de referência quanto pelo planejamento e organização diária do trabalho no espaço da reunião de equipe. Esse modo de organização se apresentava como uma forma de trabalho mais coletiva, pois garantia espaços de encontro entre os profissionais, favorecendo que estes participassem e assumissem responsabilidades no cuidado. Se, de um lado, essa riqueza era inegável, de outro também se mostrava tensa e conflituosa, com o aparecimento de mecanismos de resistência, alguns posicionamentos que insistiam em defender interesses particulares, em detrimento das necessidades dos usuários e de combinações de equipe. Nessa linha, desenvolvi uma dissertação que teve como título “A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial”.

¹ Pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil, financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do edital 07/2005 MCT- CNPq em parceria com o Ministério da Saúde.

Nessa dissertação, concluí que a ampliação da comunicação entre a equipe nos espaços da reunião diária possibilitava, aos profissionais, mais segurança e conhecimento para desenvolverem o processo de trabalho e as articulações com o território. Foi possível acompanhar a construção conjunta do Plano Terapêutico Singular, articulado aos recursos da comunidade e também o processo de transferência de cuidado dos usuários do CAPS para o território, junto ao acompanhamento da Atenção Básica. O espaço de negociação com a equipe, possibilitado pelo Referencial Teórico Metodológico da Avaliação da Quarta Geração, foi importante para a equipe repensar suas práticas. Sem focar somente as limitações - conforme determinadas pelas avaliações tradicionais - o referencial teórico também possibilitou que a equipe “olhasse para o seu processo de trabalho”, identificando as potencialidades dessa atuação interdisciplinar, esclarecendo e discutindo também questões que surgiram no decorrer da pesquisa (SANTOS, 2014).

Portanto, a partir dessas experiências, do contato com os processos de trabalho mais coletivo e articulado com os recursos comunitários, e dos resultados advindos da proposta de uma avaliação participativa, tive interesse em continuar me dedicando a compreender a dinâmica de construção de um cuidado ampliado que integrasse diferentes saberes, pessoas e experiências dispostas a enfrentar o desafio de romper com uma lógica de trabalho fragmentada e a construir estratégias para dar suporte de cuidado no território. Por outro lado, muitas questões permaneceram no que tange às estratégias de articulação entre serviços e setores: de que forma outros serviços e setores poderiam ser incluídos, e como garantir a sua participação na construção do cuidado? Como contribuir para melhorias diante das dificuldades da equipe que apareceram no processo avaliativo? Como aperfeiçoar as potencialidades da equipe para melhorar questões de interesse do grupo?

Essas considerações me impulsionaram na escolha da temática, porém, agora direcionada para o cuidado ao usuário de drogas, pessoas em situação de grande vulnerabilidade social e de saúde, que precisam de políticas públicas e práticas de cuidado em rede direcionadas à construção de projetos de vida na comunidade e que busquem garantir a proteção, os direitos e a reinserção social.

Também, nesse período, a especulação em torno da questão do uso de drogas e da epidemia do crack assumiam grande evidência na mídia e na sociedade civil, disparando muita discussão em torno do dilema: população a ser combatida ou cuidada? Os investimentos nessa área marcavam uma reorganização nacional de atenção voltada para o uso de drogas, com decisiva centralidade para estratégias de trabalho em rede.

De acordo com a Política de Atenção Integral aos usuários de drogas:

[...] torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica [...] (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a rede de atenção aos usuários de drogas deve ser considerada sob a perspectiva do cuidado em liberdade e das articulações entre os serviços, setores e o território, garantindo que os usuários possam transitar de um dispositivo a outro de acordo com as suas necessidades, mas mantendo o acompanhamento pela rede em uma proposta mais ampla de reabilitação e reinserção social.

Mais recentemente, as ações governamentais na área de drogas no Brasil enfatizam a centralidade da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial - para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, regulamentada pela Portaria GM/MS 3088/2011. A RAPS fortalece a concepção de um cuidado continuado ao usuário e ampliado para a rede de equipamentos com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso dos usuários e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Mesmo com esse reconhecimento político, existem muitos vazios assistenciais em certas regiões do país, que, com exceção de alguns dispositivos de atenção primária, não contam com outro ponto da RAPS ou possuem estrutura condizente com o padrão mínimo em termos de cobertura. Identificam-se 200 regiões (45,16%) de saúde que não contam com acesso ao CAPS AD. Além disso, há outras regiões que apresentam uma baixa cobertura de leitos psicossociais (23,97%) em seus territórios, estando bem aquém do esperado, dada a necessidade de ampliação e aprofundamento do processo de desinstitucionalização e suporte à crise aos casos mais agudos (MACEDO et al., 2017).

Também há uma grande diferença entre o número de pessoas que precisam de tratamento para transtornos por uso de drogas e o número de pessoas que recebem efetivamente o cuidado nos serviços. Um dos fatores que interfere nesse aspecto — a dificuldade do acesso

ao tratamento adequado — é a insuficiente integração da rede na prestação de cuidados de saúde em geral (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

Nessa perspectiva, muitos estudos estão investindo na proposta de fortalecer um trabalho em rede na atenção aos usuários de drogas, reafirmando que uma rede bem articulada — com todos os âmbitos da saúde envolvidos, atenção primária, secundária e terciária, vinculada aos setores de caráter social, educacional, ocupacional, cultural — é imprescindível para a garantia de um cuidado mais resolutivo e integral. Tais estudos também reforçam que a ampliação da rede de serviços não é suficiente para a atenção integral à saúde dos usuários de drogas, pois há uma necessidade de avanços para o fortalecimento de ações em conjunto, sobretudo de ações intersetoriais articuladas com o território de vida dessas pessoas (PINHO et al., 2014; COUTO; DELGADO, 2010; SOUZA et al., 2013; DIMENSTEIN et al., 2012; PITTA, 2011).

Assim, o trabalho em rede requer investimento em uma rede diversificada, capaz de oferecer possibilidades de vida no próprio território, com apoio social e envolvimento de diversos dispositivos e serviços na promoção de ações que contemplem as reais necessidades dos usuários de drogas, visando à promoção de saúde e o cuidado (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015; PINHO et al., 2012; COUTO; DELGADO, 2010; SOUZA, 2013; DIMENSTEIN et al., 2012; PITTA, 2011).

A especificidade da rede de atenção a essa população se apresenta pela necessidade de o trabalho em rede partir de uma resignificação do uso, de uma esfera criminal para o âmbito do cuidado em saúde. Um cuidado que não é voltado para a cura de uma doença, ou a remissão de sintomas, mas para a pessoa, e, a partir disso, a construção de projetos de vida (SOUZA; ABRAHÃO; GULJOR, 2016).

Nesse sentido, cuidar “são práticas que longe de visar à cura, buscam antes administrar fenômenos da vida” (MARTINEZ, 2016, p.23). Assim, as redes de cuidado devem refletir as necessidades de vida dessas pessoas, colocando os profissionais diante das subjetividades e do contexto social, ou seja, uma rede flexível a diversos arranjos singulares e agregadora de vários saberes e fazeres (SOUZA; ABRAHÃO; GULJOR, 2016).

De modo geral, é possível observar que as redes são apontadas como resposta a uma pluralidade de problemas, sejam estes estruturais ou relacionais, referentes à concretização de projetos e políticas públicas. Contudo, ao mesmo tempo em que a rede é colocada como forma ideal de organização dos serviços e ações em álcool e drogas, inúmeros problemas surgem quando se considera a sua concretização (RONZANI et al., 2015).

É importante considerar que a gestão de redes para usuários de drogas teve sua implementação fortemente interpelada pelas orientações antidrogas, cujo paradigma proibicionista encara o uso de drogas como um problema de segurança pública e não como um assunto sanitário. A disputa entre a reivindicação de direitos e o acirramento das medidas punitivas para usuários de drogas ficou mais evidente na organização das redes, o que demonstrou uma polaridade ainda mais acentuada do que as demais: as mesmas redes que cuidam também cercam essa população, marcando a assunção de ambiguidade das ações públicas que marca esse problema na contemporaneidade (MARTINEZ, 2016).

Diante disso, é necessária maior compreensão sobre as redes de atenção aos usuários de drogas, seus pressupostos, obstáculos e potencialidades, a fim de compreender os fatores que influenciam as formas com que as políticas públicas reverberam na realidade social. Além disso, o aprofundamento da temática pode minimizar ideologizações sobre o trabalho em rede, no sentido de avançar para uma análise mais crítica dos modelos, das práticas e princípios que o norteiam, deixando de lado discursos retóricos que, muitas vezes, escondem aspectos importantes históricos, culturais e econômicos que interferem nas formas de organização do cuidado aos usuários de drogas (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Durante o ingresso no doutorado, o contato com a pesquisa “ViaREDE² – Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de crack”, foi o disparador para compreender a emergência para investigar essa temática. Os usuários, familiares, trabalhadores e gestores participantes da pesquisa demonstram que não é possível cuidar dos usuários de drogas sem considerar um trabalho em rede. E quanto maior a compreensão das necessidades dos sujeitos e suas interfaces com os diferentes setores, tem-se maiores condições de intervir no processo saúde/doença e operar um cuidado psicossocial (PINHO et al., 2014).

Na referida pesquisa, os desafios na construção de uma rede de cuidado se constituíam principalmente pela necessidade de mais espaços para a comunicação e educação permanente das equipes, maior diálogo entre os setores, necessidade de infraestrutura dos serviços e estratégias de cuidado que trabalhassem o território do usuário de drogas. Além disso, havia a necessidade de fortalecer o fórum intersetorial, espaço de troca entre os diversos atores sociais, a fim de que nesse espaço as equipes pudessem trabalhar questões relacionadas ao preconceito

² A pesquisa ViaREDE foi desenvolvida pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com a UFPel. Recebeu financiamento do edital CNPq nº 41/ 2010. O objetivo geral da pesquisa foi avaliar qualitativamente a rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack em Viamão/RS, a partir do CAPSAD. A coleta de dados aconteceu em 2013 e envolveu a participação de usuários, familiares, trabalhadores do CAPS e gestores inseridos na rede de saúde mental.

dos profissionais, atuação isolada dos setores e a lógica de trabalho repressiva e/ou excludente desenvolvida por alguns serviços - questões identificadas no estudo como as principais dificuldades do trabalho em rede (PINHO et al., 2014).

Nesse sentido, surgiram outros questionamentos: como utilizar o processo avaliativo como subsídio para modificação e melhoria de práticas no cuidado aos usuários de drogas? Como atrelar a avaliação à proposta de fortalecimento da RAPS e qualificação do cuidado na área da saúde mental? Assim, proponho-me, neste estudo, a repensar a avaliação, redirecionando o olhar para o uso do processo avaliativo na sua função formativa, enquanto dispositivo que possibilita reflexão, crítica e tomada de decisão, impulsionando transformações nos processos de trabalho para a qualificação das práticas de cuidado aos usuários de drogas.

Diante das considerações teóricas e motivações para a escolha temática, delimito o **objeto** deste estudo: *a avaliação da rede de atenção psicossocial no cuidado ao usuário de drogas*.

Dessa forma, entendo que é relevante avaliar a rede, considerando a perspectiva dos diferentes profissionais que nela estão inseridos, suas formas de conexão e relação, pois o funcionamento da rede não decorre apenas pela existência de uma diversidade dos pontos de atenção, mas sim pela relação que eles estabelecem entre si. Nesse sentido, defendo a tese de que a Rede de Atenção psicossocial ao usuário de drogas se constitui a partir das múltiplas relações entre serviços e pessoas, evidenciando não somente ações mais resolutivas e integrais, articuladas com as premissas reformadoras, mas também dificuldades e contradições, inerentes à complexidade do fenômeno do uso de drogas e dos arranjos em rede.

Nessa trama, a avaliação pode ser uma ferramenta que permite a compreensão sobre as conexões, práticas, potencialidades e dificuldades do trabalho em rede, podendo auxiliar a identificar as prioridades a serem investidas em nível local e no fortalecimento das práticas conectivas de cuidado na atenção psicossocial aos usuários de drogas.

Buscando situar o leitor e melhorar a apresentação das ideias, a tese está organizada em oito capítulos. No primeiro capítulo realizo a delimitação do objeto de estudo, desenvolvendo uma aproximação com conceitos teóricos e políticos sobre a construção da atenção psicossocial na atenção aos usuários de drogas. No segundo capítulo apresento a abordagem metodológica da pesquisa e o caminho metodológico percorrido.

Na sequência, no terceiro capítulo situo a rede de atenção psicossocial de São Lourenço do Sul, apresentando o cenário do município, a RAPS e seus pontos e a história de construção do cuidado em saúde mental. No quarto capítulo apresento o processo de entrada em campo, narrando as negociações realizadas com os gestores, a inserção nos serviços e

articulações da rede, e alguns casos acompanhados ao longo da produção de dados, para exemplificar o processo de familiarização e vinculação com o campo de pesquisa.

No quinto capítulo discorro sobre a construção da missão da RAPS, apresentando a avaliação dos diferentes atores sobre a missão e a priorização da missão da RAPS no Fórum Aberto. No sexto capítulo realizo a apresentação do conhecimento da situação atual, evidenciando pontos frágeis e pontos fortes (potencialidades do trabalho), e, posteriormente, os resultados do processo de negociação no Fórum Aberto, onde foi priorizada a principal necessidade de investimento.

No sétimo capítulo apresento o planejamento para o futuro, por meio de sugestões dos diferentes participantes, visando fortalecer as práticas consideradas frágeis. Posteriormente, destaco as estratégias negociadas no Fórum Aberto, visando ao planejamento de ações, considerando a principal necessidade de investimento identificada na etapa anterior.

No oitavo capítulo finalizo com as considerações dos atores sobre a avaliação, problematizando as percepções produzidas a partir da pesquisa. Encerro com a apresentação das considerações finais da pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a rede de atenção psicossocial ao usuário de drogas em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer o funcionamento da rede de atenção psicossocial ao usuário de drogas, analisando as potencialidades e limites do trabalho em rede.

Analisar os elementos que sustentam e/ou dificultam a atenção a saúde aos usuários de drogas na rede.

Identificar as ações prioritárias para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial ao usuário de drogas.

Desenvolver o planejamento para o futuro junto aos grupos de interesse vinculados à rede de atenção psicossocial aos usuários de drogas.

3 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A seguir serão contextualizados temas fundamentais para aproximação com a proposta desse estudo:

3.1 Um olhar para o cuidado ao usuário de drogas: do isolamento a atenção psicossocial

Os usuários de drogas, assim como as pessoas com transtorno psíquico sofreram ao longo da história as dificuldades de atenção, devido à ausência de uma política específica de cuidado. O isolamento social, pela prática de internação foi a forma clássica da sociedade lidar com a loucura e com o usuário de drogas. Ainda que se tratem de fenômenos distintos, são unidos pela mesma lógica do desajustamento social e da periculosidade, levando à exclusão aqueles considerados um risco para a segurança pública.

No imaginário social, tanto os loucos como os usuários de drogas foram considerados pessoas sem as qualificações necessárias para exercitar o contrato social, como confiabilidade, previsibilidade, pontualidade, e entre outros atributos que por mais de 200 anos regulam a vida nas sociedades ocidentais modernas e são condicionantes ao exercício da cidadania (OLIVEIRA, 2012).

Isaias Pessotti, em seu livro *A loucura e as Épocas*, analisou trechos de várias obras buscando determinar nas diferentes épocas a concepção teórica sobre a loucura, sua natureza e seu processo causal. O aparecimento da Loucura na sociedade estava ligado a aberração e bizarrice em textos como o de *Ilíada* de Homero, ou o *Trabalho e os dias* de Hesíodo. O conceito de *atê*, que significa o estado transitório de insensatez, era recorrente nos textos de Homero. Na obra de Homero, *Odisseia*, também é possível perceber a relação entre o vinho como algo demoníaco e ligado ao sobrenatural (PESSOTTI, 1995).

A história da Loucura também é apresentada por Michel Foucault (1999) em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*, que aborda a história das relações sociais e dos valores associados à loucura nas diferentes épocas, estabelecendo um marco para o entendimento da loucura como evento político, social e cultural. O autor menciona a grande internação no século XVII como um momento histórico em que houve a criação de várias casas de internamento, denominadas de Hospitais Gerais destinadas a receber todos aqueles que representavam uma ameaça a lei e à ordem social como era o caso dos pobres, desempregados, leprosos, prostitutas, ladrões, e os insanos.

Esses locais tinham como objetivo recolher, alojar, alimentar aqueles que eram encaminhados pela autoridade real ou judiciária, ou aqueles que se apresentavam de espontânea vontade. Esse espaço não se assemelhava a nenhuma ideia médica. Era uma instância de ordem de poder absoluto do rei e da burguesia, utilizada para ocultar a miséria e a desorganização social provocados pela crise econômica e evitar os inconvenientes políticos ou sociais da agitação dessa parcela da sociedade que se encontrava a margem da ordem monárquica e burguesa (FOUCAULT, 1999).

Dessa forma, a designação da loucura e a consequente exclusão da sociedade não esteve associada a uma ciência médica, mas a uma percepção do indivíduo como ser social produzido por instituições como a polícia, a justiça e a família, ou seja, a critérios que podem estar relacionados a transgressão das normas (FOUCAULT, 1999).

Por questões econômicas, no século XVIII começaram a surgir críticas ao internamento. Com o advento do capitalismo e fortalecimento da indústria, as pessoas começaram a ser analisadas por seu potencial de produção de riquezas. Com isso, o pobre, o vagabundo, ocioso, e o desempregado, que tinham sido excluídos pela internação, passam a ser reintroduzidos na produção da sociedade. Já os loucos não ocupavam essa categoria, por serem considerados pobres, doentes, não rompendo, portanto, o círculo do internamento. A loucura, então, passou a ocupar um novo espaço de reclusão, isolada e aberto para o conhecimento da medicina (FOUCAULT, 1999).

O nascimento dessa nova visão sobre o louco foi apropriado pelo discurso médico da alienação, tonando-se então doença mental, oscilando entre explicações psicológicas e somáticas. Essa ruptura marcou o início da Psiquiatria Moderna, com a constituição do saber e das práticas médicas de intervenção sobre a loucura (AMARANTE, 1996).

Nesse processo de transformação, destaca-se a contribuição do médico Philippe Pinel, que além de ser um dos fundadores da clínica médica também deu origem a psiquiatria (PESSOTTI, 1995). Pinel, ao libertar das correntes os alienados do hospital de Bicêtre, reuniu-os no mesmo espaço e isso possibilitou conhecer loucura, buscando na medicina um artefato para o tratamento de indivíduos cujo o comportamento se desviava dos padrões de conduta socialmente aceitos (PEREIRA, 2004).

Em seu *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* Pinel aborda a primeira inclusão especificamente médica sobre a loucura. A causa da loucura era a “imoralidade” entendida como excesso e desvio. Esse comportamento inadequado deveria ser corrigido através da mudança de costumes e hábitos (PESSOTTI, 1995).

A obra de Pinel teve por objetivo conhecer, classificar, separar e agrupar diferentes fenômenos em ordem aproximativa. Assim, Pinel introduziu a classificação nosológica³ para compreender as doenças mentais e inaugurando um esquema conceitual e operacional baseado no isolamento, na observação, na disciplina e na correção do comportamento do louco (LANCETTI; AMARANTE, 2012). Assim, a psiquiatria:

[...] surge, então, como uma maneira de justificar em termos médicos as tentativas de submetê-los ao poder disciplinar, viabilizando a inserção da criminalidade e de tudo o que possa a ela estar ligado - suas causas, os meios de curá-la e preveni-la - no domínio do psiquiátrico. Todo indisciplinável, e não só o louco, passa a ser considerado do ponto de vista da doença (PORTOCARRERO, 2003, p.39).

Nesse sentido, o consumo problemático de substâncias psicoativas também passou a ser considerado do ponto de vista da doença, cujo tratamento era correção em hospitais psiquiátricos e norteado pelo paradigma da abstinência. Nesse vazio assistencial, multiplicaram-se iniciativas de cunho religioso e de apoio mútuo entre os próprios usuários e famílias que encaravam a questão do uso e abuso de drogas a partir do enfoque biomédico, com práticas predominantemente medicamentosas e disciplinares (MASSANARO, 2013).

Historicamente, o manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas até hoje eles conservam essa função: dividir, separar e defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são. Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder [...], ele deve antes de tudo responder pela segurança da sociedade, que quer ser defendida do louco, e pela do próprio louco (BASAGLIA, 2005, p. 49).

O isolamento dos usuários de drogas em hospitais psiquiátricos foi embasado na ideia de que a punição seria uma medida eficaz e educativa. A internação representava uma estratégia de segurança ao indivíduo e a sociedade que produziu, além de concepções morais sobre o usuário, a discriminação e a repressão (NASCIMENTO, 2006).

O tratamento moral, proposto por Pinel como uma forma de curar a loucura, tinha como objetivo a tarefa de reeducar, no sentido de enquadrar a pessoa com um comportamento desviante dentro dos padrões éticos da sociedade burguesa (PESSOTI, 1995).

O tratamento moral estava alicerçado em três princípios: o isolamento, a ordem, e a relação de autoridade. O isolamento consistia em afastar o alienado do meio social, local onde estavam as causas da alienação, entendida como a perda parcial da razão. A separação dos

³ O termo nosografia (do grego: *nósos*, “doença” + *logos*, tratado, “razão explicativa”), é a parte da ciências da saúde que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo (FOUCAULT, 1997).

diferentes tipos de enfermidade favorecia o seu conhecimento. Por fim, dentro das concepções de loucura como a perda parcial da razão, a relação de autoridade pela ordem e a dominação deveriam introduzir mudanças no comportamento dos loucos para interiorizar uma vontade racional de retomada da razão (AMARANTE, 2003).

Esquirol, considerado um dos primeiros teóricos da corrente de Pinel, posteriormente apresentou justificativas que reforçaram a necessidade de internação, entre eles a segurança pessoal, libertação de influências externas, vitórias sobre resistências pessoais, submissão ao regime médicos e imposição de hábitos intelectuais e morais (AMARANTE, 2003).

Com o passar do tempo o tratamento moral foi sendo alvo de críticas por seu afastamento da racionalidade médica. Ao considerar a doença mental sob o prisma moral e social, fugia das concepções do saber médico hegemônico, a qual considerava a existência de doença se houvesse lesão (AMARANTE, 2003). Além disso, a sua execução exigia um esforço permanente e a observação caso a caso, o que não foi possível com o aumento significativo do número de internações. Com isso começou a se perceber que o tratamento moral não trazia soluções e não apresentava condições dignas de tratamento (DESVIAT, 2002).

Nesse contexto, o organicismo começou a ganhar a destaque com a teoria da degenerescência de Morel. Para Morel, a degeneração moral era o castigo “divino” imposto em função do pecado original devido a submissão do homem aos desejos da carne. A degeneração era transmitida hereditariamente ou adquirida precocemente devido ao alcoolismo, as intoxicações, doenças congênitas e as influências do meio social, como a falta de higiene, a miséria e entre outras condições. A degeneração era considerada incurável, e, uma vez instalada, a doença era transmitida até que a linhagem fosse extinta (DESVIAT, 2002).

Com essa ideia, Morel propõem a aplicação universal do tratamento moral buscando prevenir e não curar essa doença. A aplicação do tratamento moral buscava corrigir os desvios da degeneração e evitar o aparecimento de novas ordens degenerescências. Nesse contexto, a internação, tinha como objetivo evitar a contaminação da sociedade daquelas naturezas degeneradas, perigosas e perversas. Assim, fundamentou a psiquiatria ao lado de conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade, com várias consequências até os dias atuais (DESVIAT, 2002).

O contexto Pós-Segunda Guerra Mundial⁴ e a afirmação da Política dos Direitos Humanos⁵ contribuíram para a rediscussão do lugar do hospital psiquiátrico. Críticas ao asilo são reforçadas concomitantemente a uma série de discussões sobre a reformulação e substituição desse espaço, que na época foram comparados a campos de concentração, sem condições dignas de tratamento. Diante disso, sentia-se a necessidade de criar uma sociedade mais justa, igualitária e solidária, que pudesse conviver com as diferenças sociais, e com novas alternativas de tratamento que contemplasse os diferentes espaços, atores, discursos e conhecimentos (DESVIAT, 2002; BIRMAN; COSTA, 2002).

Nesse cenário, houve várias iniciativas de reforma, com destaque para dois grandes movimentos que marcaram a assistência psiquiátrica: o processo de crítica a estrutura asilar, envolvendo reformas restritas a esse espaço, proposto pelas Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e pela Psicoterapia Institucional (França), atingindo seu extremo com a instauração das terapias de famílias. E outro movimento, que visava a superação do modelo asilar, com a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) e a psiquiatria de Setor (França) (BIRMAN, COSTA, 1994).

Esses movimentos contribuíram para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, entretanto, foi a psiquiatria democrática italiana com a experiência de Franco Basaglia que desencadeou profundas transformações, em virtude de colocar em questão as instituições e o próprio saber médico-psiquiátrico. A Reforma Psiquiátrica Italiana se destaca como importante influência internacional, pois negou a instituição psiquiátrica e propôs alternativas de desinstitucionalização (AMARANTE, 2011).

A desinstitucionalização é um processo crítico-prático de transformação na relação da sociedade com a loucura, que inclui a desmontagem do manicômio, mas que de forma mais ampla reorienta os aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e relações de poder e controle que se estruturam em torno do paradigma psiquiátrico. “A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social” (ROTELLI, 2001, p. 30).

⁴ Após a segunda Guerra houve perda de grande parte da mão-de-obra ativa que sustentava a economia, o custo de vida nos centros europeus aumentou significativamente, assim como, a diminuição considerável da população provocada pela fome e frio. Só na França, registraram-se quarenta mil óbitos de doentes mentais internados, em virtude da má alimentação e dos maus cuidados (BIRMAN; COSTA, 2002).

⁵ A Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada em 1948 garantiu inúmeros direitos legais a todas as pessoas, a saber: igualdade perante a lei; garantia de direitos e capacidade de goza-los, sem qualquer distinção de espécie; direito à vida, à liberdade, à segurança pessoal, à liberdade de locomoção, à liberdade de opinião e expressão. Toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei; tem direito ao repouso e lazer; o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade. Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante (BRASIL, 1948).

Em Gorizia e posteriormente em Trieste⁶, na Itália, Franco Basaglia iniciou um processo de transformação radical do modelo assistencial psiquiátrico. Propôs cuidar das pessoas, considerar suas experiências e sofrimentos e colocar a doença entre parênteses. Com a doença entre parênteses, outras necessidades de vida são importantes, como as de trabalho, afetos, e relações, que o confinamento do manicômio não proporciona. Os hospitais psiquiátricos foram fechados e substituídos por uma diversidade de recursos assistenciais, políticos, culturais e sociais. O trabalho dos profissionais nessa lógica se amplia para uma atuação no território (BASAGLIA et al., 1991).

Assim, a psiquiatria democrática italiana agrega um caráter fortemente político às suas ideias, relacionado à ruptura do saber psiquiátrico tradicional, com questionamentos sobre o próprio conceito de doença mental e a desconstrução de uma ideologia excludente e opressora. Dessa forma, estabelece-se novas estratégias de inclusão da loucura no espaço social, fora dos muros do manicômio, buscando um processo prático de construção da loucura como algo próprio a natureza humana e dela pertencente (BASAGLIA, 1991). Por esses motivos, a experiência italiana tornou-se referência para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira foi fortalecido por movimentos sociais de trabalhadores organizados da saúde, da saúde mental, de usuários e de familiares. Posteriormente, foram incluídas nas agendas governamentais configurando-se desde os anos de 1980 como um campo inovador de novos serviços e novas experiências⁷ nos diferentes contextos políticos e econômicos do país (AMARANTE; TORRE, 2010).

Como fruto dessa ação coletiva, o Deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei nº 3657 de 1989 que previa a extinção progressiva do manicômio por outros recursos assistenciais. Com o projeto de lei, introduziu-se um novo personagem na história, o paciente enquanto sujeito político, usuários dos serviços de saúde mental. Essa importante proposta de mudança também foi conflituosa, pois se para alguns o projeto de lei significava a busca de humanização e melhora de atendimento, para outros, e principalmente para os familiares daqueles internados por longos períodos, significava incerteza quanto às formas de tratamento.

⁶ A experiência de Trieste desencadeou um processo de mudança em toda a Itália, e em 13 de maio de 1978 foi aprovada a Lei 180, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Basaglia. É a única Lei nacional que prevê a extinção do hospital psiquiátrico e determina que sejam construídos, no território, serviços e estratégias substitutivas ao modelo manicomial. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

⁷ O Estado de São Paulo foi o pioneiro nas experiências inovadoras de serviços substitutivos. Em março de 1987, na cidade de São Paulo, destaca-se a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luís da Rocha Cerqueira e, em setembro de 1989 houve primeira intervenção técnico-legal em um manicômio. Essa instituição era conhecida como “Casa dos Horrores” (Casa de Saúde Anchieta), devido ao tratamento desumano, isolamento em celas fortes, maus tratos e mortes. Foi desmontado e substituído por uma rede de serviços de acolhimento e assistência - os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), com funcionamento 24 horas, dando cobertura total a população (LUZIO; L’ABBATE, 2006).

Somente quando os serviços comunitários se tornaram mais presentes e consistentes no cenário da saúde pública que foram se agregando posições mais favoráveis à Reforma Psiquiátrica (DELGADO, 2011).

Após 12 anos de muitos debates e mudanças no projeto inicial⁸, foi promulgada a Lei 10.216 de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que orienta a atenção em Saúde Mental, Álcool e outras drogas, garantindo a proteção e os direitos da pessoa com transtorno psíquico, e a superação do modelo asilar.

Nesse sentido, redireciona-se o modelo de assistência em saúde mental privilegiando o tratamento em liberdade e valorizando o território como local de cuidado para progressiva reinserção social. Assim, teve início a implementação de um arcabouço normativo que trata da expansão da rede comunitária de saúde mental, disparado pela criação dos Centros de Atenção Psicossocial⁹ e dos Serviços Residenciais terapêuticos (SRT)¹⁰ (PITTA, 2011).

Para Yasui (2010, p.104) a Reforma Psiquiátrica trata de:

uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de novo paradigma científico, ético e político (YASUI, 2010, p.104).

Portanto, o processo de Reforma Psiquiátrica, além de uma crítica radical às formas de tratamento as pessoas em sofrimento psíquico, propôs uma questão permanente: a forma como nos relacionamos com o outro e com a diferença. E a partir disso, construir um novo paradigma de cuidado pautado no respeito, na ética e na liberdade.

Para Amarante (2010), quatro dimensões caracterizam o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira: a dimensão político-jurídica, a epistemológica, a técnico-assistencial, e a sociocultural. A dimensão Político-jurídica da Reforma Psiquiátrica surge no final da década

⁸O projeto original tinha três artigos que, sucintamente, determinavam: (1º) “a extinção progressiva dos manicômios”, expressão que ficou marcada na identidade da proposta, mas que era seguida de “sua substituição por serviços comunitários” de diversas modalidades; (2º) a implantação da rede comunitária de serviços, associados a diversas iniciativas de proteção dos direitos do paciente e promoção de sua integração social, e (3º) regulamentava a internação psiquiátrica involuntária. O debate legislativo que resultou no texto final que se tornou lei é, em si mesmo, muito significativo e revelador das tendências e concepções em jogo principalmente a de manutenção do modelo biomédico e hospitalocêntrico no cuidado em saúde mental (DELGADO, 2011).

⁹ A portaria 336 de 2002 institui os CAPS (de acordo com o porte e clientela: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi – infantojuvenil e CAPSad – álcool e drogas. Os Centros de Atenção Psicossocial se definem como equipamentos de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social. São serviços que possuem capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e de acordo com a determinação do gestor local (BRASIL, 2002a).

¹⁰ Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000).

de 1970¹¹, no interior do processo mais amplo de transformação social¹², impulsionado pela Reforma Sanitária e pelos movimentos sociais ligados à luta contra a ditadura militar. A processualidade histórica da Reforma demonstra como a construção de um novo aparato institucional em saúde mental depende da atuação e do jogo de forças de uma série de atores e movimentos sociais. Essa dimensão ressalta o que a Reforma Psiquiátrica tem de utopia, de campo de ação e de exercício da liberdade (AMARANTE, 2003).

A dimensão epistemológica implica uma radical ruptura em relação ao modelo psiquiátrico, questionando seus conceitos e suas práticas, para inventar um novo paradigma científico, ético e político. Para o autor, há uma transição paradigmática entre o "modo asilar" e o "modo psicossocial". O primeiro pressupõe um objeto simples e abstrato (a doença mental) e uma estratégia de intervenção centrada no isolamento/exclusão e no tratamento medicamentoso. Já o segundo, pressupõe um objeto complexo (a existência de sofrimento do sujeito) e uma estratégia de intervenção baseada na inclusão/solidariedade e na diversificação das ações de cuidado (AMARANTE, 2003).

A dimensão técnico-assistencial propõe uma nova *práxis*, uma nova organização dos serviços. A *práxis* da atenção psicossocial é norteadas pelas noções de cuidado, território, responsabilização, acolhimento, projeto terapêutico e intersetorialidade. Em meio à heterogeneidade teórica do campo da atenção psicossocial, esses conceitos operatórios possibilitam um certo diálogo entre os profissionais e consensos provisórios de certas condutas (AMARANTE, 2003).

A dimensão sociocultural se refere à percepção social do louco, às representações construídas socialmente em torno da loucura. Pretende-se não apenas fazer com que as pessoas sejam tolerantes com o louco, mas com que a sociedade possa mudar a sua relação com a diferença, aceitar o outro como diferente e, assim, construir outra forma de lidar com a loucura,

¹¹ O passo inicial foi no Rio de Janeiro com a crise de DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) do Ministério da saúde, responsável pela política de saúde mental. Aconteceu sob um cenário de várias denúncias e críticas das condições precárias de tratamento nos hospitais psiquiátricos, práticas de violência e agressão aos pacientes e trabalhadores e reivindicações trabalhistas. Após declarada greve por todos os funcionários do DINSAM seguida de inúmeras demissões, a crise refletiu nacionalmente mobilizando a opinião pública e várias entidades corporativas da área da saúde. Esse evento deu origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e teve forte inspiração da Antipsiquiatria e do pensamento de Franco Basaglia. Em 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (redirecionou os pressupostos do MTSM e serviu de marco na trajetória da desinstitucionalização), e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo (teve como lema "Por uma sociedade sem manicômios", indicando uma mudança de direcionamento das reivindicações, apontando necessidade de políticas mais amplas e estratégicas, no sentido de reconstruir as relações entre a sociedade e o louco). Nesse período também foi instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial, envolvendo a sociedade em defesa da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2011).

¹² Nesse sentido que o movimento da Reforma Psiquiátrica se caracterizou como uma militância, tanto em termos da politização da questão da loucura e de crítica às instituições psiquiátricas quanto da transformação social num sentido mais amplo (YASUI, 2010).

baseada nos valores da fraternidade e da solidariedade. A transformação do imaginário social ligado à loucura envolve dois aspectos: ações culturais e artísticas produzidas pelos atores do campo (usuários, familiares e técnicos) e de fora do campo (artistas, diretores de cinema e teatro). As produções levadas adiante por esses atores como blocos de carnaval, programas de rádio e TV, apresentações musicais, peças de teatro, filmes, entre outros, contribuem para mudar o lugar social do louco (YASUI, 2010).

Este conjunto de modificações alicerça um novo paradigma das práticas em saúde mental denominada de Atenção ou Modo Psicossocial. A Atenção Psicossocial é uma proposta ética e política, é um *ethos*. Trata-se de olhar para o sofrimento psíquico para além dos diagnósticos, mas resgatar a vida com seus percalços, paradoxos, impasses, e também como possibilidades, potências de laços e encontros, invenção de modos diferentes de ir em frente. Olhar para os diagnósticos afasta a vida concreta dos sujeitos, seus vínculos, seu lugar e seu tempo. Portanto, a potência da Atenção Psicossocial está na dimensão inventiva presente nas relações e nos encontros para produzir estratégias de cuidado e de produção de vida (SANTOS, YASUI, 2016). O Modo Psicossocial surge em oposição ao modo asilar em quatro parâmetros considerados essenciais:

- **Concepções do ‘objeto’, e dos ‘meios de trabalho’**, que dizem respeito às concepções de saúde-doença-cura e concepções dos meios e instrumentos de seu manuseio, incluindo o aparelho jurídico-institucional, multiprofissional e teórico-técnico, além do discurso ideológico. O modo psicossocial ressalta a determinação psíquica e sociocultural do sofrimento e retira de cena a determinação orgânica. Se atribui decisiva importância ao sujeito, investindo de maneira fundamental na sua mobilização como participante do tratamento com envolvimento da família e do grupo social. O sofrimento psíquico é reintegrado como partes da existência do sujeito, não sendo algo à parte dele e removível. Com isso, muda-se a visão de doença-cura para existência-sofrimento, compreendendo o tratamento do sujeito dentro de uma clínica ampliada e transdisciplinar com ênfase na sua reinserção social e recuperação da cidadania (COSTA-ROSA, 2000).

Diferentemente do modelo psicossocial, o modo asilar dá ênfase à determinação orgânica dos problemas, o indivíduo é visto como doente. A eficácia do tratamento está na química da medicação, existindo pouca ou nenhuma preocupação com o indivíduo ou com seus vínculos e sua participação no tratamento. A formação da equipe quando multiprofissional, apresenta um modelo de divisão do trabalho segue a lógica do modo capitalista de produção: cada especialidade cuidando de sua parte com pouca ou nenhuma relação entre si, o prontuário

é considerado o elo de comunicação e há uma hierarquização do saber no qual o médico é enfatizado (COSTA-ROSA, 2000).

- **Formas da organização do dispositivo institucional**, que diz respeito ao modo como se dão as relações intrainstitucionais, ou seja, à sua dimensão organogramática, que conjuga as diferentes possibilidades de metabolização do poder. No modo psicossocial busca-se uma horizontalidade nas relações entre os trabalhadores, e entre os trabalhadores e usuários. Há participação dos usuários e da comunidade nas decisões. Dessa forma, o serviço se torna um dispositivo de controle social no qual a sociedade/comunidade ganha voz e participa ativamente das propostas de intervenção (COSTA-ROSA, 2000).

O modelo asilar é marcado por organogramas piramidais/verticais no qual poucos determinam e a maioria obedece, e os espaços de participação são interditados aos usuários e população em geral. Portanto, participação, autogestão e interdisciplinaridade são metas no modo psicossocial, por oposição à estratificação e interdição institucionais, à heterogestão e à disciplina das especialidades que dominam no modo asilar (COSTA-ROSA, 2000).

- **Formas do relacionamento da instituição com a clientela**. No modo psicossocial a instituição deve superar seu caráter de *locus* depositário e funcionar como ponto de fala e de escuta da população, onde se entrecruzam as diferentes linhas de ação presentes no território. Propõe-se uma organização programática em forma de equipamentos integrais. Nestes a integralidade é considerada tanto em relação ao território, quanto em relação ao ato propriamente terapêutico. Interlocação, livre trânsito do usuário e da população, e Territorialização com Integralidade são metas radicais no modo psicossocial quanto à forma da relação da instituição com a clientela e a população, em oposição à imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis (primário, secundário e terciário) que caracterizam o modo asilar (COSTA-ROSA, 2000).

No modo asilar a instituição é vista pela clientela como depósito de seus problemas. Sua função é de retornar o indivíduo ao seu estado de "normalidade" para que possa ser devolvido à sociedade. Em caso de impossibilidade de tal ação, ela o mantém enclausurado à margem da sociedade produtiva. A comunicação entre loucos e sãos é distante, conseqüentemente o usuário se torna mudo e imóvel aos caprichos da instituição (COSTA-ROSA, 2000).

- **Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos**, que designa os fins políticos e socioculturais amplos para que concorrem os efeitos das práticas. Na perspectiva da atenção psicossocial ressalta-se uma ética que contribua com o reposicionamento do sujeito diante de sua existência-sofrimento, e não apenas tente eliminar seus sintomas. No modo asilar o doente era confinado, levado à cronificação pela doença e pela institucionalização quando os

sintomas apresentados não eram retirados pelo tratamento medicamentoso e/ou ele não conseguia se adaptar ao modelo de vida comum a maioria das pessoas (COSTA-ROSA, 2000).

Apesar de as dimensões aqui apresentadas retratarem muito mais a complexidade do cuidado em saúde mental, e os desafios que precisam ser superados, o cuidado na perspectiva da atenção psicossocial possibilita uma nova forma de cuidado, longe dos muros e das práticas aprisionantes do hospital psiquiátrico. A inclusão da loucura no espaço da sociedade resulta numa dimensão complexa, que envolve articulação de arranjos e amarrações de ordem política, jurídica e social que precisam ser constantemente repensadas, sem perder o fio condutor da luta pela liberdade, autonomia, cidadania, diminuição do estigma e do preconceito cultural que envolve a loucura.

Passados 30 anos do Movimento da Reforma Psiquiátrica e mais de 15 anos dos avanços políticos nessa área, muitos desafios ainda persistem, entre eles, um que se coloca como prioridade é o cuidado aos usuários de drogas. Uma área cujas especificidades não foram inicialmente objeto de intervenção da saúde mental e da Reforma psiquiátrica, e que, portanto, apresentam um caminho diferente na construção de políticas públicas. Portanto, no próximo tópico, serão apresentadas algumas especificidades que marcaram a construção da política de atenção aos usuários de drogas.

3.2 Especificidades dos caminhos percorridos para a construção da política de cuidado aos usuários de drogas no mundo e no Brasil

O uso de drogas/substâncias psicoativas¹³ não é recente e marca de forma histórica a sociedade, sendo utilizadas muitas vezes para suportar eventos extremos como fadiga e a fome, ou também como contato do ser humano com o sobrenatural em rituais e eventos religiosos, e mais tarde no século XIX como medicamentos promissores nos discursos das comunidades

¹³ A palavra 'droga' possivelmente deriva do termo holandês *droog*, que, entre os séculos XVI ao XVIII, significava produtos secos, servindo para designar um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina. Embora o termo também tenha sido utilizado na tinturaria ou como substância que poderia ser consumida por mero prazer (CARNEIRO, 2005). A legislação vigente considera como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência (BRASIL, 2006). Na perspectiva da Organização Mundial da Saúde utiliza-se o termo substâncias psicoativas. Consideradas aquelas que afetam o Sistema Nervoso Central, alteram o comportamento, humor e cognição. Em alguns casos, o consumo de substâncias psicoativas pode evoluir para a condição de toxicod dependência. Na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), a dependência de substâncias consiste na presença de um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo pela droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

científicas, despertando mais interesse público e trazendo as drogas com a perspectiva de prazer e recreação (ARAUJO; MOREIRA, 2006). Portanto de modo geral, pode se dizer que em diferentes épocas e grupos as drogas estiveram ligadas a um modo de uso ritualizado (religioso), terapêutico (medicinal), e/ou prazeroso (recreativo).

Há indícios de que ópio, teria sido provavelmente a primeira droga descoberta pela humanidade com menção entre 5000 e 6000 a.C na Ásia Menor, encontrando-se em seu alfabeto o que significa “planta da alegria”. Há pelo menos quadro mil anos, o ópio e a Cannabis começaram a ser utilizados na Índia e no Egito como medicamentos e em rituais religiosos, dali difundindo-se para o Mundo Helênico e o Oriente Médio. Dessa forma que o uso drogas, para fins medicinais, prosseguiu na Idade Média, muito utilizado para a supressão da dor (ESCOHOTADO, 1996).

Na América pré-colombiana, os astecas, maias e outras civilizações indígenas já utilizavam uma ampla variedade de plantas alcaloides para fins religiosos, cerimoniais e medicinais desde o ano 1000 d.C. A coca, com origem nos Andes, desempenhava um papel central nas tradições culturais das comunidades do Altiplano no Peru e na Bolívia, sendo que durante a dominação hispânica, o consumo da folha foi estimulado como forma de dar mais energia e compensar a má nutrição dos trabalhadores andinos. Ao longo do período colonial que o hábito da mastigação da coca expandiu-se entre os camponeses peruanos e bolivianos, começando aí a exploração da planta pela primeira vez (SILVA, 2013).

A identificação da propriedade das drogas juntamente às evoluções tecnológicas ampliou o seu consumo, e também levaram a transformações químicas de muitas substâncias. Tais fatores, associados a outras questões sociais e econômicas, inseridas de um processo de disputas políticas globais, trouxeram mudanças graduais nas formas da sociedade lidar com a questão das drogas (SILVA, 2013). Diferentemente do ritual dos tempos antigos, incorporou-se as substâncias psicoativas como um produto de consumo (ARAUJO; MOREIRA, 2006).

Sabe-se que as relações problemáticas com as drogas estiveram presentes em todas as épocas, no entanto, o fenômeno social problemático é característico da sociedade contemporânea, no qual a dinâmica de desenvolvimento das sociedades urbano-industriais capitalistas é baseada na racionalidade tecnocrática através dos quais os especialistas são os responsáveis por intervir sobre os aspectos da realidade. Situação que também ilustra o caráter político dos problemas sociais, pois, a partir das decisões dos especialistas, em ressaltar ou mascarar conflitos, é que se constitui a abordagem dessas questões (ROMANI, 1999).

Esse é o caso do uso de drogas, definido na década de 1980 pelas autoridades internacionais como um dos primeiros problemas mundiais, quando na verdade sua morbidade

e seus problemas negativos comparados a pobreza infraestrutural, persistência de formas de exploração humana mais brutais, as guerras e a violência política, acidentes de trabalho, e os acidentes de trânsito, situam que o problema relacionado ao uso de drogas é muito mais abaixo do ranking (ROMANI, 1999).

Portanto, essas questões apontam que apesar do uso de drogas ser bastante antigo, envolvendo ciência, cultura, e religião, se modifica ao longo da história a relação do indivíduo/sociedade com as substâncias psicoativas e o contexto social, político e econômico no qual se estabelece essa relação. Nesse sentido, o fenômeno das drogas é considerado também um fenômeno social, no qual o uso da substância capaz de alterar o comportamento e pensamento, tem intencionalidades diferentes em determinados momentos e contexto histórico cultural, afetando as pessoas de diferentes maneiras (MACRAE, 2001).

No contexto internacional as intervenções políticas envolvendo as substâncias psicoativas tiveram início no século XX, devido ao alto índice de consumo de ópio na época e as consequências desse consumo para a saúde. A partir da pressão do governo norte americano representantes de treze países se reuniram pela primeira vez em 1909 para discutir o problema das drogas na Comissão Internacional do Ópio em Xangai gerando recomendações para a supressão gradual do comércio do Ópio, constituindo com isso, o ponto de partida para o controle internacional das drogas (SILVA, 2013).

Até então, o ópio era comercializado, principalmente pelos ingleses, era comprado em geral na Índia e revendido aos chineses. A China, marcada pelos conflitos da Primeira Guerra do Ópio (1839-1842) e posteriormente da Segunda Guerra do Ópio (1856-1860), vivia uma situação de adição gravíssima, resultante da abertura dos seus portos aos carregamentos de ópio pela Marinha Britânica. Nesse cenário, as consequências danosas à saúde das pessoas começaram a ficar evidentes, sendo que aproximadamente um quarto da população chinesa masculina adulta era dependente do ópio, o que significou a maior problema de abuso de drogas já enfrentada por um país em toda a história (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Apesar do encontro em Xangai não ter surtido muito efeito, inaugurou um ponto de partida para o controle internacional das drogas. Após em 1912, foi realizada a Conferência de Haia caracterizando-se como primeiro tratado internacional de controle de drogas, regulamentando de forma incipiente a fabricação, comércio e uso da cocaína, ópio e seus derivados. Constituiu um marco para a construção do complexo arcabouço normativo internacional, fornecendo um modelo para legislações futuras com um tratamento repressivo e proibicionista à questão (SILVA, 2013).

Em resposta aos acordos que estavam se estabelecendo internacionalmente, várias propostas de governos e Leis na metade do século XX abordaram a temática de modo ainda incipiente. Eram propostas com caráter repressor em relação ao usuário, preconizando o tratamento obrigatório, a internação compulsória, e a interdição dos direitos (ALVES, 2009).

A ideia que prevalecia era de que a melhor maneira de controlar a produção e distribuição ilegal das drogas era acabar com a sua origem. Essa concepção era pautada na crença de que o cultivo e o tráfico ilegal eram a causa do abuso de drogas e também supunha uma separação conceitual entre oferta e demanda. Assim, o regime proibicionista internacional concentrou-se, portanto, no controle e regulamentação dos cultivos, produção e distribuição legais de drogas (restringindo-os a fins médicos e científicos) e na eliminação dos cultivos, produção e distribuição ilegais, deixando de lado às questões do consumo e do abuso (SILVA, 2013).

No final dos anos trinta existia um arcabouço legal internacional substantivo controlando o comércio de drogas, mas que envolvia um determinado grupo de países, a maioria dos quais com interesses comerciais envolvidos e com lucros com a produção ou com os impostos sobre as substâncias ingressadas em seu território (SILVA, 2013).

O proibicionismo ganhou força com a fundação da Organização das Nações Unidas em 1945. A repressão ao tráfico foi potencializada e difundida como estratégia principal para lidar com a problemática das drogas, tendo como organizador e líder os Estados Unidos. Para isso em 1946, a ONU criou a Comissão de Narcóticos composta por 53 estados membros, responsável pela formulação e acompanhamento da política de drogas (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

A comissão da ONU, posteriormente, organizou três convenções complementares sobre o controle de drogas. A principal proposta das duas primeiras foi sistematizar as medidas de controle internacional para assegurar a disponibilidade de drogas para uso médico e científico, e prevenir sua distribuição por meios ilícitos. Eles também incluíram medidas gerais sobre o tráfico e o abuso de drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Na terceira convenção, a convenção Única de Entorpecentes em Viena em 1961, os países membros se comprometeram a lutar contra as drogas por meio da prevenção do consumo e da repressão da produção e oferta. A convenção dispôs sobre a classificação das substâncias e suas propriedades, fixou as competências da ONU na fiscalização internacional de entorpecentes, as medidas a serem adotadas no plano nacional pelos diversos países para uma efetiva ação contra o tráfico, recomendando que todas as formas dolosas de tráfico, produção e posse de entorpecentes fossem punidas adequadamente visando deter e desencorajar traficantes,

além de oferecer tratamento médico e reabilitação aos toxicômanos (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Os países latino-americanos não estiveram presentes nas negociações iniciais que estruturaram o arcabouço internacional proibicionista. Na Bolívia e no Peru a coca era a principal exportação agrícola desde o século XIX, e os governos de ambos os países relutaram durante décadas em impor restrições sobre sua produção, alegando razões sociais, culturais e sobretudo econômicas (SILVA, 2013).

Nos foros internacionais sobre drogas, os países latino-americanos e caribenhos assumiram por muito tempo uma posição passiva, julgando equivocadamente que o problema não iria lhes atingir, posição essa que contrastava com a Alemanha, Suíça e Holanda em defesa de suas indústrias farmacêuticas. Apesar da posição passiva, a América Latina não pode se esquivar por muito tempo. Superadas as preocupações da guerra fria a América Latina passou a ser visualizada para o cumprimento dos dispositivos de controle instituído no âmbito internacional (SILVA, 2013).

Esse contexto, no quais são firmados os principais convênios internacionais para a fiscalização de produtos e criminalização de seus consumidores, caracterizou-se o que é chamado de modelo penal¹⁴, considerado “a coluna vertebral” do paradigma proibicionista dominante sobre as drogas. Esse modelo é baseado no paradigma jurídico repressivo, com leis e regulamentos que tratam o uso de drogas a partir do prisma de um delito e que produz, entre outras coisas, a criminalização e a estigmatização dos usuários (ROMANI, 1999).

Além disso, esse modelo criou um mercado negro cada vez mais potente, com todas as suas sequelas de corrupção, ampliação e especialização de uma estrutura policial e burocrática de uma política de “guerra as drogas” norteadas pelos Estados Unidos, diretamente através da ONU. Dessa forma, se constituiu um poderoso sistema de controle social, com facetas formais e informais baseado na figura do drogadito como “bode expiatório” (ROMANI, 1999).

Há também o modelo médico, que apesar de existir previamente, só adquiriu progressiva importância a partir da constatação empírica do fracasso do modelo penal com relação a eliminação do consumo de drogas que havia se proposto (ROMANI, 1999).

¹⁴ Modelo se refere a sistemas fechados, mais ou menos coerentes, de um conjunto de discursos e normas hierarquizados, assim como, formas de ação e processos de institucionalização derivados deles. Paradigmas é usado para referir os conteúdos que orientam esses modelos. Esse permite refletir que apesar do modelo penal ser construído a partir do paradigma jurídico-repressivo, também pode se encontrar aspectos desse último no modelo médico (ROMANI, 1999). Em 2005, a política sofreu um realinhamento, resultando na Política Nacional Sobre Drogas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

O modelo médico teve um papel central na época das toxicomanias clássicas, ressurgindo na década de 1970 com forte ideia de que o drogadito era tanto um delinquente como um enfermo que, portanto, deveria receber um diagnóstico, prescrição medicamentosa e tratamento, sendo introduzido nos dispositivos médicos que implicam sua institucionalização (ROMANI, 1999).

Nesse modelo, o uso de substâncias segue um estado patológico, rotulando o usuário como alguém que requer cuidados geralmente de ordem médica ou psicológica. Ambos modelos se inserem nas perspectivas de um paradigma proibicionista, compartilham do propósito da eliminação do consumo de drogas, produzem práticas tutelares e violadoras de direitos. Além disso, fomentam o encarceramento e um tratamento com foco na abstinência (NASCIMENTO 2006).

Mais recentemente, com a inclusão das comunidades terapêuticas na rede de saúde pública por meio o financiamento estatal, o modelo confessional vem ganhando visibilidade e investimento político. Nesse modelo a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso. Elas possuem um programa específico de tratamento, com regras rígidas e atividades obrigatórias. Nesses locais, o contato com o mundo externo é inexistente, sendo que as visitas dos familiares são restritas, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais (FOSSI, GUARESCHI, 2015).

Esses modelos tem diferentes desdobramentos no contexto brasileiro, influenciando as políticas públicas, as práticas e os discursos voltados para os usuários de drogas. Os limites do paradigma proibicionista e o contexto de reforma na área da saúde e da saúde mental trouxeram outras perspectivas para compreender e cuidar do usuário de drogas. No entanto, esse processo ainda está em construção, apresentando avanços e retrocessos, pela existência de uma comunhão entre diferentes modelos.

3.3 Construção das políticas públicas aos usuários de drogas no Brasil

O Brasil tardou em se envolver nos debates e negociações internacionais sobre o uso de drogas. Apesar de haver registro de um histórico acordo entre o Brasil e o Império Chinês para Supressão do Tráfico do Ópio, a postura foi, durante mais de 50 anos, a de que o ópio e outras drogas não eram um problema para o país. Surgiram algumas iniciativas pontuais ao longo do século XX, mas somente em meados dos anos de 1980 começou uma conscientização do governo brasileiro com o problema das drogas, ocorrida simultaneamente em outras esferas,

como direitos humanos e meio ambiente, articulado também ao processo de redemocratização do país (SILVA, 2013).

No Brasil, as primeiras leis específicas sobre drogas datam de 1920. O Decreto nº 4.294 pela primeira vez passou a ser punido com a prisão a venda de ópio, cocaína, morfina e seus derivados. A embriaguez, que causasse atos nocivos aos outros ou a si, passava a ser punida com internação compulsória. Em um novo decreto (14.969/1921), foi criado o Sanatório para Toxicômanos, para tratamento médico e de correção, pelo trabalho, aos intoxicados pelo álcool ou substâncias inebriantes ou entorpecentes. A internação podia ser solicitada pela própria pessoa, pela família ou pela autoridade judicial. Já em 1932, o decreto 30.930, ampliou o número de substâncias ilícitas, dentre elas, a maconha, e passou a considerar o porte de qualquer substância proscrita como passível de prisão, mantendo a prerrogativa da justiça em internar o toxicômano por tempo indeterminado (FIORE, 2005).

Em 1936, foi formada, a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) para o controle do comércio, importação e exportação de entorpecentes e da fiscalização do consumo interno de tais substâncias. A constituição da CNFE foi parte de uma estratégia do governo brasileiro para demonstrar sua capacidade de gerenciar situações diante de potências mundiais, inserindo-se em um processo de aprimoramento da política mundial proibicionista a qual visava inovar nos instrumentos de controle e fiscalização do consumo mundial de psicoativos (CARVALHO, 2014).

O modelo de organização da CNFE, envolvendo diversos ministérios, entre eles Ministério da Educação e Saúde Pública, Relações Exteriores, Justiça, Fazenda, Trabalho e Agricultura, articulou-se em várias frentes, com uma série de estratégias que englobavam: a fiscalização na alfândega; repressão policial; controle do comércio legal nas farmácias e junto à classe médica; dispositivos pedagógicos por meio das instruções normativas, questionários, palestras, e, também, na patologização dos usuários, este último principalmente através das publicações científicas que reforçavam o vínculo entre uso recreativo e a toxicomania (CARVALHO, 2014).

A Comissão produziu um significativo estatuto regulatório, cujas bases compuseram o Decreto nº 891 de 25 de novembro de 1938, com duas questões importantes: a fixação de uma mesma pena tanto para quem usa ou quem vende a droga e a impossibilidade de o tratamento ser realizado em domicílio, já que era considerada uma doença de notificação obrigatória. O referido decreto, associado às instruções gerais sobre o uso e comércio de entorpecentes, compôs um elemento essencial para a internalização do proibicionismo e conferiu à Comissão,

poderes na condução e internalização da política proibicionista no Brasil que prosseguiu mesmo após a sua extinção em 1970 (FIORE, 2005; CARVALHO, 2014).

Nessa direção, uma verdadeira ação de guerra as drogas se expandiam por diversos países do mundo com reflexos diretos na legislação brasileira, foi promulgada as Leis 5.726, de 1971, e a Lei 6.368 de 1976. A primeira, convocou a sociedade a combater tanto o tráfico como o uso de drogas, mantendo a pena de prisão para o viciado infrator ou internação hospitalar. Esse último caso se o vício fosse considerado pelo juiz como o reflexo da capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, reforçando assim, a aproximação ente o usuário e o doente mental (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

A Lei 6.368 de 1976, também conhecida como Lei dos Tóxicos, dispôs sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Estabeleceu a criação de Instituições especializadas para assistência ao usuário e ao dependente na rede pública de saúde, com tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalares. Com isso, institui-se o tratamento como medida obrigatória e na prática o usuário é reconhecido como doente, sendo o hospital psiquiátrico os *locus* do primeiro tratamento. Essa Lei também dispôs pela primeira vez, sobre medidas de prevenção, estabelecendo punição para as instituições que deixassem de cumpri-la e não facilitasse a sua implementação (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Até esse momento da história não haviam dados epidemiológicos que demonstrassem a real situação do consumo de substâncias no país. As informações disponíveis eram oriundas de apreensões e prisões referentes do tráfico, pois o sistema de informação em saúde no Brasil só começou a se estabelecer no final da década de 1970. Diante desse cenário, todo o aparato jurídico e médico institucional desenvolvido era pautado no plano internacional, que refletia a emergência de um discurso sobre drogas em um contexto de globalização da implementação de políticas fundadas na repressão ao uso, ao tráfico e na medicalização (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Um marco importante na história do Brasil começa a se delinear no final da década de 1970. Um processo de luta social pela redemocratização do país, com repercussões importantes na saúde protagonizado pela Movimento da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, questionando radicalmente as políticas repressoras e a abordagem medicalizante das pessoas em sofrimento psíquico e dos usuários de drogas (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Nesse sentido, práticas alternativas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas começaram a ser impulsionadas em centros de tratamento de pesquisa e prevenção vinculados

a universidades públicas. A inspiração do Brasil vinha do modelo francês, em especial das influências do pensamento do psiquiatra Claude Olievenstein, diretor do *Centre Medical Marmottan* em Paris. Conhecido por seu discurso alternativo à psiquiatria dominante, Olievenstein propunha a toxicomania como resultante do encontro de uma pessoa com a drogas em um determinado momento sociocultural. Seu tratamento era em instituição aberta, orientado por três princípios: adesão voluntária, a gratuidade e a garantia do anonimato da pessoa. As regras que regiam a instituição era a completa interdições de qualquer manifestação de violência e do consumo de drogas nas referidas dependências (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Referente às questões políticas, o passo seguinte foi a criação, em 1980, do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Nacional de Entorpecentes (CONFEN) através do decreto nº 85.110. CONFEN caracterizava-se como um órgão colegiado normativo e instância máxima para a determinar a política nacional de entorpecentes, e todas as iniciativas internas e internacionais relacionados a questão (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

O referido Conselho ganhou espaço político quando sua presidência em 1985 passou a indicar a necessidade deixar de apoiar ações prioritariamente repressoras para voltar-se às práticas preventivas. Foi elaborado pelo CONFEN um documento denominado “Política Nacional na Questão das drogas” reconhecendo os Centros de Prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas já existente e propondo critérios para a criação de novos centros especializados. Também promoveu o primeiro estudo epidemiológico sobre o consumo de drogas em 1989 e organizou no Rio de Janeiro Conferência Regional sobre Drogas, que reuniu representantes da América do Norte, da América Central e do Caribe (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Nesse período de intensa movimentação em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, que resultou na promulgação da Constituição de 1988, o Ministério da Saúde estava mais voltado para os problemas relacionados ao alcoolismo, por meio da Coordenação de saúde Mental. A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), elaborou em 1987, o Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o consumo de Álcool (PRONAL), o qual tinha por objetivo organizar a rede de serviços de atenção aos problemas associados ao consumo do álcool, com ênfase nos cuidados primários de saúde, entretanto foi interrompido devido à falta de recursos (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Logo em 1991, foi criado o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química, como mais um dos serviços da Coordenação de Saúde Mental. O referido serviço

voltava-se para ações de prevenção, assistência e tratamento aos usuários de drogas e visava reduzir a demanda através da mudança de percepção da população em relação à questão. Também buscou modificar o modelo assistencial ao estabelecer ações de apoio e expansão da rede de serviços em saúde mental, alternativos à internação psiquiátrica (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

No final dos anos de 1980, motivados pelo aumento da prevalência de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, a Coordenação Nacional de DST/AIDS, hoje departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, começou a tratar da questão inspirando-se em experiências desenvolvidas com sucesso na Europa e no Canadá. Houve a tentativa de implementar um programa de trocas de seringas (PTS) entre usuários de drogas injetáveis no município de Santos, São Paulo, iniciativa que em sua proposta foi suspensa pelo setor judiciário local, mas que mais tarde, em 1995, foi efetivado em Salvador na Bahia, constituindo-se como a primeira experiência de PTS no Brasil e na América Latina (ANDRADE, 2011).

Esse primeiro Programa de Redução de danos/Troca de Seringas abriu caminho para a implementação de programas similares em diversas regiões do país. Vários municípios autorizaram o funcionamento dos PTS através de leis, e os trabalhadores deste campo foram se organizando em associações, como por exemplo a ABORDA (Associação Brasileira de Redutores de Danos) criada em 1997, e a REDUC (Rede Brasileira de Redução de Danos) em 1998, além de associações Estaduais de Redutores de Danos. Destaca-se que foram abertos mais de 200 Programas de Redução de Danos (PRD) entre 1995 e 2003, muitos deles incluindo a troca de seringas. Assim, progressivamente as ações dos PRD foram ampliadas a outras populações que não apenas os usuários de drogas injetáveis, mas incluiu presidiários, meninos de rua, profissionais do sexo, usuários de crack e usuários de anabolizantes (ANDRADE, 2011).

As estratégias de redução de danos enfrentaram muita resistência de diferentes setores da sociedade, os organismos judiciais, a imprensa e a população em geral, os quais viam essa iniciativa como forma de incentivo ao consumo de drogas. Associado a essa ideia estava o preconceito contra os usuários de drogas, e o manifesto para que outras ações de saúde fossem priorizadas (ANDRADE, 2011).

Aos poucos as experiências do Brasil e de outros países trouxeram evidências científicas de que essa prática salvava vidas, não aumentava o consumo de drogas e oferecia vantagens na relação custo-benefício para o governo e à população. Assim a Redução de danos, de uma prática médico-sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, reduzida muitas vezes à troca de seringas, evoluiu ao longo de sua execução para a atual política de saúde, com princípios e práticas que não condicionam a pessoa à abstinência, mas que tem como objetivos reduzir os

danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados na participação da população alvo, no respeito ao indivíduo e à garantia de seus direitos (ANDRADE, 2011).

Apesar da intenção em reverter a direcionalidade da política brasileira de drogas, até então centrada em abordagens repressivas e no discurso proibicionista, houve muitos recuos nesse processo e dificuldades de articulação entre o Ministério da Justiça e da Educação, assim como da articulação entre o governo federal, os estados, e os municípios, uma vez que esses últimos não detinham a cultura e nem o conhecimento para a continuidade e a expansão de tais ações. Associado também à mudança de gestão, falta de renovação dos contratos de trabalho, fragilidades nas equipes técnicas e falta de suporte as ações, a RD já demonstrava, no final de 2003, importantes sinais de uma política desarticulada e a construção de um processo que estava longe de ser linear (ANDRADE, 2011).

No plano Internacional, a ONU continuava a implementar a política proibicionista, convocando em 1998 uma Sessão Especial de Assembleia Geral (UNGASS) que teve como slogan “Um mundo Livre de Drogas: nós podemos fazê-lo”. O objetivo foi a discussão da política mundial de drogas e o estabelecimento do ano de 2008 como prazo para a erradicação do cultivo de plantas vegetais para a produção de substâncias ilícitas, uma estratégia considerada fundamental para a supressão do consumo dessas substâncias (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

O compromisso assumido junto as Nações Unidas para a redução da oferta e demanda de drogas impulsionou o Brasil a algumas ações políticas: extinção do CONFEN, instituição do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), por meio do Decreto 3.696/2000, composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), subordinados não mais ao Ministério da Justiça, mas ao Gabinete Militar da Presidência da República, hoje Gabinete de Segurança Institucional. Essa nova subordinação provocou insatisfação por parte de atores institucionais, como os centros universitários e militantes que entendiam que o tema das drogas passava a ser compreendido como uma questão de segurança nacional (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

A SISNAD orientou-se pelos princípios básicos da responsabilidade compartilhada entre estado e sociedade. Teve como um dos objetivos a formulação da Política Nacional Antidrogas, compatibilizando os planos nacionais aos planos regionais, estaduais e municipais, bem como a fiscalização de sua execução (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

O SENAD foi o órgão executivo, responsável pela integração das ações do governo relacionadas com a redução da demanda de drogas. Nessa oportunidade promoveu em Brasília o I Primeiro Fórum Internacional Antidrogas em 1999, que chamou a atenção por ter indicado

a necessidade de participação social como reafirmadora das ações do estado. O resultado do Fórum foi apresentado no documento “Política Nacional Antidrogas”, indicando a uma política centrada na droga e não na pessoa (GARCIA LEAL; ABREU, 2008).

A Política Nacional Antidrogas passou por um intenso debate, com a realização de fóruns regionais e nacionais e o envolvimento da comunidade científica e segmentos da sociedade civil. Essa dinâmica resultou em mudanças no termo “anti”, sendo substituída pela Política Nacional sobre Drogas, além da modificação do nome da SENAD, que passou a ser Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

De forma paralela, desde a criação do SUS, as pessoas em sofrimento psíquico começaram a ser alvo das ações pautadas na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, entretanto, tais ações não tinham como foco os usuários de substâncias psicoativas. Em 2001, dois marcos importantes na saúde mental começaram a demonstrar interesse nas especificidades dessa população. Um deles foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aprovou a construção de uma rede de atenção para os usuários de álcool e outras drogas, e própria Lei 10.216/2001, que orienta a atenção em Saúde Mental, Álcool e outras drogas na rede de serviços de saúde mental (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Entre os desdobramentos da Conferência, o Ministério da Saúde lança em 2003 a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas. Essa política propõe uma nova perspectiva de atenção para esse campo, preconizando ações de prevenção, tratamento e educação. A política reconhece o consumo de substâncias psicoativas como um problema de saúde pública que deve ser abordado a partir da interface do Ministério da Saúde com os outros ministérios e a sociedade organizada. Como estratégias, definiu a Política do Redução de danos, o cuidado no território, o estabelecimento de redes, e o caráter intersetorial para tratar a questão (BRASIL, 2004).

A Política de Álcool e drogas protagonizada pela Coordenação de saúde mental em parceria com gestores locais, universidades e sociedade civil representou a construção de respostas às demandas nessa área, em um contexto político de revisão da assistência em saúde, do fortalecimento do controle social, do respeito aos direitos humanos, além do respaldo dado pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Nesse período também já havia sido instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. O Programa visou a organização e implementação de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares articulado à rede de atenção psicossocial. Seus princípios estavam

direcionados a aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e os danos à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

As propostas de atenção expressas nos referidos documentos não eram centradas na abstinência e anunciavam a necessidade do desenvolvimento de ações voltada para a qualificação dos recursos humanos, prevenção de agravos, promoção da saúde, e a construção de uma rede assistencial para o tratamento (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Portanto, pode se perceber que a política de enfrentamento as drogas no Brasil enseja em suas proposições, o embate entre duas políticas instituídas pelo governo brasileiro: a Política Nacional antidrogas no âmbito da segurança pública que segue a lógica do proibicionismo, e a política de Atenção Integral ao usuário de drogas, pautada na área da saúde pela lógica do redução de danos, que não prioriza necessariamente a abstinência. Tanto o Ministério da Saúde como o Ministério da Justiça incidem sobre a temática, mas, em perspectivas diferentes, resultando em um jogo de contradições entre a Constituição Brasileira e o Código Penal, o primeiro garantindo o direito a liberdades individuais e o segundo proibindo que as pessoas usem certas substâncias (FOSSA, GUARESCHI, 2015).

Um dos marcos para a consolidação da política depara usuários de álcool e outras drogas foi a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS AD), regulamentados através de Portaria GM/MS 336/2002. Os CAPS AD se definem como serviços de atenção psicossocial de referência para as pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas no seu território de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social (BRASIL, 2002).

Os CAPS, enquanto um dos serviços especializados na área, se inserem na proposta da construção de uma rede de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, composta por Unidades Básicas de Saúde vinculadas ao Programa de Saúde da Família, centros não especializados em álcool e drogas e hospitais gerais (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014). A expansão e qualificação da Rede, fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, tinha a proposta de viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente, ainda predominantemente hospitalocêntrico, por redes de atenção composta por dispositivos extra hospitalares (BRASIL, 2004).

Entre os fatores apontados como favoráveis a formulação dessa nova política destaca-se: a criação do SUS, o êxito na implementação de programas de redução de danos na morbidade de doenças infectocontagiosas como a AIDS, e da reestruturação da atenção em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica; a constatação do crescimento do impacto financeiro dos problemas decorrentes do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras

drogas; os compromissos assumidos pelo governo brasileiro na Assembleia Geral da ONU em 1998; e o agravamento dos problemas sociais associados ao consumo e ao tráfico de drogas (MACHADO, 2007).

Essa nova proposta política para usuários de álcool e outras drogas, coerentes com uma concepção ampliada de saúde e com as propostas de Reforma nos modelos de atenção que vinham sendo desenhados no âmbito do SUS, vão apresentando certas contradições com as políticas construídas no interior de outros organismos, como o SENAD e o CONAD (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Nesse processo de contradições foi instituída em 2006, a Lei nº 11.343, que substituiu a Lei de Tóxicos (6.368 de 1976), editada no período da ditadura militar. A nova lei além de instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) prescreve medidas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Tal lei distingue a condição de usuário, dependente de drogas e traficante, e prevê a adoção de estratégias diferenciadas de atenção, reinserção social, e prevenção do uso indevido de drogas com atividades voltadas para a redução de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2006).

Na referida Lei, não há mais pena privativa de liberdade no caso de posse de substâncias ilícitas para uso próprio, porém é estabelecido advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade, comparecimento a programas ou cursos educativos, e, em caso de descumprimento, admoestação e multa (BRASIL, 2006). Vale ressaltar que essa Lei não prevê a legalização do uso de drogas. O porte de drogas para o consumo continuou sendo uma infração, para o qual instituiu-se a aplicação de outras sanções, que não a pena de prisão (SANTOUCY; CONCEIÇÃO; SUDBRACK, 2010).

Em relação ao tratamento de saúde, a Lei o estabelece de forma gratuita, preferencialmente ambulatorial especializado. O tratamento como imposição poderá ser determinado pelo Juiz, quando na ocorrência de prática de crime, ou nos casos que for absolvido devido à incapacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento em razão da dependência (BRASIL, 2006).

No entanto, as implicações práticas da Lei nº 11.343 tem gerado controvérsias, principalmente entre o setor judiciário e da saúde. No setor judiciário há os que se dividem entre os que entendem que o uso de drogas se trata de um crime, e os que o consideram uma infração penal *sui generis*, e a aqueles para quem o fato não é crime e nem pertence ao direito penal, sendo considerada uma questão de saúde pública (SANTOUCY; CONCEIÇÃO; SUDBRACK, 2010).

Já na área da saúde, os profissionais têm recebido os usuários de drogas para o cumprimento de medidas educativas, sem qualquer demanda de tratamento, mas que tem sido consideradas como tal, já que são encaminhados ao serviço especializado, transformando um direito constitucional em um dever. Nesses casos, quando não é criminalizado, é considerado pela legislação como doente, portador de dependência química, que deve ser submetido ao tratamento médico (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Portanto, os caminhos que se esboçam em virtude da aplicação dessa nova Lei têm contribuído para reforçar as visões antagônicas e polarizadas sobre o usuário de drogas, sem contribuir para resolução de impasses na área (SANTOUCY; CONCEIÇÃO; SUDBRACK, 2010).

Na prática, um dos grandes problemas da aplicação dessa lei tem sido a falta de parâmetros de diferenciação entre usuário e traficante, uma vez que, para determinar se a droga se destina a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a Lei deixou em aberto para a discricção do delegado, do juiz, dos agentes de polícia e da Justiça, a discriminação entre usuário e traficante. Os resultados aparentemente contraditórios retratam, na verdade, o jogo de forças que ainda prevalece na sociedade (KINOSHITA, 2013).

A falta de clareza da lei na distinção entre porte/uso e tráfico da legislação tem trazido sérias implicações, como: o aumento da população carcerária, o fortalecimento da cultura de criminalização da pobreza e da população negra, manutenção da dimensão punitiva e reedita, e a relação entre vigilância e reabilitação. Além disso, nessa lógica, o acesso à saúde e ao tratamento clínico não é entendido como integrado ao campo dos direitos, mas sim como uma medida obrigatória. Por isso, tal prática também é questionável do ponto de vista ético (MASSANARO et al., 2013).

As contradições geradas por esse debate ideológico de perspectivas antagônicas que oscilam entre a essência proibicionista, buscando incessantemente atingir o ideal de uma sociedade livre das drogas e a essência da redução de danos, que enfatiza a saúde pública centrada nos danos individuais e coletivos, se expressam na política, nos discursos e na práticas, refletindo os diferentes interesses dos atores sociais e dos modelos de assistência ao usuário de drogas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Na tentativa de dar sustentação à operacionalização e implementação da política de atenção integral aos usuários de drogas, várias leis, portarias ministeriais e programas foram instituídos de 2003 a 2012. Em 2009, o SENAD e o Ministério da Justiça, por meio do Programa

Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Segurança Pública elaboraram o Programa denominado “Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência”, desenvolvido em três frentes: Capacitação de diferentes segmentos da sociedade considerados essenciais para o processo (Conselheiros municipais, operadores do direito, profissionais da segurança pública, educadores de escolas públicas, lideranças comunitárias, religiosas, entre outros); Reprodução de boas práticas (Projeto Lua Nova em São Paul, o projeto Terapia comunitária no Ceará, e o Consultório de Rua Inaugurado na Bahia); Disseminação de informações por meio de cartilhas e demais materiais (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Com relação às estratégias voltadas aos usuários de álcool, é instituído em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação ao Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas através do decreto 1.190. O plano tem como objetivos ampliar o acesso ao tratamento e a prevenção em álcool e outras drogas no SUS, diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção de saúde, tratamento e redução dos riscos e danos, e também construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e a complexidade desta clínica (BRASIL, 2009).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada em 2010, foi um dos marcos importantes na saúde mental e na atenção aos usuários de drogas, impulsionou a proposta da intersetorialidade do cuidado. Foi a primeira Conferência que proporcionou discussões entre os representantes dos diferentes setores com deliberações para tornar a intersetorialidade uma estratégia da atenção psicossocial (BRASIL, 2010).

A temática dos usuários de drogas foi discutida como um desafio para a saúde e políticas intersetoriais já que implica o fortalecimento de uma gestão intra e intersetorial com a implementação e sustentabilidades de ações de promoção de saúde, prevenção, e redução de danos no território. A intersetorialidade, assim como, o respeito as singularidades socioculturais de cada grupo/região foram consideradas princípios fundamentais para nortear as propostas voltadas a esse campo (BRASIL, 2010).

A partir de 2010 começa uma ampla mobilização da opinião pública, dos meios de comunicação e das instâncias políticas sobre uma “nova droga”, o crack, e principalmente sobre as cenas abertas de uso, popularmente conhecidas como “cracolândias”. O crack, enquanto uma nova apresentação da cocaína, passou a circular no Brasil há aproximadamente 30 anos, disseminando-se pelo país incluindo um número cada vez maior de aderentes ao hábito de seu consumo. Esse cenário se traduziu em um amplo debate no meio social, com interfaces entre as

políticas públicas, as pesquisas na área, e os interesses políticos econômicos (BASTOS; BERTONI, 2014).

Desde o reconhecimento dessa nova droga no Brasil, pesquisas começaram a ser desenvolvidas buscando compreender o perfil desses usuários. Tais pesquisas demonstraram que se trata de um grupo bastante vulnerável, em sua maioria são homens, jovens, não brancos, com baixa escolaridade, que estão vivendo em situação de rua e sem emprego/renda fixa (BASTOS; BERTONI, 2014).

O uso prejudicial dessa droga também está associado a inúmeros comprometimentos clínicos, como os respiratórios, cardiovasculares, hepáticos e neurológicos. Identifica-se também um aumento da prevalência de infecções pelo vírus imunodeficiência humana (HIV) e Hepatite C. Destaca-se que a vulnerabilidade dessa população em contrair doenças infecciosas se deve ao fato de que grande parte apresenta diversos comportamentos de risco, além de estarem inseridos em contextos pauperizados, violentos e frequentemente carentes de qualquer infraestrutura mínima (BASTOS; BERTONINI, 2014; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Ainda no que se refere às questões de vulnerabilidade social, identifica-se nas pesquisas que os usuários de crack são pessoas estigmatizadas, com problemas familiares complexos, rupturas de vínculos sociais e familiares, conflitos com a lei e baixo acesso as políticas públicas, sendo insuficiente a oferta de serviços para o seu tratamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; BASTOS; BERTONI, 2014; MOREIRA et al., 2015; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Apesar da complexidade das questões que envolvem o uso de drogas, o espaço ocupado pelos usuários de crack na mídia e nos discursos da sociedade valorizam aspectos negativos da dependência, vinculadas à ideia de que todos os usuários estão envolvidos com o tráfico, com a criminalidade, e que a interrupção do uso está relacionada à força de vontade. Esse imaginário social ajudou a construir o preconceito e o estigma com relação aos usuários de drogas, obscurecendo a análise de vidas dessas pessoas e a dimensão social de seus determinantes (BARD, 2016; BASTOS; BERTONINI, 2014).

Além do exposto, a “suposta epidemia do crack” evidencia os diferentes interesses políticos e econômicos envolvidos em torno do uso de drogas. Os psicofármacos e o álcool são hoje os principais responsáveis pelos danos e agravos à saúde, mesmo se comparados com as demais drogas ilícitas somadas. De acordo com a pesquisa do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) realizada em 108 cidades do território nacional, o uso do crack atingia 0,7% dos entrevistados, enquanto o uso do álcool alcançava 74,6%. No entanto, o álcool

continua sendo estimulado pela publicidade, e o debate sobre os agravos decorrentes de seu uso ficam em segundo plano, diante do alarme produzido em torno do uso do crack (DRUMMOND; DRUMMOND FILHO, 2004; CARLINI et al., 2006; PINSKY; EL JUNDI, 2008).

O foco no uso do crack trouxe novos desafios ao poder público, e como parte de uma estratégia nacional foi implementado pelo governo Federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas através do Decreto nº7.179 de 2010 (mais tarde alterado pelo decreto nº 7.637 de 2011), propondo ações voltadas para a prevenção, tratamento, reinserção social, bem como o fortalecimento de ações de enfrentamento do crack. Ficou instituído que as ações do referido plano deveriam ser executadas de forma descentralizada e integrada por meio de esforços da união, os estados, o distrito federal e os municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social (BRASIL, 2010b).

Em 2011, as ações voltadas aos usuários de crack, ampliaram-se pelo Plano Crack é possível vencer, que recebeu muitas críticas, inclusive sobre o seu nome, visto que não se vence uma droga, pois não se vence um objeto. Outra crítica ao programa é a centralização no uso do crack, a partir de uma perspectiva alarmista e não fundamentada em pesquisas epidemiológicas para um possível aumento do uso dessa droga no país. O apelo midiático ao problema do consumo do crack norteou as políticas públicas, atribuindo a um segundo plano o abuso e dependência de outras drogas, como, por exemplo, o álcool, com índices de dependência maiores (BASTOS; BERTONI, 2014).

Plano Crack é possível vencer apresenta três eixos principais: cuidado, prevenção e autoridade. O eixo cuidado prevê serviços diferentes para as necessidades distintas, a ampliação da oferta de serviços, rede SUS preparada para atendimento, reinserção social, apoio integral aos usuários e famílias. No eixo prevenção, as diretrizes são voltadas para a prevenção nas escolas, capacitação de profissionais das redes de saúde, segurança pública, educação, assistência social, justiça, operadores do direito, lideranças religiosas e comunitárias, disseminação contínua de informações e orientações sobre o crack e outras drogas. O eixo da autoridade apresenta diretrizes voltadas para a articulação com áreas da saúde e assistência social, parcerias com estados e municípios para a promoção de espaços urbanos seguros, fortalecimento de ações de inteligência e investigação, em integração com as forças estaduais, enfrentamento ao tráfico de drogas e crime organizado (BRASIL, 2010).

A partir das políticas acima referidas houve um esforço em unificar às políticas públicas sobre drogas, propondo formas de cuidado e tratamento mais integradas, considerando que até o ano de 2010, as políticas públicas para o uso de drogas foram desenvolvidas nos diversos

Ministérios, mas não estavam interligadas. Assim, a inovação foi a perspectiva da intersectorialidade enquanto estratégia política (LAPORT; JUNQUEIRA, 2015).

O levantamento epidemiológico “Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack” publicado em 2014 também veio fortalecer a necessidade dessa articulação entre os setores. De acordo com a pesquisa, é preciso reconhecer que o uso abusivo de crack é um problema social que precisa ser enfrentado com políticas sociais integradas. Nesse sentido, o acolhimento em serviços de saúde não é suficiente, sendo importante a oferta estratégica de ações sociais, desde o serviço mais simples como a garantia de alimentação e higiene, aos mais complexos, como programas que favoreçam a emancipação e condições para uma vida digna numa dimensão mais ampla (BASTOS; BERTONI, 2014).

Esses movimentos têm contribuído para fortalecer e estruturar uma rede de atenção a esse público que até então se mostrava ineficiente, desarticulada sem atender as necessidades dessa população (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014). Portanto, esse capítulo buscou traçar os caminhos percorridos para a construção da política de atenção aos usuários de drogas no mundo e no Brasil, buscando demonstrar que atualmente o cuidado em rede ao usuário de drogas é uma exigência política nacional, resultado de ações muitas vezes emergenciais do setor público. Assim, olhar para os caminhos percorridos, permitiu resgatar os pontos que também onde se ligam as redes de cuidado aos usuários de drogas e que reordenam todo o cenário de cuidado.

3.4 Cuidado em rede na atenção aos usuários de drogas

Há mais de 30 anos, desde a Reforma Psiquiátrica o tema das redes começou a ser debatido no cuidado ao usuário de drogas. Os questionamentos sobre o tratamento no Hospital Psiquiátrico vieram acompanhados na necessidade de investimento em uma nova configuração de cuidado com um direcionamento de grande parte dos recursos financeiros das instituições manicomiais para a nova rede de saúde mental (BRASIL, 2001).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental contribuíram para que o debate das redes da área da saúde mental e álcool e drogas se estruturasse e ganhasse maior visibilidade no cenário nacional. Na III Conferência foi evidenciada a necessidade de os recursos e dispositivos serem viabilizados em cada município de acordo com as necessidades locais e no contexto do SUS visando a construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico e com diversidade de ações:

[...] a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade (BRASIL, 2002b, p.38).

Entretanto, no Brasil, o debate sobre redes na área de álcool e drogas surgiram juridicamente e ganharam maior visibilidade nos anos 2000 diante da cena que se montou em torno do crack, apresentando-se como um problema urgente para o campo da gestão dos usuários de drogas. Na declarada guerra às drogas “foram lançadas bombas, tiros, cercos, cavalaria, mas também orações, amparo, cuidados, redes e muitos empreendimentos políticos religiosos, terapêuticos e policiais” (MARTINEZ, 2016, p.83).

Portanto, no que se refere as especificidades das redes para usuários de drogas há que se considerar que elas surgiram como política governamental num jogo de interesses em torno do direito e da punição. Embora as redes de saúde tenham surgido em meio a um enunciado em defesa de uma saúde democrática e humanista reformulando todo o campo da saúde como respostas técnicas para efetivar no âmbito organizacional um sistema descentralizado cujo campo de atuação seria o social, o direito à saúde para usuários de drogas nunca foi questão muito bem delineada na administração pública e conseqüentemente a gestão das redes para esse campo foi um pouco diferente (MARTINEZ, 2016).

A partir de 2004, quando foi instituída a política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, tornou-se imperativa a necessidade de estruturação de fortalecimento de uma rede centrada na atenção comunitária que associe a rede de serviços sociais e de saúde. Uma rede que atua na reabilitação e reinserção social dos usuários baseada em dispositivos extra-hospitalares. Esses dispositivos devem compreender e se utilizar dos conceitos que envolvem a rede, o território e a lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades dos usuários de forma integrada ao meio cultural e a comunidade respeitando os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Essa rede, formada por profissionais, familiares, organização governamental e não governamental deve trabalhar em uma perspectiva ampliada de clínica, com o estabelecimento de vínculos, corresponsabilidades e participação do usuário no tratamento. Sua forma de organização precisa se manter em constante interação e apoio mútuo, produzindo acessos variados, acolhimento, encaminhamento, prevenção, tratamento, enfim, reconstruir existências

e efetivas alternativas para tratar dos problemas que envolvem a dependência no uso de drogas (BRASIL, 2004).

Com a aprovação da Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) houve a padronização de redes para usuários de drogas nos municípios, buscando remanejar alianças, o estabelecimento de outras concepções de direito e de gestão de cuidado. A conformação de uma rede articulada e ampliada organiza metodologicamente o trabalho em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Vale destacar que a RAPS se insere na estratégia política do governo federal de implementar as chamadas “redes temáticas”, com vistas a ampliação do acesso e qualificação de serviços destinados a populações específicas tendo em vista a necessidade de descentralização das ações e integralidade do cuidado no SUS. É importante retomar esse histórico pois o desenho atual da RAPS, se constituiu a partir do movimento da construção de redes na área da saúde¹⁵, as quais foram estruturadas inicialmente para responder uma crise de um sistema fragmentado de saúde que se voltava predominantemente para responder às condições agudas (MENDES, 2011).

No Brasil, o tema das redes na área da saúde ganhou impulso com o projeto da Reforma Sanitária pautada em princípios de Universalidade, Integralidade, equidade e diretrizes da descentralização e regionalização que exigiu a produção de uma nova estrutura organizacional levando em conta dois fatores. O primeiro deles, é a concepção ampliada de saúde. Se antes a

¹⁵ O tema da construção de redes na área da saúde foi abordado pela primeira vez no Reino Unido no Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social do país após a primeira guerra mundial. Consta uma iniciativa de organização de sistemas regionalizados de saúde, afirmando que os serviços de saúde deveriam acontecer por intermédios de uma organização ampliada que atendesse de forma eficaz as necessidades da população. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a todas as pessoas e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito domiciliar quanto nos centros de saúde (OMS, 2011). A discussão da RAS também se estruturou na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, em Alma-Ata que criou a consigna de Saúde para Todos no ano 2000. A definição de APS proposta desde então apontou para duas perspectivas fundamentais: a APS seria o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas, ou seja, o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, e também seria parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social (MENDES, 2011). No contexto internacional houve uma retomada das discussões sobre a RAS a partir da década de 1990, sinalizando um esforço para superar o problema imposto pela fragmentação do sistema de saúde. Experiências registradas nos Estados Unidos, Canadá e em países da Europa ocidental demonstram um investimento na oferta contínua de serviços a uma população territorialmente delimitada, desenvolvidos de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde. Tais experiências tem demonstrados que as RAS melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Já na América Latina, a implementação da RAS é inicial, sendo o Chile o país com maior experiência na área, onde as RAS já constituem uma política oficial. No Brasil, o tema tem sido tratado recentemente, mas apresenta uma evolução crescente preocupando-se sobretudo em dar uma resposta adequada a atual condição de saúde da população, onde predominam casos de infecção, problemas de saúde reprodutiva, e os desafios das condições crônicas (tabagismo, obesidade, estresse) de trajetórias prolongadas que exigem respostas contínuas e integradas (SILVA; MAGALHES JUNIOR, 2012).

ideia de saúde estava centrada nos fenômenos biológicos, identificados pela categoria “doença”, agora começava a ser inscrita no âmbito social, como resultante de um indicador dos demais campos econômicos, social e individual. Tal concepção passou a convocar a articulação de políticas sociais e econômicas, alternado o modo como se concebe a sua gestão (MARTINEZ, 2016).

O segundo fator é a construção de um projeto com caráter de amplo alcance territorial, ao mesmo tempo que se inserisse nas “porosidades” dos territórios, organizados a partir de ações descentralizadas e regionalizadas com vistas à: ampliação do acesso, melhoria na qualidade da atenção, redução de custos, eficiência, diversificação dos recursos dos territórios, diminuição das desigualdades, aumento da satisfação do usuário e produção de impactos positivos nas condições sanitárias e de saúde das populações (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; PEREIRA et al., 2015; MARTINEZ, 2016).

O modelo de gestão em rede se mostrou como uma estratégia que contemplaria essas dimensões, criando múltiplas possibilidades para atuar sobre a produção de saúde- doença. No entanto, para colocá-lo em prática, foi necessário produzi-lo no âmbito jurídico e adaptá-lo às realidades locais. Dessa forma, as redes exigiram dos gestores brasileiros o desafio de criar um conjunto de infraestrutura adequada, adotar novas técnicas, fazer escolhas conceituais, abrir novos campos de trabalhos com novas forma de operar, enfim, mobilizar diferentes os recursos para colocar em funcionamento uma nova gestão da saúde (MARTINEZ, 2016).

Esse caminho, primeiramente trilhou diversos mecanismos e dispositivos normativos. Passou pelo debate da descentralização e da regionalização da saúde na década de 1990, com as Normas Operacionais Básicas (NOB)¹⁶ que de forma inicial orientaram as medidas de descentralização do SUS; seguido da aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002, e do Pacto pela Saúde em 2006, que constituíram as primeiras etapas da regionalização com a expansão do acesso ao SUS ao valorizarem o planejamento e a coordenação das redes intermunicipais, e, por fim, com a aprovação da Portaria nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011, que sedimentaram uma nova perspectiva para o processo de

¹⁶ A Norma Operacional Básica (NOB 1993) regulamenta as instâncias intergestoras na esfera estadual e federal, além de institucionalizar o repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os estados e município (repasse “fundo a fundo”). A NOB 1996, aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde tendo em vista uma preocupação visível com o funcionamento desordenado das “partes” do SUS. Com a introdução da *Programação Pactuada e Integrada das Ações de Saúde* entre os municípios, mediada pelos estados e pelo Ministério da Saúde, teve-se a intenção de alinhar as responsabilidades dos municípios, os papéis de cada uma das esferas de governo, reordenar as ações dos estabelecimentos do sistema de saúde municipal (RIBEIRO, 2016).

regionalização com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as Regiões de Saúde (CIR)¹⁷ (MACEDO et al., 2017).

Diante desse movimento, o Ministério da Saúde estabelece no âmbito do SUS as redes de Atenção à Saúde, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Assim, lançou as diretrizes organizativas e de financiamento para a institucionalização das redes, com vistas a aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS e assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços produtores de efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

As RAS são muito utilizadas para definir um conjunto de serviços semelhantes, e remetem a construção das redes temáticas que foram desenvolvidas para todas as políticas prioritárias: Redes de Saúde Materno-Infantil, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial (voltadas as pessoas com transtorno mental e aos usuários de drogas), e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

No entanto, no processo de construção do SUS os termos “rede” e “rede temática” não se apresentam como um local da novidade, pois, ao articular serviços semelhantes, limita a rede a pontos hegemônicos. Uma nova gestão de cuidado em rede requer redes transversais, ou seja, redes que se produzem nos entrelaçamentos entre diferentes serviços, atores, movimentos, políticas e o território. As redes temáticas são mais pontuais, organizam-se por uma classificação de conteúdo. Já as redes transversais atravessam e se encadeiam a todo o repertório da gestão da saúde. Portanto, é uma rede heterogênea articulada aos territórios, que ocupa o lugar da novidade na saúde (BRASIL, 2010).

A RAPS é uma das redes temáticas que integra a saúde mental a todos os níveis e pontos de atenção do SUS. Destaca-se pela estruturação dos serviços e a implementação de estratégias de atenção psicossocial em redes integradas e regionalizadas de saúde, envolvendo os territórios das capitais e municípios do interior (MACEDO et al., 2017).

A RAPS fundamenta-se nos princípios da liberdade, autonomia, respeito aos direitos humanos e ao exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes

¹⁷ As regiões de saúde, constituem-se como uma espécie de recorte territorial ou espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com características culturais, econômicas e sociais semelhantes e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Cada CIR tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde), articulando-os pelas Redes de Atenção à saúde (BRASIL, 2011).

sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; combater estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais, desenvolvimento de estratégias de redução de danos, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011).

Em termos organizativos, a RAPS se estrutura em sete componentes, em cada um destes estão inseridos diferentes tipos de serviço (pontos de atenção) conforme ilustra a figura abaixo:

Figura 1- Esquema de estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

1) Atenção Básica – com participação das Unidades Básicas de Saúde, e equipes da Estratégia Saúde da Família desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção e cuidado de pessoas com transtorno mentais e usuários de drogas. Os Núcleo de Apoio à Saúde da Família responsáveis pelo apoio matricial e cuidado compartilhado com a UBS e equipes ESF. As equipes do Consultório na Rua e redutores de danos que ofertam ações e cuidados em saúde

de modo itinerante no território. Os Centros de Convivência e Cultura, que oferecem espaços de socialização e intervenção para a população no geral. Esses pontos também prestam apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório (BRASIL, 2011).

2) Atenção Psicossocial Especializada – Com a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, enquanto dispositivos estratégicos e substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, que assistem as pessoas de forma territorializada a partir de projetos terapêuticos individuais. Os CAPS podem ser do tipo I (para municípios ou regiões entre 20 mil e 70 mil habitantes com funcionamento diurno todos os dias da semana), CAPS II (para municípios ou regiões entre 70 mil e 200 mil habitantes com funcionamento diurno todos os dias da semana, mas podendo funcionar em um terceiro período até as 21 horas), e CAPS III (para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes com funcionamento 24 horas, incluindo finais de semana e feriados). Também há os CAPS específicos para as necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas (CAPS AD) e os destinados a atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas. Nos municípios sem CAPS ad, os CAPS para transtornos mentais gerais são responsáveis pela assistência a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2011).

3) Atenção de Urgência e Emergência – Com a participação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, Unidades de Emergência Psiquiátrica, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, e Unidades Básicas de Saúde. São serviços responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidados nas situações de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

4) Atenção residencial de caráter transitório – Inclui as Unidades de Acolhimento (UA), que oferecem cuidados contínuos para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social e ou familiar que necessitam de um acompanhamento terapêutico ou protetivo transitório. Existem UAs específicas para adultos usuários de drogas e destinadas a adolescentes e jovens de 12 a até 18 anos. Nesse componente também estão os serviços de atenção em regime residencial, como as Comunidades Terapêuticas, que prestam assistência de caráter residencial transitório por até nove meses para usuários de drogas com necessidades clínicas estáveis (BRASIL, 2011).

5) Atenção hospitalar – Caracterizada por serviços hospitalares através de leitos em enfermarias especializadas nos Hospitais Gerais. Acolhem casos graves relacionados a transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas, em especial casos que necessitam de

abstinência, desintoxicação e em casos de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. As internações são em regime de curta permanência (BRASIL, 2011).

6) Estratégias de desinstitucionalização – Com a instituição de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para egressos de longa permanência em hospitais psiquiátricos e inclusão no “Programa de Volta pra Casa”¹⁸, visando garantir aos usuários de drogas e as pessoas que tiveram internadas em longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, provendo autonomia e o exercício de cidadania através da inclusão social (BRASIL, 2011).

7) Estratégias de Reabilitação psicossocial – A reabilitação psicossocial inclui ações de caráter intersetorial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho, iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Tais iniciativas propõem articular as redes de saúde e economia solidária com os recursos do território, visando garantir melhores condições de vida, ampliação da autonomia, contratualidade, e inclusão social de usuário e seus familiares (BRASIL, 2011).

Essa apresentação separada dos componentes (pontos) que compõem a rede de atenção aos usuários de drogas facilita identificação dos atores envolvidos. Entretanto esses dispositivos devem ser compreendidos como articulações permanentes, visando a construção contínua do cuidado. Além disso, a proposta é que os pontos da RAPS trabalhem em rede de forma integrada aos outros setores, descentralizada e articulada ao território onde as pessoas vivem, visando ampliar o acesso e qualificar o cuidado na atenção psicossocial. A qualificação da RAPS, em sua proposta de ofertar de cuidado em liberdade, na perspectiva da atenção psicossocial, já ser vista como uma potencialidade no âmbito do cuidado em rede.

A RAPS se configura como umas das expressões da Reforma Psiquiátrica para o fortalecimento do SUS como política de Estado. Fomenta processos de trabalho mais integrados e democráticos, que necessita ser fortalecida pelo protagonismo dos usuários, familiares, e participação política decisiva dos trabalhadores. Nesse sentido, a expansão e qualificação da RAPS não se limitam a boas técnicas, devem-se seguir o preceito de que Qualidade em Saúde Mental está diretamente ligada à garantia e promoção de Direitos Humanos para todos (KINOSHITA, 2015).

Assim, muito mais do que soluções, a RAPS vem disparar os desafios de outros caminhos para avançar no projeto mais coletivo do cuidado ao usuário de drogas, criando novas

¹⁸ O Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização. Foi instituído pela Lei 10.708/2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

oportunidades para que as pessoas sejam cuidadas na comunidade com a garantia de seus direitos e acesso aos serviços e ações.

A partir da RAPS, conferiu-se mais prioridade para o cuidado em rede aos usuários crack, álcool e outras drogas no SUS. Houve uma ampliação dos dispositivos de atenção comunitária, observando-se o credenciamento de 309 CAPS AD, o que corresponde a, aproximadamente, 14% do total de CAPS brasileiros; 69 CAPS ADIII e 289 SRT. Também foram habilitadas um total de 111 equipes de Consultório na Rua, 34 Unidades de Acolhimento, e um total de 187 hospitais de referência com 888 leitos em saúde mental (BRASIL, 2015).

Portanto, identificou-se muitos avanços sob o prisma da regionalização da RAPS, devido ao maior número e diversidade de serviços nas diversas regiões do país, tendência a interiorização da assistência em saúde mental para municípios de médio e pequeno porte, forte participação da APS no cuidado continuado, descentralização dos leitos de atenção psicossocial e SRT nas grandes cidades (MACEDO et al., 2017).

Além disso, se registra no país um crescimento das comunidades terapêuticas que pertencem ao setor privado, filantrópico ou a instituições religiosas, sem regulamentação e que vem recebendo fortes críticas por não estarem articuladas às diretrizes da atenção psicossocial. Compreende-se que a proliferação desses serviços e o número elevado de internações nos hospitais psiquiátricos são outros indícios da escassez de serviços comunitários e de sua inadequação de cuidado às necessidades de usuários de drogas e famílias (RIBEIRO, 2016; COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Apesar de recente a proposta de estruturação da RAPS de forma regionalizada já são identificados inúmeras dificuldades no seu processo de implementação, as quais estão relacionadas principalmente às enormes desigualdades nas condições socioeconômicas e diversidade territorial nas diferentes regiões, inclusive as particularidades em relação aos arranjos populacionais, perfil de morbidade, ou seja, são aspectos difíceis de serem considerados quando se planeja a cobertura em saúde de forma regionalizada e equitativa. Outro obstáculo refere-se à forte dependência do setor privado, ao subfinanciamento do setor público, e à dificuldade de colaboração entre os municípios, o que coloca em destaque a predominância e a fragilidade dos mecanismos de regulação do trabalho em saúde, aspectos que são históricos desde a implantação do SUS (MACEDO et al., 2017).

Essas dificuldades remetem a um dos principais desafios da Política de Saúde Mental e de Álcool e drogas no Brasil, que é repensar a organização da assistência. A necessidade de avanço não se configura apenas pela abertura de novos serviços, mas principalmente pela integração dos pontos da atenção, observando a distribuição e regularidade de oferta de

serviços, os fluxos de demanda e a coordenação integral do cuidado pelas equipes articulando diferentes pontos (MACEDO et al. 2017).

Além da RAPS, a rede de atenção aos usuários de drogas também deve ser compreendida a partir do envolvimento das RAS, do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e outros setores estratégicos como a segurança e defesa social, os quais vinculam ações de prevenção da criminalidade, educação e reinserção social dos indivíduos privados de liberdade ou em cumprimento de medida socioeducativa. A educação, em especial no que tange à prevenção, tem, nas escolas, espaços privilegiados para a realização de trabalhos educativos e, em outros setores, como a cultura, esporte, lazer, outras possibilidades de ações preventivas e atreladas ao cuidado (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

É imperativo que se incorporem juntos aos serviços e setores os recursos comunitários, a fim de fomentar efetivas possibilidades de reinserção social (BEZERRA; DIMENSTEIN; 2008). Uma abordagem ampliada se dá pela mobilização e inclusão de diferentes seguimentos da comunidade no cuidado com envolvimento da família, dos espaços de lazer, de cultura, e da sociedade de modo a complementar e potencializar o alcance e eficácia da rede (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Um sistema de gestão em rede todas as partes envolvidas devem se comunicar, não havendo uma hierarquia entre os diferentes pontos. É, portanto, diferente de um sistema de pirâmide. Mendes (2011) compara o modo de funcionamento dos sistemas fragmentados de saúde do tipo piramidal hierárquico e as *redes*, cuja assistência é organizada por um conjunto coordenado de pontos de atenção. No sistema hierárquico, os níveis de atenção são classificados por níveis de complexidade crescente. Tal visão fundamenta-se num conceito distorcido de complexidade, já que banaliza a atenção primária e sobrevaloriza as práticas que exigem mais densidade tecnológica nos níveis secundários e terciários.

Na organização em pirâmide, os níveis hierárquicos também são bem demarcados, a comunicação é comprometida e a organização depende de disciplina e comando. Há um reforço do poder das especialistas, a fragmentação do trabalho, e uma desvalorização da escuta dos problemas de saúde da população e das possibilidades de intervenção (WHITAKER, 1993; RIGH, 2010; SOUZA; ABRAHÃO; GULJOR, 2016).

Num sistema em rede, os pontos de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio se ligam horizontalmente, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede, de forma que cada nó, ao se ligar a vários outros, permite percorrer caminhos variados mantendo a interconexão (MENDES, 2011). Portanto, a nova assimilação do conceito de rede representa:

uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de poder, diferentes funções sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção do cuidado em processos mais flexíveis. É, portanto, diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede. Ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo (RIGHI, 2010 p. 65).

Estruturar a rede de atenção aos usuários de drogas com diversos pontos de atenção, ações de reinserção psicossocial, redução de danos pautadas em tecnologias leves de acolhimento, sustentação do vínculo indica um alto nível de complexidade. Além disso, a lógica horizontal desvela a necessidade de garantir acesso aos serviços e tecnologias de acordo com as necessidades, estando flexível a diversos arranjos (SOUZA; ABRAHÃO; GULJOR, 2015).

O desenho da hierarquização no campo da atenção aos usuários de drogas não traduz o fluxo ou mesmo é uma posição sustentável. O usuário que faz uso abusivo de drogas necessita de acolhimento no momento em que acessa o sistema, seja na emergência clínica, na atenção básica, CAPS, ambulatório, abrigo público, ou na rua. O encontro com a equipe de cuidado é determinante para o percurso posterior. Apesar do dispositivo especializado ser fundamental na rede de atenção, não é um pressuposto que seja a equipe especialista a única capaz de ofertar o cuidado necessário. Com isso, a sensibilização da equipe no que se refere ao cuidado técnico e a atenção psicossocial deve permear a rede, constituindo-se um trabalho antecedido pela desconstrução de estigma e de preconceito (SOUZA; ABRAHÃO; GULJOR, 2015).

Portanto, estruturar a rede de atenção aos usuários de drogas não se restringe à implementação de dispositivos, ou a organização de serviços, envolve a adoção de uma lógica de cuidado que redirecione o olhar da doença para o sujeito, e uma direção de trabalho que transcenda o foco na remissão de sintomas da intoxicação e da abstinência, mas que opere nos projetos de vida (SOUZA; ABRAHÃO; GULJOR, 2015).

Nesse sentido, é possível pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos, e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e gestão, viabilizando a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECÍLIO, 2001).

Dentro dessa lógica, dois princípios são fundamentais para a organização da rede de atenção aos usuários de drogas: a integralidade e a intersetorialidade. A integralidade é entendida como um conjunto articulado e contínuo de serviços, profissionais e ações, que inclui aspectos de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação social tanto de forma individual como coletiva e realizadas em todos os níveis dos sistemas de saúde e assistência

social, ou seja, ações com características menos impeditivas (COSTA; LAPORT; PAIVA, 2015).

A integralidade na rede ganha potência no momento em que é pensada a partir do estabelecimento de uma relação contínua entre os atores dessa rede, ou seja, pela continuidade do cuidado nas diversas modalidades de tratamento, com garantia de acesso, estabelecimento de vínculos e construção de responsabilidades entre profissionais e serviços. Nessa perspectiva, o tratamento ao usuário de álcool e outras drogas não é compreendido como um evento, no qual um único serviço resolve o problema, e sim como um processo ou trajetória, integrando diferentes possibilidades de suporte ao usuário (MOTA et al., 2015).

A intersetorialidade parte do pressuposto que o esforço isolado de um determinado setor não é suficiente para dar conta de algo tão complexo como o uso/abuso de drogas. Os problemas da população estão ligados a diversas causas e dimensões e o ser humano deve ser visto em sua totalidade, considerando as condições particulares de sua vida e as necessidades individuais e coletivas. As ações nesse sentido, são definidas a partir dos problemas da população, que, por sua vez, são multifatoriais, e requerem necessariamente parceria entre diversos serviços e setores e ações que incidam nos determinantes sociais sobre o uso de drogas e promovam saúde (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Na atenção aos usuários de drogas, o que pode se observar ao longo do tempo foi justamente a construção de uma política de enfrentamento às drogas fragmentada e excludente, que ora compreendia o problema das drogas como do setor saúde, ora da segurança pública (LAPORT; JUNQUEIRA, 2015). A estrutura segmentada dos governos em saberes setorializados tem efeitos sobre os usuários que frequentemente são qualificados por suas necessidades pontuais e vulnerabilidades objetivas, aprendidas de modo fragmentado, perdendo a sua dimensão de sujeito social e, por conseguinte, distanciando-se de práticas que possam assegurar sua autonomia e atuação política (TUMELERO, 2013).

O caráter intersetorial da rede aos usuários de drogas recebeu mais foco a partir das estratégias políticas em torno da discussão do uso do crack, quando foram instituídos o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas”, que ampliou-se em 2011 pelo Programa “Crack é possível vencer”. Houve um esforço em unificar às políticas públicas sobre drogas, propondo formas de cuidado e tratamento mais integradas, entre os diversos Ministérios (Saúde, Justiça, Desenvolvimento e Assistência Social). Assim, a inovação foi a perspectiva de uma rede intersetorial enquanto estratégia política.

A intersetorialidade dialoga com a visão multifacetada do problema do uso de drogas, correspondendo a uma visão social com abrangência das esferas individuais e coletiva. Assim,

implica a necessidade de enfrentamento conjunto, tanto pela atuação integrada dos diversos atores políticos, como pela integração de ações no território (LAPORT; JUNQUEIRA, 2015).

Além do trabalho integrado, as intervenções em rede na área de álcool e drogas envolve necessariamente mudanças de valores socioculturais, sobretudo no combate ao moralismo, devendo superar visões meramente setoriais e unilaterais por visões multidisciplinares e intersetoriais. Assim, deve-se reconhecer a heterogeneidade e a diversidade dos múltiplos fatores associados a esse problema e compreender às transformações que giram ao redor do discurso político emergente que direciona as políticas públicas (LAPORT; JUNQUEIRA, 2015).

O sujeito, nessa perspectiva, passa a ser considerado de forma holística em sua dimensão biopsicossocial, integrando aspectos biológicos, psicossociais, sociais e espirituais. A partir disso, a rede pode ter uma noção mais ampliada do fenômeno de como as drogas afetam as pessoas, padrões de uso que caracterizam uma dependência, estando sensível as singularidades dos indivíduos, suas condições de vida, crenças e motivações para o uso. A leitura de diferentes profissionais sobre esses aspectos e a sua integração para melhorar as condições de vida dos usuários, caracterizam uma abordagem interdisciplinar, a qual deve perpassar todo o trabalho em rede (COSTA; LAPORT; PAIVA, 2015).

Para Mendes (1996), intersetorialidade é um processo complexo, pois se constitui em espaços de compartilhamento de saber e poder, de construção de novas linguagens, de democratização das relações e de uma intensificação da ação comunicativa entre gestores, técnicos e usuários dos serviços. Envolve o enfrentamento de contradições, restrições e resistências. Entretanto, para o desenvolvimento de uma cultura de trabalho intersetorial é preciso romper as barreiras que impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método.

A atuação intersetorial, suscita mudanças nas práticas e na cultura organizacional. Por ser uma diretriz recentemente incorporada pelas políticas e programas, ainda tende a ser particularizada por cada uma das políticas setoriais. É um processo que tem riscos e que afeta os interesses individuais, e de grupos, muitas vezes divergentes, dificultando assim, a formulação e articulação de propostas compartilhadas, que dialoguem com a complexidade e dinamicidade da realidade social (PEDROSO; ABREU; KINOSHITA, 2015).

Nessa lógica de trabalho, não basta apenas reunir diferentes profissionais num mesmo local diante de um mesmo problema, ou de uma “aproximação de corporações fechadas”, é preciso garantir que haja uma ampliação da comunicação. O desafio consiste em romper a visão

fragmentada e setorial, e construir novos saberes e experiências articuladas para a solução sinérgica de problemas (INOJOSA, 2001).

A intersetorialidade da rede no cuidado ao usuário de drogas configura-se como um processo ainda em construção, principalmente no que se refere a sua aplicabilidade. No entanto, tem muito a contribuir sobretudo pela capacidade de impulsionar que as diferentes políticas públicas se comuniquem, favorecendo o diálogo entre diferentes atores políticos e sociais. Além disso, possibilita “o estabelecimento de objeto de intervenção comum, que não a saúde, a educação, a segurança pública, ou assistência social, o foco é no sujeito (e não na droga), é ele em sua totalidade que reflete essa intervenção” (LAPORT; JUNQUEIRA; 2015, p.79).

Tal rede de atenção deve ser construída em torno das pessoas, e do território que esse cuidado se constitui. A ideia de território no cuidado em rede de atenção psicossocial dialoga com o conceito de território desenvolvido pelo geógrafo Milton Santos. O autor busca superar a visão descritiva da geografia, reconhecendo componentes naturais e sociais do território interdependentes e em sistemas, com papel fundamental na vida dos sujeitos e do corpo social (SANTOS, 2002)

Essa concepção parte de ideia de que o território não é simplesmente um espaço geográfico, mas é feito de demografias, epidemiologias, tecnologias, economias, aspectos sociais, culturais e políticos. Ele é um processo contínuo articulado por vários atores políticos, que têm necessidades, interesses, desejos e sonhos. Possibilita, portanto, uma visão desfragmentada das diversidades sociais, econômicas e política presente na vida cotidiana (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016).

Portanto, nessa lógica, é impossível pensar em rede sem considerar o cenário território. É necessário que a construção do cuidado como estratégia em rede seja pensada com base no tempo e no lugar que a vida se constitui, considerando a sua cultura, a forma como as pessoas se organizam, as diferentes influências sociais, políticas e econômicas. Dessa forma, compreende-se que implementar uma rede de cuidados em cidades remotas ao longo da Floresta Amazônica é completamente diferente da implementação de redes de cuidados na periferia de uma metrópole (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016).

Sem valorizar o espaço vivido há o risco de segregar, separar em áreas de especialidade e de projetar esses equipamentos sobre territórios, ou seja, torna-los apenas espaços de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. Esse é o risco que corre uma rede hierarquizada, a qual impede que se veja o território sob a rede. Assim, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo (RIGHI, 2010).

A concepção de território remete à criação de uma rede de intensa articulação e porosidade entre serviços e os recursos em torno deles. Significa também a criação de outros recursos, a reinvenção de outros relacionamentos com esse novo local, de inventar e produzir espaços, ou ocupar territórios dentro de uma cidade (YASUI, LUZIO; AMARANTE; 2016).

Pensar a atenção em saúde mental do lugar que se habita é também atuar nas perspectivas da atenção psicossocial no que se refere à participação popular, à ampliação do conceito de saúde (incluindo questões sociais e culturais), à priorização do sistema extra-hospitalar, ao direito de cidadania, à implicação subjetiva do usuário, ao espaço da instituição como interlocutor no território e da saída da instituição do seu interior para a tomada do território de vida dos sujeitos (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2002).

Assim, o trabalho em rede no território reposiciona o usuário para si e mesmo e para o mundo e esse reposicionamento pressupõe uma singularização, construção de projetos de vida, e maior contratualidade social, autonomia, participação para desfrutar de todos os aspectos socialmente produzidos que vão além das necessidades básicas (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2016).

Portanto, pensar em um sistema de gestão em rede envolve considerar os diferentes aspectos que o compõe, os diferentes serviços, setores, equipamentos e o território. Entretanto, sua construção implica, sobretudo, que se coloque em questão o processo de interação entre eles, as relações estabelecidas, o padrão de comunicação, e que modelos de gestão estão produzindo. É nesse sentido que a construção de redes se mostra uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, saberes, especialidades. São esses movimentos dentro e fora do serviço e destes com as políticas sociais que fazem com que as redes sejam produtoras de saúde num dado território (BRASIL, 2009).

Dessa forma, também faz sentido compreendermos as redes de atenção aos usuários de drogas como um processo contínuo e não como um produto estático e acabado. Trata-se de uma construção permanente, conflituosa, onde saberes e práticas podem ser potencializados a partir de reflexões mais aprofundadas, reverberando no planejamento e implementação de projetos e ações mais contextualizados e eficazes (COSTA et al., 2013).

Portanto, muito mais que soluções o trabalho em rede na atenção aos usuários de drogas trouxe novos desafios e outras perspectivas de cuidado que ganham potência a partir da compressão que as redes são um processo inacabado e em movimento exigindo constantes transformações, adaptações, diferentes conexões e continua construção.

4 ABORDAGEM TEÓRICA METODOLÓGICA

A pesquisa-ação e a avaliação de empoderamento são ferramentas que fornecem contribuições para operacionalizar a proposta qualitativa deste estudo. A pesquisa-ação, devido aos seus fundamentos teóricos e epistemológicos de pesquisa social empírica orientada para o desenvolvimento de uma proposta de ação.

A avaliação de empoderamento, por seu embasamento em princípios e orientações práticas adaptáveis aos contextos, fornece subsídios para analisar o processo avaliativo e construir junto aos envolvidos uma proposta de ação, orientada para as necessidades e melhoria da prática. Portanto, a articulação entre a pesquisa-ação e avaliação de empoderamento possibilita análise do processo e ação, combinando teoria e prática avaliativa.

4.1 Fundamentos da pesquisa-ação

A pesquisa-ação tem suas origens fundamentadas nas ideias da investigação da prática com a finalidade de melhorá-la, por isso, é difícil identificar quem a inventou, onde, quando, ou mesmo estabelecer uma definição. Embora não seja uma abordagem recente, sabe-se que no início do século XX já foi sugerida em alguns trabalhos, entre eles o de Kurt Lewin¹⁹ após a Segunda Guerra Mundial. Sendo uma abordagem de pesquisa experimental de campo, tinha por finalidade a mudança de hábitos alimentares da população e também a mudança de atitudes frente a grupos étnicos minoritários. Suas pesquisas caminhavam de forma paralela aos estudos de dinâmica de grupo e teve grande desenvolvimento em atividades ligadas ao desenvolvimento organizacional (FRANCO, 2005; MELO; FILHO; CHAVES, 2016).

A ideia inicial de pesquisa-ação pautava-se em um conjunto de valores considerados inovadores devido ao caráter participativo. Também na construção de relações democráticas, no reconhecimento dos direitos individuais, culturais e éticos das minorias e a resolução de problemas com base na prática (FRANCO, 2005; MELO; MAIA FILHO; CHAVES, 2016).

Muitas contribuições teóricas e práticas foram incorporadas à pesquisa-ação num cenário caracterizado por movimentos sociais e de forte crítica a tradição positivista nas pesquisas sociais. Convergiam-se para uma perspectiva teórica e prática voltada para a valorização de caráter crítico, dialético, de libertação, emancipação e intervenção em diversos

¹⁹ Psicólogo alemão. Em 1933, por ser judeu, foi obrigado pelos nazistas a deixar a Alemanha. Ao chegar aos Estados Unidos, encontrou problemas sociais semelhantes àqueles da Alemanha, mas desta vez eram negros, mulheres e adolescentes de rua (gângues), em vez de judeus. Seus estudos de pesquisa-ação começaram quando passou a trabalhar junto as universidades norte-americanas (MELLO; MAIA FILHO; CHAVES, 2016).

campos de atuação, como da educação, promoção da saúde, desenvolvimento organizacional, de comunidades, entre outros (REASON, 2006; CARVALHO, 2012).

A pesquisa-ação tem importantes contribuições do educador brasileiro Paulo Freire, a partir de seus estudos no campo da educação popular, visando à transformação da sociedade através de estudos de natureza política e crítica. A ação educativa de Paulo Freire constituía-se em um processo de observação e reflexão e que levava a uma ação transformadora da realidade dos participantes. É considerada uma educação conscientizadora, pois além de conhecer a realidade, buscava transformá-la. A pesquisa-ação, a partir das contribuições desse autor, adquire um aspecto emancipatório e de conscientização dos participantes (FREIRE, 2000; CARVALHO, 2012).

Na área das Ciências da Saúde, estudos destacam a relevância da pesquisa-ação, por se constituir principalmente como uma possibilidade de intervenção e transformação das práticas de saúde. A inserção do pesquisador no campo e a relação estabelecida entre os participantes têm contribuído para mobilizar aprendizagem, articulada a uma prática crítica e mais reflexiva, além de se constituir como uma importante ferramenta de inclusão de sujeitos (KOERICH et al., 2009; SANTOS; TESSER, 2012; NETTO et. al, 2015).

Para Thiollent (1986), a estrutura metodológica da pesquisa-ação possibilita uma grande diversidade de propostas de pesquisas nos diversos campos de atuação social. Os valores vigentes em cada sociedade e setor alteram de forma significativa o teor das propostas de pesquisa-ação. Nesse sentido, o autor sugere compreendê-la como provisoriamente aberta à questão valorativa, sem fazer referência a uma pré-determinada orientação da ação ou a um predeterminado grupo social. Para o autor:

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1986, p. 14).

A pesquisa-ação, enquanto vinculada à pesquisa social²⁰ com base empírica, apresenta especificidades no que se refere à compreensão da realidade social, de maneira ampla em função da estreita relação que o pesquisador assume com o campo. Nesse sentido, podemos

²⁰ A pesquisa social é considerada um processo que utiliza a metodologia científica para a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. Uma realidade que é historicamente situada e da qual o homem se envolve enquanto ator (GIL, 2008). Ela trabalha com gente, ou seja, leva em consideração a intersubjetividade dos grupos específicos ou das pessoas, em um contínuo processo de interação. É dessa interação que se constroem as hipóteses, os pressupostos teóricos e o conhecimento sobre o mundo (MINAYO, 2008).

entender sua aproximação com os estudos de abordagem qualitativa. Na pesquisa-ação, há clareza de que os atores do processo se articulam em torno de um planejamento participativo, de modo que, quem participa do processo, também se coloque em uma posição de que faz parte das transformações da realidade. Nela, não é possível interagir com o campo de forma neutra, como nas abordagens científicas mais tradicionais.

Portanto, entende-se que a pesquisa-ação é uma estratégia de pesquisa que concebe e organiza uma pesquisa social com a finalidade prática, de profunda interação dos atores com o ambiente. Ela recorre a técnicas científicas que possibilitam a participação coletiva dos diferentes atores envolvidos na situação, assim como o desenvolvimento de uma ação planejada de caráter social e pedagógica (THIOLLENT, 1986).

Compreender a pesquisa-ação enquanto pesquisa social empírica requer trabalhar com os processos de relações entre as pessoas/grupos e as especificidades das situações sociais. A história, a cultura, as práticas, as intenções e as relações não podem ser vistos de forma separada, mas devem ser analisadas em conjunto com todos os atores que participam do processo.

Também na perspectiva da pesquisa-social empírica, a abordagem científica que se utiliza para construção teórica da pesquisa-ação é confrontada pelo campo. Como parte da relação, ela contribui para a construção de algo novo, singular, contextual, que é aproveitado pelo local, pelos participantes envolvidos e para a construção de conhecimento mais amplo no campo da pesquisa social.

Entendo que na pesquisa-ação, além de fundamental a imersão do pesquisador em campo, há um reconhecimento de que o campo é modificado pelo desenvolvimento da pesquisa, pelas construções coletivas e pela presença do pesquisador. Essas interações atribuem um sentido diferente da tradicional “coleta de dados”, na qual o campo e os participantes são meros informantes. Envolvem um processo dialógico e coletivo, de “produção” e/ou “construção dos dados”²¹ da realidade investigada. Tais características conferem à pesquisa-ação uma abordagem distinta das pesquisas tradicionais, embasadas nas ideias de neutralidade e objetividade. Em contraste, traz importantes contribuições para o avanço das pesquisas com natureza qualitativa, que buscam a valorização da dinâmica de interação entre os participantes, havendo um reposicionamento do pesquisador (MINAYO, 2008).

²¹ Do ponto de vista dos recentes estudos acerca da cognição numa perspectiva construtivista, não há coleta de dados, mas uma produção dos dados da pesquisa. A formulação paradoxal de uma “produção dos dados” visa ressaltar que há uma real produção, mas do que, em alguma medida, já estava lá de modo virtual (KASTRUP, 2015).

Ainda na pesquisa social convencional, há uma grande distância entre os resultados da pesquisa e as possíveis decisões ou ações. São privilegiados os aspectos individuais, tais como opiniões, atitudes, motivações e comportamentos captados por meio de questionários e entrevistas. Essas exigências científicas são importantes, mas não são únicas e não se aplicam a todas as áreas, como é o caso das pesquisas sociais com base empírica que pretendem estudar a dinâmica dos problemas, as decisões, as ações, as negociações, os conflitos e as tomadas de consciência que ocorrem entre os participantes durante o processo de transformação da situação (THIOLLENT, 1986).

A pesquisa-ação é um processo sistemático, democrático e participativo, enraizado na experiência cotidiana e dirigido para o desenvolvimento prático do saber. Pretende reunir ação e reflexão, teoria e prática, com o objetivo de buscar soluções práticas que resultem no desenvolvimento de pessoas e suas comunidades (REASON; BRADBURY, 2001).

Tripp (2005) entende a pesquisa-ação com um dos tipos de investigação-ação, termo que se refere a processos que seguem um ciclo-planejamento, implementação, descrição e avaliação, no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre o agir e o investigar. No entanto, a pesquisa-ação difere de outros tipos de investigação-ação, pois se utiliza de técnicas de pesquisas consagradas para informar a ação que se decide e produzir a descrição dos efeitos das mudanças da prática no ciclo de investigação-ação. O autor entende que:

Embora a pesquisa-ação tenda a ser pragmática, ela se distingue claramente da prática e, embora seja pesquisa, também se distingue claramente da pesquisa científica tradicional, principalmente porque a pesquisa-ação ao mesmo tempo altera o que está sendo pesquisado e é limitada pelo contexto e pela ética da prática (TRIPP, 2005, p. 447).

A teoria tem um papel fundamental na pesquisa-ação e oferece subsídios para problematizar a prática. Torna possível a compreensão das situações, planejamento para melhorias e análise dos resultados (TRIPP, 2005). Além disso, compreende-se que a teoria, se modifica pelas especificidades da prática. Portanto, não prevê um modelo pronto, mas possibilita aberturas e flexibilidade para adaptações ao contexto e as diferentes construções. Trata-se de uma pesquisa redefinida e adaptada em campo em razão das circunstâncias, das dinâmicas dos participantes e da situação investigada (THIOLLENT, 1986).

Para Franco (2005), três dimensões contribuem para compreender a pesquisa-ação: a dimensão ontológica, a dimensão epistemológica e a dimensão metodológica.

A dimensão ontológica se refere à natureza do objeto a ser conhecido, ou seja, o que se pretende conhecer com a pesquisa-ação. O foco da pesquisa é conhecer a realidade social a fim

e melhorá-la. O conhecimento pretendido é o da pedagogia de mudança das práxis, que se refere a uma ação pedagógica que implica atitudes que problematizam e contextualizam a prática dentro de uma perspectiva crítica. Tais conhecimentos devem permitir uma melhor compreensão dos condicionantes das práxis, produzir conhecimentos para estabelecer mudanças nas práticas profissionais, reestruturar processos formativos e melhoria das práticas para fins coletivamente desejados numa perspectiva científica.

A dimensão epistemológica²² é referente a como se estabelece a relação entre o sujeito e o conhecimento. A pesquisa-ação assume uma postura diferenciada diante do conhecimento, fundamentada em princípios que rompem com perspectiva positivista de neutralidade e autonomia em relação à realidade social. Requer um “mergulho” na intersubjetividade da dialética²³ do coletivo, buscando conhecer e intervir na realidade que pesquisa. A pesquisa e a ação estão imbricadas, assim, o pesquisador é parte do universo pesquisado.

Para o autor, são pressupostos epistemológicos fundamentais em direção a uma perspectiva dialética: priorização da dialética da realidade social, da historicidade dos fenômenos, da práxis, das contradições, as relações e da ação sobre as circunstâncias; a práxis é entendida como mediação na construção do conhecimento (por meio dela se veicula teoria e prática, pensamento e ação, pesquisar e formar), não há como separar sujeito que conhece do objeto a ser conhecido; o conhecimento não se restringe à mera descrição, vai além, por meio dos movimentos dialéticos do pensamento e da ação; a interpretação dos dados precisa se realizar em contexto; o saber produzido é necessariamente transformador dos sujeitos e das circunstâncias.

A dimensão metodológica está relacionada aos procedimentos que articulam ontologia com epistemologia. Refere-se a uma dinâmica de princípios e práticas dialógicas, participativas, e transformadoras que rejeita noções positivistas de verdade e objetividade. A metodologia deve permitir ajustes, caminhando de acordo com as sínteses provisórias. A flexibilidade de procedimentos é fundamental e o método deve contemplar o exercício contínuo de espirais cíclicas: planejamento; ação; reflexão; pesquisa; ressignificação; replanejamento, ações cada vez mais ajustadas às necessidades coletivas e reflexões (FRANCO, 2005).

²² Para Dick (2009) a pesquisa-ação exerce de forma dialética a ação (ou mudança) e a pesquisa (aprendizado ou compreensão). A pesquisa prevê a aprendizagem e a ação prevê a mudança, usando-se de processo cíclico que alterna ação e reflexão crítica. É um processo interativo, que leva a melhor compreensão do que acontece convergindo para uma perspectiva de intervenção/ação e mudança na prática em que se pesquisa.

²³ Refletir sobre a realidade partindo do empírico (a realidade dada, o real aparente, o objeto assim como ele se apresenta à primeira vista) e, por meio de abstrações (elaborações do pensamento, reflexões, teoria), chegar ao concreto: compreensão mais elaborada do que há de essencial no objeto, o qual é síntese de múltiplas determinações (PIRES, 1997).

Por ter características interativas, como dito anteriormente, a pesquisa-ação se assemelha e se articula com os fundamentos teórico-metodológicos da pesquisa avaliativa participativa, referencial a ser discutido neste estudo. Na perspectiva da pesquisa-ação, o processo participativo não se restringe à observação do pesquisador ou ao fornecimento de informações a respeito do campo da pesquisa, mas a um envolvimento efetivo dos participantes que implique uma ação. Essa ação se retroalimenta, uma vez que ela busca encontrar respostas a uma determinada realidade, mas também essas mesmas respostas geram novas perguntas, que tencionam o campo e permitem a ressignificação do processo.

Pretende-se, com a pesquisa-ação, criar um compromisso²⁴ com as pessoas envolvidas, de modo que suas necessidades e interesses sejam considerados prioridades (CHATAWAY, 2001). Na perspectiva da abordagem metodológica, deve garantir possibilidades de decisão sobre os aspectos relacionados à pesquisa que os afetam, e contribuições para a construção de uma ação coletiva significativa e relevante. Daí sua vinculação estreita com a pesquisa avaliativa participativa, como um caminho para criar espaços de debate que possam avaliar a realidade e promover transformações sobre práticas e análise de questões cotidianos, a partir das necessidades dos atores.

Com a proposta de trabalhar o cuidado aos usuários de drogas, articulando pesquisa-ação e avaliação, questiona-se: como a pesquisa-ação pode contribuir para a avaliação da rede de atenção psicossocial atenção aos usuários de drogas? Como essa abordagem pode promover melhorias nas práticas em rede como premissa de cuidado no campo da atenção psicossocial?

Na perspectiva da atenção psicossocial, é necessário que as avaliações contribuam para repensar e melhorar as práticas junto com os atores sociais, fortalecendo a função técnica e política do trabalho em rede. No caso do uso de drogas, a abordagem intersetorial é fundamental para compreender a complexidade do fenômeno, que é multidimensional. Habilidade de negociação, profundidade de debate e articulação é imprescindível para qualificar o cuidado em liberdade neste campo.

Sendo assim, após a apresentação dos fundamentos teórico-epistemológicos da pesquisa-ação, discorrerei sobre os aspectos da avaliação no contexto da saúde e da saúde mental, e posteriormente a avaliação de Empoderamento, que fornece subsídios para

²⁴ Compromisso esse que é político, porque envolve negociação, debate e conflito. Por estar intimamente relacionada à ação proposta e desencadeada pelos interesses dos grupos participantes, ela pode desenvolver um genuíno processo político e ético de transformação (THIOLLENT, 1986). Esse casamento entre o compromisso e a negociação para produzir transformação é a chave para entender a importância/relevância de processos ativos em metodologias avaliativas com foco na participação.

operacionalizar a proposta e, junto com a pesquisa-ação, compõem o Referencial Teórico-Metodológico adotado neste estudo.

4.2 Avaliação no contexto da Saúde e da Saúde Mental

O conceito de avaliação aparece após a Segunda Guerra Mundial voltado para a avaliação de Programas Públicos nos Estados Unidos, em um cenário que o estado passava a substituir o mercado nas áreas da saúde, educação, emprego, bem-estar social, e buscava encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Os economistas foram os pioneiros da avaliação por apresentar métodos para analisar as vantagens e custos desses programas, mas que logo mostraram-se insuficientes especialmente para a aplicação em programas sociais e da educação (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000). Assim, a avaliação emerge com função estratégica na administração dos serviços públicos, buscando meios para subsidiar a atuação do estado.

No contexto do sistema de saúde, mais especificamente na área sanitária, a avaliação se desenvolvia como a melhor solução frente a necessidade de informação de funcionamento e eficácia de um sistema que se mostrava complexo devido as incertezas com relação aos problemas de saúde e intervenções, o desenvolvimento rápido de novas tecnologias médicas, e crescentes expectativas da população. A maioria dos países criaram organismos para avaliar as novas tecnologias, havendo uma proliferação da avaliação, que demonstrou um sinal de necessidade e também da complexidade da área (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

A avaliação de programas como um campo distinto da prática profissional nasceu de duas lições desse período de experimentação social em grande escala e intervenção governamental: primeiro por que não havia dinheiro suficiente para fazer tudo o que era necessário, e segundo por que era preciso mais do que dinheiro para resolver os problemas sociais e humanos complexos. Como nem tudo poderia ser feito deveria haver uma base para decidir o que seria mais importante (PATTON, 1997).

Portanto, o campo científico da avaliação, articulado ao desenvolvimento das políticas públicas, entra para oferecer ao Estado instrumentos para a tomada de decisão com relação ao investimento dos recursos públicos. Com isso, pode se dizer que a avaliação ao surgir de uma necessidade da prática foi movida pelo conhecimento científico.

O estímulo à utilização de práticas avaliativas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) acentuou-se a partir da declaração de Alma Ata, quando o apoio à gestão nacional de

saúde, com vistas à “Saúde para todos no ano 2000” passou a incluir a avaliação como importante componente do processo de gestão sanitária (FURTADO; SILVA, 2014).

A América Latina impulsionou avaliações utilizadas para distintos fins, dentre os quais, aqueles orientados a demonstrar os sucessos alcançados por determinados governos. Mais do que finalidades econômicas ou transparência, sua utilização se deu por fins políticos, por um lado visando legitimar governos tanto de direita como de esquerda, e por outro lado, “punir” ou tornar evidente as ineficiências daqueles considerados adversários políticos. Tal processo contribuiu para as ideias de oposição, recusa e descrédito à avaliação como ainda pode ser observado hoje em dia (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2011).

No Brasil foi tardio o empenho em tornar a avaliação presente no planejamento, implementação e monitoramento dos serviços e instituições, devido a três fatores interdependentes: a tutela de um Estado autoritário, avesso a submeter suas incipientes políticas sociais à avaliação ou a qualquer outro tipo de análise; a sociedade brasileira também estava longe de requerer dos políticos e gestores, responsabilidade e transparência nas políticas públicas, programas e serviços, como aconteceu nos Estados Unidos; as políticas sociais eram focalizadas e residuais, distantes da concepção de um estado de bem-estar social presentes na Europa e Canadá, em que esse aspecto foi um fator de estímulo ao desenvolvimento da avaliação (FURTADO; SILVA, 2014).

Nos países latino-americanos a avaliação desperta crescente interesse a partir da década de 80 junto as experiências de Reforma no setor Saúde. No caso do Brasil, a proposta do SUS que, ao prever o direito à saúde como direito de cidadania e adotar princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade e controle social das ações no setor público e regulação dos prestadores privados, amplia a importância econômica e política das ações, serviços e programas. Dessa forma, também se tornou alvo de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade incitando a necessidade de avaliações sistemáticas (FURTADO; SILVA, 2014; BOSI; MARTINEZ, 2011).

Para Furtado e Silva (2014) o interesse em realizar avaliações de programas de saúde no país foi favorecido por processos sociais concomitantes: a organização e estruturação do SUS, que resultou na formulação e implantação de políticas setoriais e globais que requeriam avaliação dos seus resultados, ao lado da própria constituição do espaço da Saúde Coletiva, que aglutinou pesquisadores e gestores em torno dessa temática; e a indução exercida pelo financiamento de instituições internacionais expressa nas exigências de avaliação de projetos. Tais exigências foram incorporadas e fomentadas pela busca da institucionalização da avaliação com um maior protagonismo do Ministério da Saúde no século XXI que passou a conduzir

processos avaliativos com pessoal próprio e a incentivar ações avaliativas pelas universidades por meio de editais.

A parceria com as instituições acadêmicas possibilitou a descrição plena e completa de serviços, programas e sistemas de saúde. No entanto, esse tipo de iniciativa se apresentou mais como um amplo diagnóstico visando entender o que está ocorrendo do que um processo de avaliação destinado à tomada de decisão pelos interessados. As avaliações impulsionadas nos últimos anos propiciaram que a tomada de decisão fosse mais centralizada, tendo em vista que o gestor ao analisar “diagnóstico” emite o juízo de valor para mobilizar os recursos, o que resulta em uma prática muitas vezes normativa e descontextualizada do nível local, fragilizando o processo de descentralização tão caro para o SUS (TANAKA; RIBEIRO, 2015).

4.2.1 Considerações epistemológicas da Avaliação

Para Contandriopoulos et al., (2000) “as definições de avaliação são numerosas sendo possível dizer que cada avaliação constrói a sua”. Há uma profusão de conceitos com diversidade no âmbito epistemológico, metodológico e de nomenclatura, o que indica certa dificuldade de clareza na comunicação sobre o tema, mas também a riqueza do campo da avaliação (PATTON, 1997; FURTADO, 2001).

Guba e Lincoln (2011) delinearão, a partir de um percurso histórico, o tema da avaliação levando em consideração o desenvolvimento de conceitos e conhecimentos ao longo de cem anos. A ideia dos autores contribui para o debate, especialmente por introduzir a importância das abordagens qualitativas e participativas na área da avaliação. Entretanto, pressupõem uma certa linearidade e homogeneidade sem considerar as especificidades e pluralismos metodológicos, epistemológicos e políticos do campo (FURTADO; SILVA, 2014). Portanto, ao analisá-las é importante considerar que uma não substitui a outra, mas coexistem, estando relacionadas aos objetivos e contextos em que serão desenvolvidas.

A primeira geração caracteriza-se pela mensuração, na qual o avaliador assume a função técnica, medindo através de uma variável o que está sendo investigado; a segunda geração além de medir também busca descrever o processo afim de identificar como uma atividade alcança ou não os determinados resultados; a terceira geração, inclui o juízo de valor, visando estabelecer os méritos do programa avaliado, mantendo também a função técnica e descritiva das anteriores (GUBA; LINCOLN, 2011).

Cada geração representou avanços em relação a variedade de sentidos ou conteúdos incluídos na construção defendida e ao nível de sofisticação. A coleta de dados sistemática

sobre indivíduos se tornou possível com desenvolvimento de instrumentos apropriados, o que caracterizou a primeira geração. A segunda geração apresentou possibilidade de avaliar diferentes objetos de avaliação não humanos, como conteúdos, programas, estratégias de ensino, padrões organizacionais e as abordagens em geral. A terceira geração exigiu que a avaliação emitisse um julgamento tanto sobre o mérito, quanto sobre sua relevância (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para alguns autores o julgamento compõe de maneira central a natureza da avaliação, implicando a construção de um saber que expõem, compara, sugere e essencialmente provoca e sustenta uma escolha. Dessa forma, caberia a avaliação construir um olhar sistêmico para variáveis intrínsecas a um objeto avaliado (seu contexto, valores, propósito, estrutura, métodos, processos, consumo de recursos, entre outros) e extrínsecas (relacionados à extensão dos efeitos desses objetos na realidade). Nessa perspectiva, nenhuma prática deveria ser considerada avaliação se não implicasse julgamento de mérito (variáveis intrínsecas) e relevância (variáveis extrínsecas) de maneira articulada e interdependente (STAKE, 2004; SCRIVEN, 2001; STUFFLEBEAM, 2001).

Guba e Lincoln (2011) apontam que as três primeiras gerações enquanto grupo apresentam importantes limitações, como: a tendência ao gerencialismo, evidente na tradicional relação estabelecida entre avaliador e àqueles com os quais os acordos são firmados, a gerência, que reportam parâmetros e delimitações numa relação raramente contestada e que pode ocasionar inúmeras consequências indesejáveis; a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores, por não colocar em questão os diferentes valores, atores e negociações; e a supremacia do paradigma positivista, no qual prioriza-se métodos quantitativos da ciência, com desconsideração do contexto, sem haver uma responsabilização moral do avaliador por suas ações e uso dos resultados.

Portanto, os autores propõem uma abordagem alternativa à avaliação e a caracterizam como avaliação de quarta geração. Trata-se de uma proposta de avaliação construtivista responsiva. O termo construtivista é utilizado para designar sua característica de investigação alternativa ao paradigma científico apoiado em um sistema de crença praticamente oposto ao da ciência, por isso, considerado paradigmático. O termo responsivo leva em consideração as preocupações, reivindicações e questões das pessoas envolvidas ou potencialmente afetadas pelo objeto de avaliação sem definir parâmetros e limites *a priori* (GUBA; LINCOLN, 2011).

De certa forma, a avaliação de quarta geração surge como uma resposta a alguns dos problemas anteriores, e busca contemplar algumas características interessantes, primeiro: assume que os resultados não são fatos em um sentido definitivo, na realidade são construções,

criadas por um processo interativo que inclui o avaliador e os vários grupos de interesse ou interessados (*stakeholders*) no processo avaliativo; Segundo: torna soberana a questão sobre os valores e de como os diferentes pontos de vista podem ser acomodados; Terceiro: propõem que as construções estejam intrinsecamente vinculadas a contextos físicos, psicológicos, sociais e culturais aos quais se referem e nos quais são formadas.

Partindo-se dessa perspectiva, o argumento de que avaliar em última instância é emitir juízo de valor foi um avanço importante no processo avaliativo. Porém, necessário se faz também uma ampliação e diversificação dos eixos da avaliação em torno dos quais são emitidos os julgamentos. Nesse sentido, é necessário contemplar diferentes e divergentes posicionamentos de distintos grupos de interesse em um programa ou serviço (FURTADO, 2001).

Além disso, é preciso considerar o processo que possibilita fazer tal julgamento de valor, as especificidades do contexto, as necessidades, e prioridades a fim de que tragam contribuições para as pessoas diretamente envolvidas com a avaliação. O foco não é fazer julgamentos, mas usar a informação coletivamente para compreender melhor objeto de estudo em que os participantes estão envolvidos e impulsionar melhorias (CARDEN; ALKIN, 2012).

Nessa linha, surgiram importantes contribuições do pensamento crítico, com iniciativas e experiências que buscam não apenas analisar se os programas e intervenções promovem os resultados pretendidos, mas também repensar os processos, as formas e os estilos das práticas avaliativas, no sentido de superar a visão reducionista e unilateral característica das propostas e modelos empregados até então. São iniciativas que, além de considerar a eficiência, eficácia, diminuição de custos, e otimização dos recursos também se preocupa com o papel dialógico, crítico, participativo, a dimensão subjetiva, os processos de significação, e a emancipação das práticas avaliativas, estas propostas também são consideradas “avaliações emergentes” (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2011).

Silva e Brandão, (2011) apontam para a necessidade de reconhecer a permanente criação de frentes de embates éticos, epistemológicos, na ciência e nas ruas em torno da questão da avaliação, que buscam combater as avaliações orientadas pela lógica dos marcos e dos objetivos, das práticas policialescas e laboratoriais, obscuras quanto às suas reais intenções políticas. A avaliação guarda em si possibilidades um tanto mais mestiças e responsivas à complexidade da vida social. Para os autores:

Ao tornar-se palco de agenciamento de orientação ética, política e metodológica, também progressistas e compreensivas, a disciplina enraizou-se fortemente nos territórios da participação e da aprendizagem, embebida nas correntes críticas de

diferentes campos, tendo sempre valores dialógicos com eixo em tornos dos quais gira a produção de saberes e de sujeitos, bem como da necessidade ética de implicar toda a leitura da realidade humana em sua transformação (SILVA; BRANDÃO, p.141).

Hoje é evidente na trajetória das práticas avaliativas, a marca da aprendizagem. As práticas de avaliação podem gerar grandes oportunidades para aprender e construir consciência crítica a respeito da realidade. Podem tornar-se disparadores dos movimentos dos sujeitos e grupos na direção da compreensão mais profunda e crítica do arranjo institucional, das conexões políticas, dos modos de trabalho, e dos custos para a sociedade. Avaliar possibilita mediar processos de aprendizagem, e por isso mesmo, é um ato educativo. Trata-se de uma prática cuja ética se estrutura em torno do envolvimento crítico dos atores interessados, que prima pelo potencial de nutrir o desenvolvimento dos sujeitos e grupos de forma que as pessoas estejam presentes, ancoradas e implicadas, uma prática de natureza participativa (SILVA; BRANDÃO, 2011).

Carden e Alkin (2012) apresentam a Teoria da Avaliação da Árvore para exemplificar a produção em torno da avaliação. Para o autor no tronco da árvore estão representados os fundamentos das avaliações, constituídos por dois componentes: a necessidade de imprimir transparência e responsabilidade, e a pesquisa em ciências sociais. Essa ideia faz refletir sobre necessidade de dar retorno para a sociedade sobre o que se faz e porquê se faz em relação aos programas sociais, ao mesmo tempo, recorrer à pesquisa em ciências sociais para analisar e compreender esses processos.

A partir dessa base, vertentes avaliativas se ramificaram em três direções: Método; Valor e Uso. No ramo do Método, encontram-se aqueles especialmente ocupados com a questão dos métodos envolvidos no processo avaliativo, que com vistas a construção do conhecimento e generalizações, são guiados principalmente pela metodologia de pesquisa no maior rigor possível. Esse grupo é representado por autores como Ralph Tyler²⁵, Donald Campbell²⁶,

²⁵ Desenvolveu estudos voltados para avaliação educacional em meados dos anos 1940. Lançou as bases do primeiro método sistemático de avaliação, mais tarde conhecido como Avaliação orientada para objetivos. A abordagem prevê a mensuração de objetivos comportamentais para garantir qualidade do currículo através da aprendizagem. Focou em selecionar os métodos avaliativos que conseguissem fornecer dados sobre cada um dos tipos de comportamento implicados por cada um dos objetivos educacionais (ALKIN, 2004).

²⁶ Influenciou o campo da avaliação, voltado para métodos e técnicas quantitativas de pesquisa científica. Focou nos estudos de experimentos naturais, mediante a utilização de técnicas de pesquisa experimentais ou quase experimentais, buscando descartar muitas ameaças e excluir as inferências causais (ALKIN, 2004).

Edward Suchman²⁷, Thomas Cook²⁸, Robert Boruch²⁹, Peter Rossi³⁰, Huey-Tsyh Chen³¹, Carol Weiss³² e Lee J. Cronbach³³. Tais autores defendem a importância do método como principal eixo do processo avaliativo (ALKIN, 2004).

O ramo do Valor apresenta iniciativas de avaliação voltadas para os valores e julgamentos dos grupos de interesse envolvidos com um dado serviço ou programa. São avaliações com especial interesse na inclusão das diferentes pessoas envolvidas com o objeto avaliado. Os autores incluídos nesse tipo de avaliação são Michael Scriven³⁴, Elliot Eisner³⁵,

²⁷ Sociólogo, reconhecido por integrar a avaliação ao campo teórico. Escreveu o livro “Pesquisa avaliativa” (1967), que demonstrou sua visão de avaliação como forma de pesquisa científica. Distingue a avaliação da ideia de bom senso, referindo-se à avaliação como um processo social voltado para o julgamento de valor, e a pesquisa avaliativa aquela que utiliza métodos e técnicas de pesquisa científica. Sua maior contribuição e também as críticas se referem a sua discussão sobre a avaliação e às funções administrativas no planejamento e operação de programas, colocando o julgamento mais fortemente no domínio administrativo (ALKIN, 2004).

²⁸ Enfatizou métodos quase-experimentais de pesquisa avaliativa. Preocupou-se com as questões contextuais da avaliação e as formas como esses fatores poderiam afetar a pesquisa. Também reconheceu a importância de envolver os grupos de interesse para determinar questões que pudessem ser úteis. No entanto, essa preocupação, foi com a intenção de selecionar métodos que se assemelhassem ao experimento clássico, se concentrando em usar diferentes concepções e métodos para realizar adequadamente uma avaliação (ALKIN, 2011).

²⁹ Sua filosofia de avaliação é parecida com a de Donald Campbell ao considerar o experimento de campo randomizado como o ideal para a avaliação. A avaliação é comparada à pesquisa científica convencional, isso envolve a aplicação sistemática de pesquisas randomizadas para medir a extensão de um problema social, avaliar a implementação, eficácia e relação custo-efetividade dos programas de intervenção social (ALKIN, 2004).

³⁰ É conhecido por seu livro “Avaliação: uma abordagem sistemática” (1979), que aborda a avaliação como proposta de investigação, enfatizando o uso do desenho experimental. Agora na sexta edição, o livro ainda é muito popular e inclui discussões sobre a coleta de dados qualitativos, o uso da avaliação e o papel dos grupos de interesse. A escrita do autor denota como as mudanças e as diferentes perspectivas podem modificar os pontos de vista no campo da avaliação. Na sua trajetória, considerou a avaliação como uma pesquisa social e sugeriu que os métodos sejam implementados e adaptados ao estágio do programa (ALKIN, 2004).

³¹ É mais influente no desenvolvimento do conceito de prática de avaliação orientada pela teoria, desenvolvendo alguns trabalhos com Petter Rossi. Apoiou paradigmas que trabalham com estudos experimentais e quase-experimentais, mas enfatiza que devem ser usados em conjunto com teorias das ciências sociais para construir avaliações eficientes que forneçam mais informações sobre como conseguir os efeitos desejados (ALKIN, 2004).

³² Seu trabalho foi influenciado por metodologistas de pesquisa, teóricos políticos e expositores do pensamento democrático, como Rousseau. É particularmente reconhecida por entender que o processo de condução de uma avaliação afeta uma situação política, no qual existem interesses, negociações e críticas. Nos seus estudos conclui que a qualidade da pesquisa é de maior importância, não só por causa dos adeptos as normas da ciência, mas por que aumenta o poder da pesquisa como munção no argumento intraorganizacional. (ALKIN, 2011).

³³ No campo da avaliação, sua preocupação era com a utilização para a tomada de decisão. Seguindo o trabalho de Weiss, considera a avaliação como parte integrante da investigação política focada no planejamento de comunidades. Afirma o papel ativo do avaliador no fornecimento de dados para o uso instrumental, definindo a maneira pela qual os avaliadores podem ser mais produtivos para aumentar o uso da avaliação. Cronbach sustenta que a mais importante preocupação da avaliação é a generalização (ALKIN, 2004).

³⁴ A principal contribuição do autor é a maneira pela qual definiu o papel do avaliador em fazer julgamento de valor. Sustenta que há uma ciência de valor que é a avaliação. Para o autor, o programa deve ir de encontro das necessidades, e a avaliação deve determinar quais são essas necessidades. O avaliador deve desempenhar o seu papel em servir para o interesse público, clientes, usuários, e consumidores em potencial (ALKIN, 2004).

³⁵ Para Eisner, a avaliação diz respeito a juízo de valor sobre a qualidade de algum objeto, situação ou processo. Traz importantes contribuições para a avaliação baseada em objetivos (*objective-based evaluation*). Faz uma crítica a utilização extensiva de modelos de investigação que utilizam abordagem fortemente dependentes de métodos quantitativos. Para o autor, a avaliação exige um sofisticado mapa interpretativo, não só para separar o que é trivial do que é significativo, mas também para entender o significado do que é conhecido. Baseia-se quase exclusivamente em métodos qualitativos, voltados para o papel do avaliador (ALKIN, 2004).

Egon Guba e Ivona Lincoln³⁶, os quais defendem que a avaliação deve contemplar as necessidades e perspectivas de diferentes grupos de interesse (ALKIN, 2004).

Também há o ramo do Uso. É constituído por avaliações especialmente preocupadas com a efetiva utilização dos resultados da avaliação. Nesses estudos, os resultados das avaliações buscam subsidiar a tomada de decisão. Os autores envolvidos nessa avaliação são Daniel Stufflebeam³⁷, Michael Patton³⁸ e David Fetterman³⁹ também valorizam as necessidades e questões dos grupos de interesse e utilizam métodos orientados para o uso dos resultados da avaliação, principalmente as pessoas diretamente envolvidas com o objeto avaliado (ALKIN, 2004).

A organização das avaliações voltadas para o Método, o Valor e Uso fornece uma melhor compreensão da avaliação como um todo. Contudo, não podem ser vistas de forma independente, mas de uma maneira que reflita a relação entre si, uma vez que as contribuições dos autores se relacionam; teóricos particulares não são o foco, a estrutura da árvore pode ser útil para destacar de forma geral as diferentes abordagens; o refinamento em menores galhos e

³⁶ Os autores propõem a avaliação de Quarta Geração, voltada para o julgamento de valor a partir dos grupos de interesse envolvidos na avaliação. Este ponto de vista se baseia na crença de que não há apenas uma realidade, mas realidades múltiplas baseadas nas percepções e interpretações dos indivíduos envolvidos no programa avaliado. Acreditam que o papel do avaliador é facilitar as negociações entre indivíduos, refletindo essas múltiplas realidades (GUBA; LINCOLN, 2011).

³⁷ Desenvolveu inicialmente o modelo CIPP junto com Guba, como uma abordagem de avaliação centrada no processo de tomada de decisão. CIPP é um acrônimo para quatro tipos de avaliação: *context, input, process, and product* (Contexto, informações úteis para a decisão, processo e produto). Para ele, toda avaliação produz mérito e valor do programa. Em suma, a abordagem de avaliação envolve os grupos de interesse, afim de identificar as questões mais importantes, providenciando informações relevantes para auxiliar na tomada de decisões. Ao incluir várias perspectivas para as partes interessadas, entende que aumenta a possibilidade de compreender o valor do programa. Também acredita que as avaliações devem ser baseadas em contratos claros, em acordo formais entre avaliadores e clientes, afim de que cumpram com as condições ou renegociem (ALKIN, 2004).

³⁸ É conhecido pela avaliação focada na utilização (*utilization-focused evaluation-UFE*). Sua proposta de avaliação não é centrada somente nas pessoas que tomam as decisões, mas enfatiza procedimentos que podem melhorar a utilização da avaliação pelos grupos de interesse. Nesse sentido, o avaliador deve ser ativo, não estando satisfeito com avaliações que são simplesmente colocadas em prateleiras. Para o autor, a probabilidade de uma avaliação ser utilizada é reforçada com a identificação de pessoas que têm interesse na avaliação e que pessoalmente se preocupam com os achados que ele gera. Assim, ressalta que o foco é identificar os “usuários primários”, e também ser flexível na modificação de questões da avaliação para atender às necessidades dos usuários. Nos últimos anos, Patton ampliou o âmbito da EFU através das outras abordagens. Observou que alguns aspectos que envolvem o processo de uso incluem: usar a avaliação para mobilizar ação, promover e empoderamento dos participantes e apoiar a justiça social. Também introduziu o termo “*developmental evaluation*”. Nessa avaliação, o avaliador passa a fazer parte da equipe do programa, participando plenamente nas decisões, assim está em essência, ajudando a desenvolver a intervenção (ALKIN, 2004).

³⁹ É o autor da avaliação de empoderamento, um processo que incentiva a autodeterminação na avaliação de programas. Os envolvidos realizam suas próprias avaliações, e o avaliador externo auxilia com treinamento, facilitação, conhecimentos e ferramentas para a auto avaliação e prestação de contas. Para Fetterman, o ponto final da avaliação não é juízo de valor do programa uma vez que esses não são estáticos. Considera a avaliação como um processo contínuo, através da internalização e institucionalização de processos e práticas de auto-avaliação. A dinâmica responsiva da abordagem pode ser desenvolvida para acomodar mudanças das populações, metas, valores e forças externas. Nessa avaliação, os grupos de interesse decidem e ajudam na condução de todos os aspectos da avaliação, incluindo design, implementação, análise e interpretação. É uma avaliação de natureza política e emancipatória, preocupando-se com as pessoas oprimidas (ALKIN, 2004).

a conexão entre as ramificações é uma das possibilidades de desenvolvimento e avanços na teoria (GARDE; ALKIN, 2012).

Já com relação às suas funções, a avaliação pode ser classificada em somativa (*summative evaluation*) ou formativa (*formative evaluation*). A avaliação somativa fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos. A avaliação somativa julga a efetividade do programa e é frequentemente solicitada pelos financiadores, sendo particularmente importante na tomada de decisão com relação a continuidade ou término. São avaliações orientadas para o julgamento e seguem quatro passos: seleção de critérios, seleção de níveis de performance, mensuração de performance e síntese dos resultados através de um julgamento de valor. Já a avaliação formativa visa o desenvolvimento do programa, fornece informações para adequar ou superar aspectos no seu andamento ao invés de realizar julgamentos definitivos. Usa com frequência uma abordagem indutiva, com critérios menos formais e uma busca aberta do que ocorre no programa (PATTON, 1997, 2010; FURTADO, 2001; ALKIN, 2012).

A avaliação com objetivos essencialmente somativos foi muito desenvolvida nos Estado Unido nos anos de 1960 e 1970 para a avaliação de Programas Sociais. Essa avaliação se apoia na modelo caixa preta (*black box experimente*), no qual a intervenção é tratada como uma variável dicotômica (ausência ou presença de intervenção), uma entidade relativamente homogênea e impermeável à influência das características dos meios nos quais ela é introduzida (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000). Tal abordagem privilegia a análise dos efeitos dos programas, valendo-se de métodos quantitativos, calcados em um paradigma positivista, hipotético-dedutivo, voltado para o estabelecimento de inferências causais (FURTADO, 2001).

Apesar de ter contribuído para o desenvolvimento de métodos em avaliação, a avaliação essencialmente somativa recebe críticas, pois não traz atenção as especificações dos processos envolvidos e da produção das mudanças observadas depois da introdução de uma intervenção, isto é, das modificações trazidas ao ser aplicada. De certa forma, negligencia reflexões sobre a perspectiva dos vários executores e dos vários meios de implementação. Portanto, ao se apoiar em uma condição simplista das condições de implementação, se mostra inadequada para a realidade, onde clientes recebem várias quantidades de serviços, onde a natureza do tratamento é diferente de local para local até de um responsável pelo programa para o outro, e onde o programa é sujeito a vários serviços e componentes dos quais pode ter um efeito diferente (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000).

Para Brousselle et al. (2016), é na área da saúde que várias tendências de pesquisas avaliativas se cruzam. A primeira destas é a intenção das agências de financiamento em garantir

pesquisas avaliativas úteis e promover tal uso pelas diversas maneiras envolvidas no processo, sendo um dos requisitos para alcançar esse objetivo, a participação dos atores-chave. A segunda é tendência recente de pesquisas com intervenções em saúde na perspectiva da saúde pública, que visam aumentar o impacto dos resultados sobre a saúde da população. A terceira, é a sinergia entre as características contextuais do ambiente de avaliação e as abordagens participativas adotadas, o que explica o uso dos resultados da avaliação. Essas três tendências, em contextos complementares, mas diferentes, levam a repensar o processo de avaliação, não para chegar a valor de uma intervenção e juízo de valor como tem sido tradicionalmente, mas para usar o processo de avaliação como impulso para melhorar uma situação problemática.

Para Contandriopoulos e Broussele (2012) o uso dos resultados, tem sido apontado como questão central nos debates sobre avaliação. Envolve a relação entre a construção do conhecimento e ação em nível coletivo⁴⁰. Nesse contexto, os participantes discutem informações de várias fontes, e o uso do conhecimento depende de construção de sentido, debates, produção de novas informações e ação na realidade. Trata-se de um processo pelo qual os envolvidos incorporam informações específicas em propostas de ação para influenciar pensamentos, práticas de ação coletiva.

Nesse sentido a avaliação de empoderamento tem se apresentado como uma proposta interessante, pois oferece subsídios teóricos-metodológicos para operacionalizar uma avaliação participativa, que pretende intervir onde se insere, garantindo aos participantes apropriação das etapas, utilização de dados para a tomada de decisão, e ação na realidade com vistas a melhoria do objeto avaliado.

A avaliação de empoderamento já vem sendo operacionalizada em alguns locais, envolvendo a qualificação do cuidado a pessoas de diferentes grupos, entre eles, as pessoas com doenças infectocontagiosas (BROUSSELE et al.; 2016); ex-mulheres encarceradas (PINTO; RAHMAN; WILLIAMS, 2014); nas estratégias de prevenção e promoção a saúde como a prevenção e assistência à violência sexual (COOK-CRAIG et al., 2014; GIBBS et al., 2009; HAWKINS et al., 2009; GOODMAN; NOONAN, 2009), educação nutricional (FOURNEY et al., 2012), estratégias psicoeducativas (DAELE et al., 2012), de desenvolvimento rural (DÍAZ-

⁴⁰ O nível coletivo é usado para descrever intervenções que ocorrem no nível organizacional ou em arenas de formulação de políticas, distintas de intervenções voltadas para modificação do comportamento individual. Tais sistemas coletivos são caracterizados por altos níveis de interdependência e inter-relação entre os participantes. O intercâmbio/troca de conhecimento (*knowledge exchange*) em nível coletivo se ajusta a realidade da maioria das configurações das avaliações de programas voltados para o uso dos resultados. Uma significativa parte da literatura sobre os processos de troca de conhecimentos considera o conteúdo dos processos de troca (intercâmbio), os resultados da avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 2010).

PUENTE; YAGÜE; AFONSO, 2009); e de qualificação no ensino (FETTERMAN et al., 2010; ANGELIQUE; REISCHL; DAVIDSON, 2002).

Na área da saúde mental, os fundamentos da avaliação de empoderamento foram utilizados em uma pesquisa na Bélgica, encomendada pelo governo, com a tarefa de apoiar uma política eficaz baseada em evidências. O estudo foi mais especificamente voltado para a análise de um processo de implementação de ações psicoeducativas para redução do estresse, prevenção da depressão e ansiedade. O objetivo era determinar se uma intervenção psicoeducativa, poderia ser um subsídio para as organizações de atenção primária de saúde mental conseguir reduzir a carga crescente de problemas nessa área (DAELE et al., 2012).

No referido estudo não foi abordado se o objetivo foi atingido. Os resultados problematizaram principalmente o fato de a abordagem participativa levar a uma melhor compreensão da intervenção, dos objetivos e dos elementos centrais pelos agentes de saúde locais que a implementaram, estimulando-os a desenvolver, adaptar e implementar futuras intervenções. O foco do estudo foi demonstrar como uma intervenção pode se beneficiar de adaptações guiadas pelos conhecimentos locais, mantendo os principais componentes do programa, e, ao mesmo tempo, respeitar a fidelidade de implementação. A eficácia da intervenção ocorreu pela possibilidade de os parceiros locais se adaptarem a uma intervenção às suas necessidades (DAELE et al., 2012).

As discussões e problematização incitadas nos estudos mencionados sobre a avaliação de empoderamento são, principalmente, relacionadas às especificidades do processo metodológico. Apesar de utilizarem os fundamentos da referida avaliação trazem diferentes adaptações metodológicas voltadas para as possibilidades de implementação aos contextos em que foram desenvolvidas.

As transformações e melhorias nas práticas são impulsionadas nos referidos estudos, entretanto, muitas ressaltam a carência de estratégias que possam de fato acompanhar se o processo foi efetivo ao que se propôs. Além disso, outro aspecto que chama a atenção, é que muitos autores consideram a avaliação como intervencionista, e outros estão mais voltados para uma perspectiva da pesquisa-ação. Entretanto, os estudos não trazem fundamentações teóricas que possam subsidiar tal discussão.

Patton (2010), considera a pesquisa-ação como fundamento da avaliação de empoderamento. Entende que a articulação da pesquisa-ação e avaliação ocorre a partir da seguinte ligação: para emitir julgamento, é preciso conhecer, interagir, analisar; no caso do empoderamento, é preciso agir. Assim, a pesquisa-ação, enquanto fundamento avaliativo,

realiza um casamento entre o conhecimento do processo e a ação, combinando teoria e prática avaliativa.

Para Patton (2010), quatro dimensões caracterizam uma pesquisa-ação na perspectiva da avaliação, sendo elas:

1) Dimensão propositiva – a pesquisa e a avaliação são para a ação, e não somente para a compreensão dos fatos e da realidade;

2) Dimensão epistemológica – a ação produz conhecimento, ou seja, gera aprendizado ao fazê-la;

3) Dimensão contextual – há uma necessidade de compreender que os contextos locais são únicos e que generalizações devem ser emitidas com cautela;

4) Dimensão relacional – avaliador e pesquisador são agentes do processo, junto com os grupos de interesse, portanto, não são neutros.

Trata-se de um desafio no cenário brasileiro, na qual o campo da pesquisa avaliativa ainda não tem impacto sobre a tomada de decisão e ação de gestores e trabalhadores dos serviços. São avaliação com enfoque descritivo, um tipo de diagnóstico, com pouco retorno para os envolvidos. Uma das justificativas para a manutenção de tais avaliações parece decorrer do receio de que o resultado dos processos avaliativos participativos seja parcial, incompleto, frágil e subjetivo. Esse risco existe, é inerente à avaliação e não deveria ser evitado a todo custo (TANAKA; RIBEIRO, 2015).

Ao impulsionar a avaliação para obter um diagnóstico não se completa o processo avaliativo, pois não há identificação prévia e clara do interessado e nem tampouco da pergunta avaliativa, o que dificulta a elaboração necessária da matriz de análise e, conseqüentemente, da definição de parâmetros e indicadores para que a avaliação resulte em apoio efetivo à um processo de decisão. Ao ofertar um diagnóstico amplo e nomeá-lo “avaliação”, abre-se mão de participar e contribuir de forma objetiva com o processo avaliativo (TANAKA; RIBEIRO, 2015).

A área da saúde mental ainda não possui uma tradição em avaliação, comparada a outras áreas de atenção à saúde, mesmo havendo iniciativas com base em métodos tradicionais direcionados para aumentar eficiência, eficácia ou diminuição de custos. As avaliações realizadas nos serviços de saúde mental são principalmente desenvolvidas pela parceria com universidades, através dos projetos de pesquisa. São avaliações que, na maioria das vezes, envolvem os Centros de Atenção Psicossocial, com a utilização de uma abordagem qualitativa, mais voltados para um enfoque descritivo nas dimensões de estrutura, processo de trabalho e

resultados. Nas abordagens qualitativas, os métodos privilegiam a participação dos sujeitos, principalmente, trabalhadores, usuários e familiares (COSTA, 2015; OLIVEIRA, 2014).

Há uma necessidade de investir em avaliações que também envolvam a participação dos gestores como grupos de interesse, e que incluam outros serviços de saúde mental e/ou componentes da Rede de Atenção Psicossocial e intersetorial. Os diferentes pontos de vista no processo avaliativo fazem emergir as complexidades práticas do trabalho em saúde mental, além de fortalecer o compromisso de diferentes atores com a proposta.

Na perspectiva das transformações da Reforma Psiquiátrica, é necessário que as avaliações contribuam para repensar e melhorar as práticas, fortalecendo o cuidado pautado na atenção psicossocial. Para Wetzel e Kantorski (2004), a avaliação tem, juntamente com a função técnica, a função política de servir como instrumento para potencializar práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico. Um dispositivo que, entre outros, busca consolidar o modelo proposto, amparado nas políticas de saúde vigente. O processo avaliativo não é suficiente, mas sua análise pode ser fundamento para a construção de sujeitos de mudança.

Nesse sentido, deve possibilitar movimento na dinâmica dos atores envolvidos, reflexão, compreensão e construção de conhecimento coletivo a respeito do arranjo institucional, das práticas, e das relações, direcionando a uma proposta de ação, que, de forma mais coletiva, melhore o objeto avaliado. Resultando, também, em avanços teóricos e metodológicos para a construção de um corpo de conhecimento que contribua para os processos de qualificação da gestão nas políticas públicas.

A pesquisa-ação e a avaliação de empoderamento caminham nessa direção e podem apontar possibilidades para desenvolver uma pesquisa avaliativa participativa, envolvendo as partes interessadas em um diálogo sobre o objeto em estudo, promovendo aprendizado, ação e mudanças. Portanto, a seguir, passarei a discorrer a avaliação de empoderamento, como perspectiva teórico-metodológica de avaliação deste estudo.

4.3 Avaliação de Empoderamento

Os debates sobre a Avaliação de empoderamento surgiram em 1993, no encontro da Associação Americana de Avaliação, e chamou a atenção pois caracterizava-se por ser uma abordagem de avaliação que refletia os interesses, necessidades e práticas de avanço com relação as avaliações tradicionais, envolvendo os *stakeholders* nas decisões do processo avaliativo, sem seguir parâmetros previamente definidos pelo avaliador (FETTERMAN, 2015).

A avaliação de empoderamento é o uso de conceitos, princípios, técnicas e resultados para promover aprimoramento (*improvement*) e autodeterminação (*self-determination*). É uma abordagem de avaliação que objetiva o uso do processo avaliativo através da participação dos *stakeholders*⁴¹ no planejamento e intervenção nos seus próprios programas ou serviços (FETTERMAN, 2015).

O conceito de “*empowerment*” é usado no sentido da autodeterminação, relacionado com a capacidade dos indivíduos e comunidades exercerem influência sobre as decisões que os afetam, tais como identificar e expressar necessidades, estabelecer objetivos, planos de ação, identificar recursos, fazer escolhas, e avaliar os resultados (FETTERMAN, 2015). Portanto, as pessoas são convidadas a exercer o poder para tomada de decisão no processo avaliativo.

Na perspectiva da avaliação de empoderamento, o avaliador não empodera alguém, as pessoas empoderam elas mesmas, com orientação de um avaliador que desempenha função de facilitador do processo em fóruns abertos. Assim, o objetivo é desenvolver um processo propício para o empoderamento, no qual os membros da comunidade estejam envolvidos nos vários aspectos, desde a direção conceitual, até a produção de dados e análise (FETTERMAN, 2015).

O avaliador, também chamado de “amigo crítico”, (*critical friend*) atua como um facilitador, que apoia sem dominar o diálogo e as condições do processo, e, quando necessário, contribui com informações e conhecimentos. Além disso, devem apoiar a finalidade avaliação, com interesse na sua melhoria e na melhoria das comunidades alvo. É uma relação que envolve a confiança, a facilitação, investigação sistemática, ética e utilização de recursos metodológicos (FETTERMAN, 2015).

A avaliação de empoderamento é necessariamente uma atividade de colaboração, que se desenvolve a partir de um processo fundamentalmente democrático e de reflexão sobre questões de interesse na tentativa de disparar mudanças, usando-se de um processo de autoavaliação e reflexão (FETTERMAN, 2015).

Os ciclos interativos de ação e reflexão envolve uma construção coletiva nos seguintes aspectos: formular e estabelecer problemas e metas; propor resolução para os problemas, planejar intervenções; realizar ações e análise do processo. O significado dos dados é reflexivamente examinado, os problemas e objetivos são modificados (se necessário), e as intervenções são ajustadas. Assim, também pode ser utilizada para ajudar as organizações a

⁴¹ O autor também utiliza o termo “Comunidade”, para se referir as pessoas envolvidas na avaliação, que se utilizam dos conceitos e técnicas propostos para a tomada de decisão, compreensão e melhoria organizacional. São pessoas, agência sem fins lucrativos, ou organizações envolvidas.

aprender com sua experiência⁴², com base no sucesso, erros e correções no meio do caminho (FETTERMAN, 2015).

A avaliação de empoderamento tem raízes na psicologia comunitária, na ação antropológica e na pesquisa-ação, que proporcionaram as seguintes contribuições: o foco em pessoas, organizações e comunidades na condução da avaliação, definição de necessidades e elaboração de estratégias de ação para promover mudanças; a facilitação do processo de própria determinação do grupo; ciclos de reflexão e ação necessários com ênfase no processo de participação e diálogo (FETTERMAN, 2015).

A formação e o desenvolvimento da avaliação de empoderamento também tiveram influência das formas colaborativas e participativas de avaliação. A pesquisa participativa e avaliação participativa contribuíram no que se refere ao ambiente propício a participação, a valorização e compromisso com o envolvimento dos participantes no processo avaliativo. A avaliação participativa foi importante para avançar nas questões filosóficas e políticas. As abordagens de avaliações colaborativas contribuíram para as questões relacionadas à postura do avaliador, a necessidade de ouvir, compartilhar o esforço da avaliação e trabalhar em conjunto com os outros participantes, valorizando o conhecimento da comunidade e respeitando seus pontos de vista (FETTERMAN, 2015).

Na avaliação de empoderamento são observadas algumas características definidoras: o controle por parte da comunidade do processo avaliativo, no qual as partes interessadas assumem participação em todos os aspectos da avaliação. A articulação com os ideais de justiça social e utilização do processo tem por objetivo aumentar o processo participativo, comprometendo grupos de interesse em atividades de concepção, desenvolvimento, análise e interpretação. Além disso, há um compromisso com o empoderamento e com estratégias baseadas em evidências, adaptadas para o contexto local (ALKIN; CHRISTIE, 2004).

A partir do exposto, compreende-se que a avaliação de empoderamento se caracteriza por um processo coletivo. Assim, deve ser pensado a *priori* numa perspectiva de construção, adaptações e ajustes ao contexto local, de modo que o uso do processo seja significativo aos

⁴² A avaliação de empoderamento idealmente propõe a institucionalização da avaliação, ou seja, que a avaliação não se realize de forma esporádica, mas que seja sustentada como parte de uma estratégia de gestão, baseada na autodeterminação e capacidade de construção dos atores sociais. O seu desenvolvimento prevê um contínuo processo. Essa ideia se justifica, pois entende-se que o mérito e valor não são verdades estáticas, as populações mudam, objetivos mudam, conhecimentos sobre práticas de programas mudam, uma vez que também dependem de forças externas instáveis e que não são possíveis de controlar. Diante disso, os participantes poderão continuamente avaliar o seu progresso em direção a determinadas metas e remodelar os planos e estratégias. A abordagem responsiva da avaliação é desenvolvida para acomodar essas mudanças (FETTERMAN, 2015).

envolvidos, e sirva de subsídios para a tomada de decisão e ação na realidade, impulsionando mudanças e melhorias nas práticas que sustentam o objeto avaliado.

4.3.1 Princípios da Avaliação de Empoderamento

A avaliação de empoderamento é orientada por 10 princípios, os quais devem nortear a prática do processo avaliativo. Estes princípios são considerados como lentes para focar em uma avaliação.

A configuração dos princípios contribui para a qualidade da avaliação. Entretanto, nem todos os princípios estarão presentes com a mesma relevância, pois são condicionados ao contexto local e ao propósito da avaliação. Assim, não são princípios absolutos, nem há uma ordem exata entre eles. O sequenciamento busca retratar a interdependência de um princípio com o outro (FETTERMAN, 2015). São eles:

1. Aprimoramento (*Improvement*)

Refere-se à utilização de ferramentas e métodos específicos para auxiliar as pessoas, programas e organizações a alcançar resultados desejados. A avaliação deve ser projetada para ajudar as pessoas a aprimorar o objeto avaliado.

Parte do pressuposto que os programas desejam alcançar resultados positivos na vida das pessoas afetadas por ele. Nesse sentido, valoriza o aprimoramento de pessoas, programas, organizações e comunidades, buscando aperfeiçoar o desempenho de determinado objeto avaliado, reavaliar áreas que merecem atenção e alcançar os objetivos.

2. Apropriação por parte da comunidade (*Community ownership*)

Envolve a apropriação por parte dos *stakeholders* na tomada de decisão. Entende-se que os *stakeholders* tem o direito de tomar decisões sobre as questões que os afetam.

Os avaliadores têm influência no processo, podendo direcionar, fornecer informações e colocar suas opiniões, mas a tomada de decisão é propriedade dos *stakeholders*. Nesse sentido, o objetivo é promover a autodeterminação e responsabilidade, ao invés de dependência. Também se considera importante o fato de que, a pessoas são mais propensas a utilizar os

resultados quando elas exercem sua autonomia para tomar as decisões, e quando se sentem responsáveis pela condução do processo.

3. Inclusão (*Inclusion*)

Se refere a participação dos diferentes grupos de interesse com a tomada de decisão, entre eles, os gestores, financiadores, profissionais e comunidade. O compromisso com a *stakeholders* na tomada de decisão deve ser inclusivo.

A avaliação se beneficia ao ter os diferentes grupos de interesse envolvidos no planejamento e na tomada de decisão. Se a avaliação não for inclusiva, pode não ser produtiva, levar a uma má comunicação, e dificuldades no alcance dos objetivos.

A inclusão é pensada para ser uma forma importante de facilitar o uso do processo e dos resultados da avaliação pelo *stakeholders* para orientar a prática e aperfeiçoamento do programa.

4. Participação democrática (*Democratic participation*)

A participação democrática busca garantir o direito a fala e a opinião de todos os participantes. Enquanto a inclusão está relacionada a participação dos diferentes grupos de interesse, a participação democrática se refere a como os participantes devem interagir e tomar as decisões.

Baseia-se na ideia de que as informações e condições possibilitadas pelo processo avaliativo interferem nos julgamentos e ações dos *stakeholders*. A participação democrática é articulada a transparência, clareza e confiança, considerados importantes para que os *stakeholders* tomem as decisões, compartilhem os resultados e desenvolvam as mudanças que forem necessárias. Os ajustes no desenvolvimento da avaliação devem estar de acordo com as necessidades e os valores dos participantes.

5. Justiça social (*Social justice*)

Envolve o reconhecimento das desigualdades sociais e a necessidade de melhorar essas condições. É um princípio que deve orientar os participantes a atentar para as questões de justiça social e equidade, ao invés de qualquer outro tipo de interesse.

A ideia de justiça social também se refere ao compromisso com a seleção e uso adequado de ferramentas e métodos que tragam contribuições sociais, e além disso, considerem as contribuições sociais do determinado objeto avaliado.

A correlação com a justiça social também se desenvolve na medida em que a avaliação possibilita aos participantes o uso de ferramentas, e métodos, visando pelo uso de avaliação, a possibilidade de melhorar a prática e o objeto avaliado.

6. Conhecimento da comunidade (*Community Knowledge*)

Reconhece e valoriza o conhecimento dos *stakeholders* como útil e válido. Não só reconhece, como também estimula o uso do conhecimento e dos saberes e viabiliza o compartilhamento para novas sínteses do conhecimento.

A experiência da comunidade é vista como um recurso essencial para contextualizar a ciência e "melhores práticas". A ciência e o conhecimento da comunidade são complementares no processo avaliativo.

7. Estratégias baseadas em evidências (*Evidence-based strategies*)

Refere-se à valorização de estratégias baseadas em evidências científicas. O conhecimento científico e o conhecimento da comunidade devem ser valorizados como fundamentais para compor o processo avaliativo.

Uma revisão de "melhores práticas" baseadas em evidências deve nortear todo o processo avaliativo, desde sua concepção, nas discussões promovidas nos fóruns e na análise dos dados, sempre levando em consideração as especificidades do contexto local, de modo que, o conhecimento disponível a partir da literatura e da prática, possibilite novas construções.

8. Desenvolvimento de capacidades (*Capacity building*)

Designada para apoiar dos *stakeholders* a melhorar o planejamento e execução do objeto avaliado.

Baseia-se na ideia de que, quando os *stakeholders* aprendem com o processo avaliativo, são capazes de aprimorar o programa e conduzir suas próprias avaliações. Os *stakeholders* devem ser impulsionados na construção de capacidade de avaliação no sentido de fazer julgamentos, interpretações, e utilização de dados para sustentar a tomada de decisão. Por

consequente, a avaliação deve incorporar ferramentas e conceitos de fácil utilização, para que os envolvidos possam utilizá-los.

9. Aprendizagem organizacional (*Organizational learning*)

A aprendizagem organizacional se refere ao aprendizado possibilitado pela utilização de ferramentas e métodos no processo avaliativo. Envolve a experiência de participação no processo, com base nos erros, sucessos, e correções no meio do caminho.

10. Responsabilização (*Accountability*)

Envolve a prestação de contas à sociedade e aos *stakeholders*. A geração de dados do processo e a orientação para a utilização dos resultados pode ser uma via inovadora para a prestação de contas ao público.

Também se baseia na ideia de que a utilização dos resultados é possível quando os *stakeholders* participam e se responsabilizam no processo. Portanto, a responsabilidade também está relacionada a utilização dos princípios, e envolvimento com as etapas.

Os resultados devem ser avaliados criticamente, e são mais significativos quando os interessados compreendem como e o porquê dos determinados resultados. Se os resultados foram positivos, os *stakeholders* podem identificar alguns dos aspectos que os favoreceram. Por outro lado, se os resultados não forem o esperado, podem identificar os fatores que interferiram.

No que se refere ao processo metodológico, a avaliação de empoderamento, pode ser desenvolvida em três etapas: missão (*mission*); conhecimento da situação atual (*taking stock*) e planejamento para o futuro (*planning for the future*) (FETTERMAN, 2015).

1º etapa- Missão

Os participantes serão convidados a discutir as seguintes questões: O que você entende por Rede de Atenção Psicossocial? Em relação ao cuidado ao usuário de drogas no município de São Lourenço do Sul/RS, como você avalia essa rede? Qual é a missão da Rede de Atenção Psicossocial no cuidado ao usuário de drogas? A partir dessa discussão, os participantes serão convidados a formalizar a missão da RAPS no município de São Lourenço do Sul. A missão deve retratar as metas e propósitos claros a serem fortalecidos no cuidado em rede na atenção

psicossocial. Serão considerados os valores, as percepções, opiniões de cada participante com relação ao que consideram importante para o propósito da missão (FETTERMAN, 2015).

A missão de uma rede, no caso deste estudo, retrata o propósito que se pretende alcançar com o trabalho dos diferentes profissionais, coordenadores, e gestores inseridos na RAPS. Pensar a missão de uma rede é buscar compreender a sua razão de ser, de existir, visando unificar esforços para alcançar os propósitos do trabalho. Além disso, entende-se que a missão de uma rede retrata a forma como a RAPS busca ser reconhecida por seus trabalhadores, usuários e comunidade. Portanto, trata-se de uma proposta complexa, que exigiu de mim, pesquisadora, aproximação com o contexto pesquisado para identificar os serviços, setores e atores que faziam parte dessa Rede, bem como, compreender a organização do trabalho em rede no município e as diferentes percepções sobre o propósito da RAPS.

2º etapa: Conhecimento da situação atual

Essa etapa é dividida em duas partes:

Parte 1- Listagem e priorização: os participantes serão convidados a listar as atividades consideradas mais significativas para o alcance da missão construída na etapa anterior. Essa etapa envolve tanto as atividades que já são realizadas como aquelas que os participantes acham necessário desenvolver (FETTERMAN, 2015).

Parte 2- Pontuação (juízo de valor): os participantes emitiram juízos de valor sobre cada atividade elencada na etapa anterior. Para essa atividade, utilizou-se estratégias de composição de um Fórum Aberto, sendo solicitados para se manifestarem quanto às motivações e discussão de consensos e dissensos (FETTERMAN, 2015).

A partir desse panorama, os participantes serão estimulados a selecionar as atividades prioritárias. São prioritárias aquelas atividades que os participantes considerem mais necessárias e, sobretudo, que estejam dispostos a investir nelas, ou seja, desenvolver ações para melhorá-las (FETTERMAN, 2015).

3º etapa: Planejamento para o futuro

Essa etapa envolve a elaboração de objetivos, estratégias de ação e evidências para cada atividade elencada como prioridade para alcançar a missão (FETTERMAN, 2015).

Os objetivos retrataram o que se pretende alcançar a partir do patamar que se encontra determinada atividade e, deste modo, aprimorar tanto o que já se faz quanto o que necessita melhorar. Na definição dos objetivos são consideradas as distintas perspectivas colocadas em discussão, sem deixar de ter o caráter realista, considerando sempre as condições iniciais, os recursos, o tempo, a motivação, os talentos e a dinâmica do próprio programa. A ideia é que todos se sintam responsáveis, e por isso, o alcance dos objetivos deve ser conectado ao que as pessoas fazem na sua rotina diária. Busca-se evitar o estabelecimento de objetivos impossíveis de alcançar e/ou grandiosos demais (FETTERMAN, 2015).

As estratégias de ação devem buscar alcançar os objetivos. Já as evidências determinam se as estratégias implementadas estão sendo efetivas. Os participantes são convidados a discutir que tipo de evidência é necessário para monitorar o progresso em relação aos objetivos. No final, deve ser feito uma revisão crítica e acordo consensual (FETTERMAN, 2015).

Modificações podem ser feitas durante o processo, de acordo com as necessidades do campo. Estimula-se um processo cíclico de reflexão e autoavaliação, a fim de que os participantes avaliem continuamente o seu avanço em direção as metas e reformulem o que for necessário (FETTERMAN, 2015).

A seguir será apresentada a forma como a avaliação de empoderamento foi desenvolvida na presente pesquisa.

4.4 Características do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, de cunho qualitativo. A proposta da pesquisa qualitativa busca compreender as diversas interpretações dos sujeitos frente aos aspectos de sua vida, a complexidade e singularidades das relações, os valores, as crenças, percepções, cultura, enfim um universo de significados pouco conhecido e particular que não pode ser quantificado (MINAYO, 2010).

Além disso, os estudos qualitativos buscam situar o caráter socialmente construído da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o seu objeto de estudo, além das limitações situacionais que influenciam a investigação. Buscam ainda, discutir questões sobre o modo como a experiência social é criada e adquire significados. Tais estudos são considerados criativos e interpretativos, os quais transcendem o exercício de redigir os dados, pois considera-se que as interpretações são construídas (DENZIN, LINCOLN, 2005).

A realização de uma avaliação qualitativa em serviços advém da preocupação em apreender a sua dinâmica, a interação entre os atores, e os sentidos produzidos por ele, podendo ser um dispositivo da ampliação das possibilidades dos grupos de interesse intervirem sobre os serviços, constituindo-se num processo dinâmico e participativo (GUBA; LINCOL, 2011).

4.5 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município de São Lourenço do Sul/Rio Grande do Sul. A escolha por São Lourenço do Sul foi intencional, devido ao município ser referência em termos de cuidado em rede na perspectiva da atenção psicossocial. São Lourenço do Sul tem uma história de 30 anos de reformulação no modelo de cuidado e construção de serviços substitutivos na área, sendo pioneiro na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul.

O município também já foi palco de importantes pesquisas na área da saúde mental, envolvendo os serviços como CAPS II, CAPSi e a rede de saúde mental (KANTORSKI, 2010; WETZEL; ALMEIDA, 2001).

Atualmente, São Lourenço do Sul vem se destacando pelo funcionamento de sua RAPS, que apresenta maior cobertura populacional de pontos de atenção de acordo com a portaria 3.088 de 2012 entre os municípios da região sul (MEIRELLES, 2015).

4.6 Participantes do estudo

Os grupos de interesse deste estudo compreendem os gestores, trabalhadores e coordenadores dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial aos usuários de drogas do município de São Lourenço do Sul/RS.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: aceitar o convite para participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ser coordenador há pelo menos 1 mês no serviço da rede e, para trabalhadores, possuírem pelo menos seis meses de vínculo empregatício.

Os critérios de exclusão foram: estar afastado do trabalho por motivo de licença ou em gozo do período de férias, no momento da coleta dos dados.

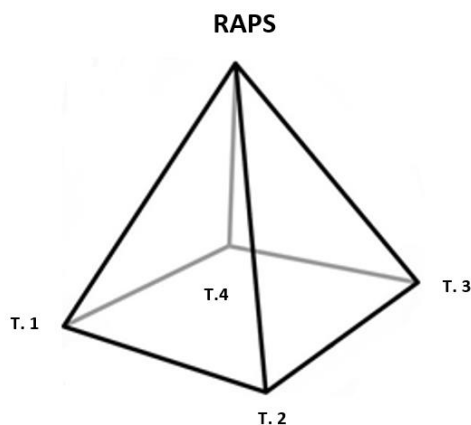
A todas as pessoas convidadas a participar da entrevista e que aceitaram o convite foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) em duas vias, para assinatura, sendo que uma cópia ficou de posse da pesquisadora e a outra com o

participante. Aos participantes, foram explicados os objetivos da pesquisa, os aspectos éticos que envolvem a participação e os compromissos do pesquisador. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Foram realizadas tanto no local de trabalho ou em outro espaço, conforme a preferência e a disponibilidade do entrevistado, assegurando-se o anonimato e um ambiente mais confortável possível.

4.7 Produção de dados

Para a produção de dados construiu-se o desenho de uma pesquisa avaliativa com caráter participativo, a partir da triangulação de métodos qualitativos. Utilizaram-se quatro técnicas para a produção de dados: observação participante (técnica 1- T1); entrevista semiestruturada (técnica 2- T2); análise documental (técnica 3 -T3); fórum aberto (técnica 4- T4); conforme a Figura 2:

Figura 2- Triangulação de métodos



Fonte: Santos, E.O., 2019.

A triangulação de métodos é uma estratégia que viabiliza o entrelaçamento entre teoria e prática por meio da inclusão de técnicas variadas de coletas de dados, visto que nenhum método consegue responder sozinho às questões da realidade social (MINAYO, 2006).

A combinação desses instrumentos contribuiu para não restringir a pesquisa ao limite de cada método, mas ampliar o diálogo entre teoria e prática, e as possibilidades de participação, aproximação do contexto da pesquisa e compreensão do objeto em questão, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A observação participante teve início no CAPS AD e seguiu um roteiro de observação (Apêndice II), que envolveu aspectos relacionados à dinâmica interna de funcionamento do serviço como as oficinas terapêuticas, atendimento individual, reuniões de equipe, visita domiciliar, as articulações com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reuniões com outros serviços e setores e reuniões de matriciamento, a fim de conhecer a realidade da atenção ao usuário de drogas no município. Os dados da observação participante foram registrados em diário de campo.

A observação participante não foi utilizada para levantar particularidades dos usuários do serviço, uma vez que esses não se caracterizam como participantes da pesquisa, mas para identificar informações sobre a forma como CAPS AD se articula com os outros serviços da rede de atenção psicossocial. A observação participante ocorreu no período de março a dezembro de 2017.

A partir da observação participante foram identificados os coordenadores, trabalhadores e gestores dos serviços que compõe a rede de Atenção Psicossocial ao usuário de drogas e da rede intersetorial. A realização da entrevista seguiu um roteiro previamente estabelecido (Apêndice III), que visou compreender a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de São Lourenço do Sul.

As entrevistas semiestruturadas foram aplicadas a 42 profissionais dos seguintes serviços:

- ✓ 3 gestores da RAPS (Coordenador de saúde de saúde mental e hospital geral, coordenadora da atenção básica, e coordenador de ensino pesquisa e extensão).
- ✓ 6 trabalhadores do CAPS AD (dois psicólogos, uma psiquiatra, uma enfermeira, uma educadora física e uma assistente social).
- ✓ 2 trabalhadores da redução de danos.
- ✓ 2 trabalhadores do NASF (uma psicóloga e uma assistente social).
- ✓ 1 trabalhador do Hospital geral (assistente social indicada por um dos gestores).
- ✓ 19 Coordenadores dos serviços que compõe a RAPS: 1 coordenadora do CAPSAD, 1 coordenador da Lokomotiva (terapeuta ocupacional), 1 coordenador do CAPS Nossa Casa (enfermeira), 1 coordenador do CAPS infantil (psiquiatra), 1 coordenador do SAMU (enfermeira), 13 coordenadores das ESF (enfermeira), 1 coordenador da unidade central.
- ✓ 9 trabalhadores da rede intersetorial: 1 coordenadora da secretaria da assistência social, 1 assistente social do CRAS, 1 Assistente social do CREAS, 1 trabalhador da casa da criança, 1 trabalhador do conselho tutelar (pedagoga), 1 trabalhador do programa “primeira

infância melhor” (assistência social), 1 trabalhador de escola (psicóloga), 1 trabalhador do setor judiciário (juíza) e 1 trabalhador do Ministério Público (promotora).

A análise documental ocorreu a partir da busca dos documentos que envolvem o trabalho da RAPS no município de São Lourenço do Sul/RS, entre eles as atas das reuniões de equipe do CAPS AD III, e atas de reuniões de matriciamento. Utilizou-se também análise de prontuários, mas sem qualquer consulta a particularidades das condições clínicas ou informações pessoais dos usuários do serviço. O objetivo dessa análise foi de auxiliar na identificação das informações da rede em questão.

O Fórum Aberto foi uma técnica utilizada para negociar os dados da pesquisa, priorizar a missão da RAPS e as estratégias de planejamento para o futuro. Para o Fórum Aberto foi utilizado o espaço da reunião do colegiado gestor e contou com a participação dos gestores e coordenadores da RAPS. Essa e as demais técnicas de produção de dados utilizadas na pesquisa serão melhores apresentadas nos capítulos posteriores, junto com as narrativas sobre o processo de caminhar pela rede.

4.8 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido da comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico pretendido. Foram desenvolvidas três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados/ inferência/interpretação (MINAYO, 2012).

1º Pré-análise: realizou-se uma leitura flutuante das informações obtidas, com o objetivo de ter uma visão do conjunto, apreender as particularidades do material a ser analisado, elaborar pressupostos iniciais para balizar a análise e interpretação do material, elencar núcleos de sentido (frases ou palavras-chave) que orientaram a organização dos dados. Também nessa etapa buscou-se na literatura estudos e conceitos teóricos para orientar a análise.

2º Exploração do material: o material foi minuciosamente explorado, procurando articular entre as falas, os conteúdos semelhantes, repetidos, divergentes e agrupando-os nos núcleos de sentido elencados na primeira fase. Nessa fase, utilizou-se os dados de outros estudos e conceitos teóricos para esclarecer melhor as informações do referido estudo.

3º Tratamento dos resultados/inferência/interpretação: foi realizada uma síntese interpretativa ressaltando as informações obtidas, dialogando com os temas, os objetivos e os pressupostos da pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas, nessa fase, foram agrupadas após a leitura flutuante e exaustiva. Foi criada uma codificação chamada de “Unidade de significado” que corresponde a informações específicas dos fragmentos de entrevista. Após a construção de unidades de significado agrupou-se de acordo com a semelhança de sentido, gerando “categoria temática” e, por fim, a categoria empírica do estudo que representou a missão, o conhecimento da situação atua, e as estratégias de melhorias para o futuro. Esse tratamento dos dados foi realizado de acordo com a proposta de Minayo (2015).

4.9 Considerações éticas

Os princípios éticos foram garantidos conforme a Resolução nº 466⁴³, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, regulamentando a pesquisa que envolve seres humanos, e pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 311, de 08 de janeiro de 2007, através do Capítulo III, artigos 89, 90 e 91 do COFEN.

A realização do estudo foi autorizada pelo gestor municipal (Anexo I) e a coordenação de saúde mental (Anexo II) do município de São Lourenço do Sul/RS. O projeto foi entregue e apresentado a eles, estando a pesquisadora aberta para sugestões e contribuições do município.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ-EENF), posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer nº 72657617.7.0000.5347 (Anexo III). Os participantes do estudo assinaram o TCLE em duas vias, garantindo seu anonimato em relação às informações prestadas e o livre acesso aos dados e resultados da pesquisa. Aos sujeitos foi garantido o direito de esclarecer qualquer dúvida, bem como o direito de desistir em qualquer momento do processo.

Ressalta-se que foram esclarecidos os riscos da pesquisa aos participantes, tais como o constrangimento devido à interação e ao diálogo relacionados aos aspectos que envolvem o objeto de estudo realizados durante a observação participante, ou mesmo, os riscos e desconfortos da entrevista, o que poderia mobilizar sentimentos. Visando minimizar estes riscos, os participantes foram informados que poderiam recusar-se em interagir com o pesquisador e/ou recusar-se a responder a qualquer questionamento. O contato poderia ser

⁴³ Resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde: incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, equidade entre outros, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

retomado em outro momento ou deixou-se livre a decisão em continuar participando ou não da pesquisa, sem prejuízo ou ônus. Informamos que, foi disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar essa situação.

Esta pesquisa envolveu os benefícios de possivelmente contribuir para a produção de conhecimento na área de atenção aos usuários de drogas, na pesquisa qualitativa em saúde, e na elaboração de novas políticas públicas em saúde mental.

Afim de garantir o sigilo da identidade, foram utilizadas as seguintes siglas correspondentes aos participantes:

G- Gestores, seguido da sequência numérica.

T- Trabalhadores da RAPS, seguido da sequência numérica.

C- Coordenadores dos serviços da RAPS, seguido da sequência numérica.

TI- Trabalhadores da rede intersetorial, seguido da sequência numérica.

DC- Diário de campo.

RD- Registros documentais.

FA- Fórum aberto.

Utilizou-se o nome fictício para usuários e familiares. Apesar de não são serem participantes do estudo, são identificados nos fragmentos da entrevistas e observação de campo auxiliando a compreender melhor a rede e suas articulações.

5 SITUANDO A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL: CENÁRIO, ATORES E HISTÓRIAS

São as peculiaridades lourencianas que garantem um bom funcionamento do serviço, e que, em outro lugar com características diferentes, talvez não pudesse ser aproveitado (BESKOW, 1992).

Essa frase é apresentada em um texto sobre a história do município, que me foi disponibilizado logo no início entrada em campo, quando o redutor de danos ao procurar alguns documentos numa pastinha o encontrou alertando-me que poderia ser útil para a pesquisa. A ideia que a frase carrega foi trazida inúmeras vezes pelos profissionais e usuários da RAPS, chamando a atenção para as peculiaridades do município que conferem os sentidos próprios de uma rede conhecida pelo seu bom funcionamento e pioneirismo no cuidado em saúde mental em liberdade. Portanto, para apresentar a Rede de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul é necessário primeiramente apresentar o cenário, o território e as histórias onde essa rede se insere, as particularidades e diversidades de sua cultura, lazer e economia, os quais são consideradas pontos fundamentais na tessitura atual da RAPS Lourenciana.

O conjunto de informações aqui apresentadas foram obtidas na observação participante, nas entrevistas semiestruturadas, nos documentos disponibilizados pelo CAPSAD III, pesquisas em site do IBGE, sites do município, artigos e materiais científicos de autores que já se dedicaram a contar um pouco da história do município (BERGAMN, 1984; HAMMES, 2010; SILVA, 2005) e da organização do sistema de saúde e saúde mental local (WETZEL, 2001; MEIRELLES, 2016).

O município de São Lourenço do Sul fica situado ao sul do Estado do Rio Grande do Sul, às margens da Lagoa dos Patos. Ao norte, limita-se com o município de Cristal e parte de Camaquã; ao sul, com Pelotas e Turuçu; a Oeste com Canguçu e a Leste com a Lagoa. Fica distante cerca de 198 quilômetros da capital gaúcha, Porto Alegre (Figura 3).

Figura 3 – Município de São Lourenço do Sul/ Rio Grande do Sul



Fonte: Google Imagem.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), a população estimada residente no ano de 2017 é de 44.580 habitantes, sendo que aproximadamente 50% vive na área rural. Administrativamente, o município é composto por 8 distritos, um distrito Sede (urbano) e sete distritos rurais (Vila Boqueirão, Taquaral, Esperança, Harmonia, Prado Novo, Boa Vista, Faxinal) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

O município de São Lourenço do Sul também é conhecido como “Pérola da Lagoa”, por ser banhado pela Lagoa dos Patos, e possuir praias belíssimas na orla com pedras emoldurando a praia e árvores frondosas, proporcionando sombra (Figura 4). São cinco quilômetros de orla com ondas rasas, coqueiros, plátanos e figueira. As principais praias são a praia das Ondinas ou praia das mães, praia da Barrinha, a praia das Nereidas ou praia das Crianças.

Figura 4- Pérola da Lagoa



Fonte: arquivos da pesquisa.

O município possui uma área de 2.036 Km² e sua hidrografia conta como o rio Camaquã e da Lagoa dos Patos, a maior laguna da América do Sul. A cidade é banhada pelo arroio São Lourenço do Sul que possui em torno de 34 quilômetros, sendo a fonte de distribuição de água do município.

O clima é subtropical úmido, susceptível a ventos devido a sua localização numa planície costeira ao Oceano Atlântico e a Lagoa dos Patos. As temperaturas oscilam de 0-40 Graus Celsius, numa média anual de 17 a 18 graus (HAMMES, 2010).

A história do município teve origem no século XVIII quando a coroa portuguesa distribuiu aos militares açorianos terras nas margens da Lagoa dos Patos como uma forma de recompensa àqueles que se destacaram na guerra contra os espanhóis. As terras eram muito férteis e os açorianos com sua vocação de agricultores estabeleceram grandes latifúndios de exploração pecuária, estâncias e fazendas, cujas sedes faziam capelas de homenagem aos santos de devoção da família (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL, 2018).

Nessas regiões se estabeleceram Rafael Pinto Bandeira, os descendentes de Bento Gonçalves e sua irmã Ana Joaquina com o esposo José da Casta Santos, que junto aos moradores construíram a Estância de São Lourenço do Sul no Boqueirão, ao redor do qual se desenvolver o povoado que é berço do município. Em 1830, por decreto de D. Pedro I, a fazenda Boqueirão se desmembrou da Vila de Rio Grande e se incorporou a Vila de São Francisco de Paula, atual Pelotas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL, 2018).

Posteriormente, em 1850, parte das terras da fazenda São Lourenço do Sul foram doadas pelo coronel José Antônio de Oliveira Guimarães ao prussiano Jacob Rheingantz, que deu origem a uma nova povoação de colonização alemã, predominantemente pomerana, oriundos da região germânica da Pomerânia, anterior à unificação da Alemanha. Ainda hoje, a maioria das terras do interior do município é habitada por Pomeranos, possuindo uma das maiores concentrações de descendentes Pomeranos no mundo (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL, 2018).

No século 19 o município teve participação na Revolução Farroupilha. O porto localizado no Arroio São Lourenço do Sul servia à esquadra comandada por Giuseppe Garibaldi, tornando-se um dos mais importantes portos veleiros mercantes do sul do Brasil, contribuindo para o progresso na colônia, que foi grande produtora de batata. A fazenda sobrado, localizada às margens da Lagoa dos Patos, serviu de refúgio para Garibaldi, além de ser usada como quartel-general de Bento Gonçalves durante as batalhas contra o exército imperial. Nesse sentido, São Lourenço do Sul abriga importantes passagens da história sobre a formação do Estado do Rio Grande do Sul (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL, 2018).

Na história do município também é importante destacar a presença da etnia negra, que, assim como no restante do Brasil, era mantida escravizada nas estâncias e fazendas. Para o Rio Grande do Sul vieram os negros da Nigéria, Angola e Moçambique, e, após a Lei Áurea, ficaram trabalhando com seus senhores em troca de casa e comida. A maioria deles ocupou terras pedregosas e escarpadas, descartadas pelos colonos ou proprietários lusitanos, áreas estas do Boqueirão, Boqueirão Velho, Coxilha Negra, Canta Galo, entre outras. Somente em 1980, que se estabeleceu no município o Movimento Consciência Negra e em 1990 a primeira semana do negro ou Kizumbi, visando resgatar a cultura e a dignidade da raça negra (HAMMES, 2010).

O nome São Lourenço do Sul está vinculado à família do coronel José Antônio de Oliveira Guimarães, devota ao Santo São Lourenço do Sul. O município foi elevado à categoria de vila em 1984, que desanexou São Lourenço do Sul de Pelotas. Emancipou-se em 1938, quando tornou-se cidade, já se verificando um crescimento e fortalecimento do comércio, inclusive de exportação dos produtos agrícolas e atividade pesqueira, um dos pilares do crescimento econômico (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL, 2018).

São Lourenço do Sul foi a maior produtora de batata inglesa da região, tendo exportado esse produto para o Rio de Janeiro e Montevidéu, no Uruguai. Uma grande quantidade de produtos coloniais também seguia para as cidades vizinhas de Rio Grande, Pelotas, Jaguarão, e outros mais da laguna dos patos. Entre os produtos coloniais destacava-se o feijão, a batata

inglesa, o milho, a cevada, o centeio, porcos vivos, aves, toucinho, linguiça, ovos, banha animal, carvão, mel e tudo que era característico de pequena propriedade rural (HAMMES, 2010).

Atualmente o município apresenta uma economia basicamente da agropecuária pela produção de suínos e bovinos, laticínios, e cultivo de milho, feijão, soja, arroz, batata, cebola, fumo, aspargo, pimenta, alho e amendoim. A indústria de couro é relevante e a cidade também é conhecida por seu turismo, muito explorado no período do verão devido às belas praias à beira da Lagoa, dispondo de uma ampla rede de pousadas, hotéis, bares e restaurantes. Além disso, há o famoso caminho Pomerano, um trecho turístico rural que engloba a Lagoa dos Patos e cidades em torno do município de São Lourenço do Sul, onde se localiza o Museu da Imigração Pomerana (HAMMES, 2010).

O Cristianismo é a religião predominante, dividindo-se em protestante (48,46%) e católicos (44,53%), além de outras religiões (3%) como o espiritismo e testemunhas de Jeová. Há muitos habitantes que além do Português utilizam a língua materna, que é a língua pomerana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

A flora e fauna do município, apesar da ação do homem, ainda mantém algumas áreas e espécies preservadas. A maioria da vegetação é de plantas rasteiras, como arbustos e árvores de pequeno porte. Também possui matas do tipo misto, coqueiros que contornam a orla da praia e algumas figueiras centenárias. As espécies mais comuns de animais são: ratões do banhado, capivaras, lontras, tatus, gatos do mato, jacarés e furões, raposas, “mãos peladas” e aves aquáticas (HAMMES, 2010).

Os peixes mais comumente encontrados na região são: traíra, lambari, pintado, tainha de água doce, jundiá, linguado, peixe rei de água doce, corvina, piava, dourado e outros. No verão, a água da lagoa fica baixa e é invadida pela água do mar, deixando a lagoa salgada e propícia para encontrar camarão, savelha e anchova (HAMMES, 2010; SILVA, 2005).

Muitos eventos e festas típicas locais são realizados no município, como a Festa da Iemanjá e a de Nossa Senhora dos Navegantes, a Festa da Colheita e do Colono, Festa do Divino, Festa do Reponte da Canção, a Festa de Carnaval. Também é realizada no município a conhecida Festa Alemã “*Zudoktoberfest*”, organizada por um grupo de danças folclóricas com o objetivo de resgatar os costumes e a cultura alemã.

A música, a dança a comida e o afeto são traços marcantes da cultura Lourenciana, e também o município pequeno favorece a integração entre os diferentes atores, comunidade, trabalhadores, e usuários dos serviços, sendo que, muitos também são da mesma família ou se conhecem por frequentarem os mesmos locais. Desde a origem até os dias atuais, o município tem sido cenário de muitos protagonismos locais e ações em diferentes áreas. Especificamente

na área da saúde mental, contarei no próximo capítulo a singularidade da construção dos serviços de saúde mental em São Lourenço do Sul e da atual conformação da rede de atenção psicossocial com foco na atenção aos usuários de drogas.

5.1 A Rede de Atenção Psicossocial: narrativas históricas do cuidado em saúde mental no município

A construção do que hoje é chamado de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para o atendimento de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas teve início em São Lourenço do Sul em 1984, quando se desenvolveram as primeiras ações na área da Saúde Mental. Essas primeiras ações não se conformavam como serviços específicos, mas condutas isoladas de cunho preventivo e educativo com os moradores da zona rural (WETZEL, 1995).

Na época, iniciou-se na zona rural um trabalho de visitas domiciliares, cujo intuito era de conhecer a comunidade, suas dificuldades, e modos de vida, convidando-os a participar de assembleias para planejamento e discussão de estratégias que pudessem melhorar as condições de vida. Nascia o Trabalho Comunitário Rural, inicialmente desenvolvido em 12 comunidades carentes distantes dos recursos de saúde. A equipe era coordenada por uma assistente social e havia participação dos profissionais das áreas médicas, odontológicas, enfermagem, nutrição, psicologia, economia doméstica e posteriormente a EMATER (BESCKOW, 1992).

As assembleias aconteciam nos locais da própria comunidade, como salões de baile, escolas, pátios e armazéns, que reuniam cerca de 100 pessoas. O trabalho desenvolvido pela equipe partia das necessidades referidas pela população. Alguns dos profissionais dessa equipe também desenvolviam atendimentos ambulatoriais na cidade, com uma proposta mais curativa voltadas para consultas individuais ou em grupo com psicólogos e psiquiatras (BESCKOW, 1992).

Das Assembleias nasceram os Conselhos Comunitários de Saúde Rurais, os Postos de saúde da zona rural e outras ações puderam ser ofertadas. O trabalho dessa equipe chamava a atenção pelos esforços em reivindicar e ouvir as demandas de comunidade, aproximando-se dos seus problemas e credices. Por respeito à cultura e a fim de que compreendessem os profissionais muitas palestras e intervenções foram proferidas no dialeto “pomerano” e na língua alemã (BESCKOW, 1992).

A temática da doença mental várias vezes foi pauta das assembleias, uma vez que a discriminação e a estigmatização faziam parte da realidade de comunidade (BESCKOW, 1992).

Nas conversas com gestores e trabalhadores que guardavam memória dessas situações ou que conheciam de maneira mais detalhada a história da cidade, era característico o impacto que os “loucos da cidade” causavam na comunidade:

[...] Porque uma das coisas que nós tínhamos, assim, uma das pacientes que se automutilava, aqui eu até posso usar o nome porque todo mundo conhece, a R.A. Ela causava um impacto na comunidade muito grande, as pessoas tinham medo, porque ela fazia. Ela ia pedir na tua casa um dinheiro, se tu não dava ela ameaçava que ia se cortar e se cortava na frente de crianças, na rua, era um drama, isso aí dava uma pressão (G1).

[...] chamava o loco da cidade que todo mundo temia, nós tínhamos casos como a R.A, que se cortava, ela estava na missa, pedia alguma ajuda, ninguém dava ela se cortava, por toda uma história de vida que ela teve através de um pai que ela tinha que pedir nas portas algumas coisas se ela não trouxesse ela não podia entrar, então tem toda uma história que faz a R.A se cortar, ela tem o corpo todo marcado por uma história de vida dela. A M.A que até teve depois, nós tivemos o troféu, a gente conheceu, a M.A vivia na rua, ela tinha um companheiro, ela ia nas festas, dançava, eu conheci muito a M.A., essa primeira pessoa assim, [...] que era uma família inteira de doente, muitos casos a gente atendeu (T6).

Para Wetzel (1995) a relação da comunidade de São Lourenço do Sul em relação à loucura nem sempre era tranquila, provocando reações ambivalentes na população: alguns estabeleciam condutas protetoras, alimentando, vestindo e abrigando-os. Por outro lado, podia-se ver, frequentemente, o preconceito, rechaço, zombaria e até mesmo agressões.

A opção do município era o encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico de Pelotas ou Porto Alegre, cidades mais próximas que dispunham dessa modalidade de atendimento. O transporte era realizado pela polícia ou a ambulância da prefeitura.

[...] São Lourenço, naquela época, tinha uma ambulância pra Saúde Mental a cada três dias, que ia pra outras cidades, pra internação, pra álcool [...] (G1).

[...] na verdade os nossos usuários aqui eram “ambulancioterapia”, eles iam pra Pelotas, às vezes não tinha leito e ia pra Porto Alegre, então ficava aquela correria [...] (T6).

A grande demanda de tratamento era para pessoas com transtornos psiquiátricos graves e casos de usuários de álcool. Devido à cultura pomerana e alemã, o uso de álcool não era visto com um problema, e apenas alguns alcoolistas com nível de deterioração mais elevado eram encaminhados para o Hospital Psiquiátrico. O louco da cidade era o foco imediato das ações, sendo que uma das preocupações do município era resolver o problema dos altos custos financeiros com o transporte de pacientes:

[...] o foco era muito pro usuário [...] mais com demências mentais, aqueles usuários de repente de substância não tinha aquele foco, até por que a nossa imigração era alemã, eles tem já desde a confirmação dos meninos de tomar um martelinho, então já tinha o uso do álcool, o homem é homem quando ele começa a beber [...] não era que não tivesse, é que a nossa preocupação imediata era atender, terminar com aquela ambulancioterapia, [...] então trabalhar o louco (T6).

A dificuldade de acesso e a falta de resolutividade do hospital psiquiátrico começavam a ser percebidas claramente. Um ponto salientado era o fenômeno das reinternações frequentes. Além disso, o Hospital Psiquiátrico começou a ser questionado do ponto de vista de suas práticas, cujo o tratamento era desumano, exclusivamente medicamentoso e em meio fechado, com afastamento da família e do contexto de vida:

“Nós começamos a ver que tinha esses pacientes, que ficavam circulando, fazendo a porta giratória, nos hospitais psiquiátricos. E que precisavam de um cuidado diferente. Um cuidado que as famílias não tinham como dar, porque elas não sabiam lidar com isso. Pessoas com grandes prejuízos na funcionalidade [...] pessoas que sempre tiveram essa história, de botar numa ambulância, ou iam pro São Pedro, ou iam pra Clínica Olivé Leite, ou iam pro Hospital Espirita ou iam pra Rio Grande. Então, começamos a estudar (G1).

[...] na verdade eles indo pro hospital psiquiátrico, era muita medicação, quando eles voltavam pra casa eles não conseguiam lidar com aquela outra realidade por que o hospital psiquiátrico eles ficavam em celas, então era totalmente diferente, [...] então se percebeu que eles voltavam, ficavam um mês, tinha crises fortes, voltavam pro hospital psiquiátrico. Foi quando então naquela época começava a se falar dos trabalhos de São Paulo e Santos, tinha um trabalho com Antonio Lancetti, começando a trazer questões de Franco Basaglia, de Trieste, da reforma, as tentativas que se fizeram com Pinel, então começa aquele andaço, na época o coordenador de saúde mental na época também teve passagem por lá, viu outras experiências, também não achava eficiente esse cuidado fechado, então traz essa possibilidade de começar o cuidado em meio aberto [...] (T6).

As experiências no Brasil e no mundo também repercutiram nas transformações de saúde mental do município. Nesse sentido, destacam-se mudanças devido à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) com transferência da gestão e da organização dos sistemas locais aos municípios, bem como a concepção de saúde ampliada, incluindo a saúde mental como parte do cuidado integral. Também o Movimento da Reforma Psiquiátrica, com influência do paradigma da medicina comunitária, que preconizava na Saúde Mental a transferência do centro de atividades do hospital para o próprio meio do indivíduo (WETZEL, 1995).

As repercussões do momento político e econômico foram sentidas de diferentes formas em cada município do Brasil. As especificidades de São Lourenço do Sul convergiam para a necessidade de mudança na forma de tratamento da loucura, sendo que, na época, foi constatada a grave dificuldade de transporte, pois como havia somente uma ambulância, a comunidade ficava desassistida no transporte de pacientes graves. Além disso, nos atendimentos da sede, no

Ambulatório Central, era notado o elevado número de pessoas que buscavam o serviço de psicologia, gerando uma longa fila de espera.

A participação do município no segundo encontro estadual de saúde mental em 1987 estimulou que a equipe desenvolvesse um plano municipal para a saúde. Os parâmetros para a elaboração do plano incluíram as diretrizes oriundas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, dentro dos princípios de universalidade, integralidade e descentralização. Houve a participação da comunidade da zona rural e urbana, incluindo os motoristas das ambulâncias, a polícia militar e principalmente apoio político:

[...] nós sensibilizamos os nossos vereadores, eu nunca vou me esquecer [...] Ele diz assim "eu quero falar, eu já fui internado tantas vezes em hospital psiquiátrico e o que vocês tão propondo, porque eu tinha problema com álcool, é uma coisa muito interessante. Porque ninguém aqui sabe o que é que é um hospital psiquiátrico. Então eu apoio vocês nisso". E aí nós tivemos a ideia de colocar na constituinte do município, que tá lá, que o município seria responsável, a partir daquele momento, a garantir o cuidado dos doentes mentais, os serviços pra cuidar dos doentes mentais. E aí nós conseguimos um fortalecimento legal. Então aí começa todo um processo (G1).

A proposta inicial visava à criação de uma casa onde os pacientes psiquiátricos pudessem passar o dia, recebendo orientação, desenvolvendo tarefas, onde haveria o resgate da história de cada um. Tratava-se de um local para que as famílias buscassem apoio e ficasse disponível à comunidade quando precisassem utilizar um serviço de saúde mental.

Mas como? Em qual local? Como sensibilizar o poder público para que fossem destinadas verbas para a montagem dessa casa? Como recriar um lugar que falasse de saúde ao invés de doença? Esses questionamentos deram início a um trabalho em conjunto entre equipe e secretaria de saúde, visando a comprovar a necessidade de criação dessa casa. Para isso, foi realizado um levantamento dos altos valores utilizados para o transporte dos pacientes psiquiátricos para as cidades vizinhas, bem como a falta de resolutividade das internações psiquiátricas. A proposta da casa se mostrou a melhor opção. Iniciou-se então a busca pela tão esperada casa:

Precisamos de uma casa legal, que não seja afastada da cidade, e começamos a procurar nas imobiliárias, nos caras que alugavam casa [...] e os profissionais nos perguntavam: "pô, não apareceu ainda a nossa casa? Sempre o termo "nossa casa". O centro comunitário de saúde mental, essa sigla grande, passou, na hora que nós achamos a casa, a se chamar Nossa Casa, porque era a nossa casa. A gente procurou tantos meses a nossa casa, que aquilo era tão íntimo pra nós, que assim foi, a Nossa Casa. Todo mundo se sentia bem. Então, quando chegavam pessoas e viam que a gente tinha doentes mentais, tinha gente que era difícil de dizer "a nossa casa", não: "essa é a casa de vocês, a minha não". E a gente percebeu que tinha uma sacada legal

nesse nome. É tu fazer parte. Quando eu digo que a casa que cuida os loucos é nossa, eu digo que é minha também (G1).

Além da sensação de pertencimento do nome Nossa Casa, o modelo de funcionamento era semelhante à rotina de uma casa, na qual os usuários eram inseridos nas atividades de cuidado com o ambiente, colaboração das atividades, aprendizado de novas habilidades, assim poderiam desenvolver essas atividades quando estivessem fora do serviço. Esse modo de organização, se mostrava bem aceito, pois refletia a cultura alemã muito voltado para a necessidade de tornar a pessoa produtiva para o trabalho e assim poder auxiliar nas despesas da família:

[...] era Nossa Casa, Centro de Saúde Mental Nossa Casa, por que eles queriam reproduzir naquele espaço como um modelo de uma casa, por que como a nosso imigrante ele é alemão, o alemão tem aquela coisa assim, tu tem valor se tu tem uma atividade, que tu presta pra alguma coisa, se tu ajuda colabora com alguma coisa, então o que que é feito, se fez esse centro comunitário, então as pessoas tinham que aprender a varrer, a descascar uma batata, lavar uma louca, arrumar uma cama, eles cestiavam, era o funcionamento de uma casa, tinham algumas atividade outras de desenho, de pintura de coisa, mas focou muito nesse aspecto, pra que tu pudesse dizer assim, mãe e pai, ele vai te ajudar a fazer as coisas, que ele vieste pra dentro de casa e fosse ajudar, tivesse coisas laborais pra ele fazer, que ele pudesse se sentir útil, a pessoa tem que ser útil pra estar de bem consigo, então vamos fazer ele ser útil, então essa era a preocupação, então começa nessa função de procurar fazer as coisas do dia a dia da casa (T6).

A casa foi encontrada e se localizava a beira do arroio São Lourenço do Sul, próximo de seu encontro com a Lagoa dos Patos, em zona privilegiada pela beleza da praia e com espaço adequado às atividades. Para equipar a casa realizou-se um chá-de-panelas, quando foram convidados empresários da cidade que ofereceram utensílios domésticos.

Uma das dificuldades encontradas pela equipe da época foi a formação da equipe para trabalhar na casa, pois nenhum profissional tinha experiência com os pacientes psiquiátricos. Assim, dentro da secretaria foram convidadas pessoas que tinham interesse e simpatizassem com a proposta. Posteriormente, percebeu-se que a falta de experiência compensou os vícios que provavelmente os profissionais teriam se tivessem trabalhado em hospitais psiquiátricos e proporcionou que fosse criado um clima semelhante a uma casa, prevalecendo a sensibilidade em detrimento do saber técnico.

A casa iniciou seu funcionamento em 16 de agosto de 1988 com oito pacientes que participavam da rotina diária, recebiam medicação e cuidados de higiene, constituindo-se, então, como primeiro serviço público da rede de saúde mental do município. A demanda inicial

de atendimentos foram os pacientes com transtornos mentais graves, moradores de rua com transtornos mentais e usuários abusivos de drogas:

Quando nós começamos a cuidar esses pacientes, nós fizemos uma enquete de onde eles vinham, onde eles estavam, quem é que ia pro hospital. Fácil, na ambulância a gente foi ver, na polícia a gente sabia onde é que estava. Porque isso era caso de polícia, de ambulância, como em muitos lugares ainda. E nos deram a lista e nós fomos atrás, visitando. A outra situação que nós nos deparamos era com os loucos de rua. Eram grupos de pacientes que viviam na volta da rodoviária, geralmente. É, morador, com transtornos de humor, esquizofrênico, com transtornos mistos, com álcool, com retardo mental. Nós encontramos um grupo. Uns agrediam, ameaçavam, as pessoas tinham medo. Todos com algum momento da vida com internação. [...] Tinha uma, um grupo assim, eu tô tentando me lembrar. O que é que nós fizemos: começamos a levar esses usuários também a passar o dia no serviço, cuidar deles (G1).

Eram pessoas conhecidas na cidade como loucas, perigosas, vagabundos ou bêbadas, que ficavam na rodoviária sem trabalhar. A inserção dessas pessoas na “Nossa Casa”, que representava a inserção do louco na comunidade, não agradou muitos lourencianos, alguns vizinhos expressaram sentimentos de medo e ansiedade. A localização da casa em bairro nobre também não foi bem aceita por alguns moradores:

Aí um dia, isso em 88, logo que nós começamos a trabalhar, nós fomos chamados na Câmara de Vereadores, por uma denúncia. De que nós estávamos trancando as pessoas lá e as pessoas gritavam à noite. Só que o nosso horário era das oito da manhã às cinco da tarde; como que tinha pessoas trancadas à noite? Era um preconceito, porque a nossa casa era na praia, na zona nobre. Do lado da fábrica da Japesca, ali na frente do Trapiche ali, onde tem aquelas escunas. Diziam: "Vocês tão loucos, os caras vão se jogar na água". Mas na verdade tinha essa coisa de a gente ir pra esse lugar ali. Pra isso a gente teve que ter uma linha de ônibus, nós conseguimos um ônibus que passava lá, pegava os pacientes, levava pra casa, trazia de casa, toda essa situação. Aí nós fizemos desse limão uma limonada, na câmara de vereadores (G1).

Já nos primeiros meses de funcionamento da Nossa Casa outros desafios foram aparecendo, sendo que um deles foi a demanda de moradia. O usuário após passar o dia no Nossa Casa alguns não tinham casa para onde retornar. Esse problema impulsionou o município a construir um novo serviço na rede, o Residencial Terapêutico Nosso Lar, cuja proposta era moradia para as pessoas sem família, cidadania e reabilitação psicossocial:

E começamos a nos dar conta que o grande problema, também, deles, era pra onde eles iam depois daquele horário. Era a rua. Aí nós tivemos a ideia. E nessa parte de reabilitação, tu tem que reabilitar pra morar, pro trabalho e pra se divertir. E a gente se deu conta de que o seguinte: "nós precisamos então reabilitar, a primeira coisa". Primeiro, a gente já conseguiu um espaço que eles vêm, comem, tão aqui convivendo [...]. Que sentiram-se acolhidos. E o que é que acontece nesse momento. Acontece que nós tivemos essa ideia de achar uma casa. Aí tinha uma velha estrutura de uma

escola, feita de madeira, que estava em desuso, e tinha um terreno da prefeitura lá na vila Nova Esperança, que a recém o loteamento tinha sido criado [...]. Isso tudo aí muito apoiado, porque na verdade o prefeito era o pai da [...] Secretária de Saúde... E todos nós dando força. [...] o prefeito nos disse: "vocês podem fazer o que quiser, eu vou conseguir financiamento e vocês." E a gente fez o que ele pediu. Baixamos a cabeça e pensamos alguma coisa, que foi esse projeto. E aí, quando nós falamos de morar, a secretaria da saúde, pá, montou essa história e assim "vamos fazer uma casa, então". Eu nunca tinha escutado falar em universidade, em residência e coisa, que se fazia casa pra cuidar, isso aí foi uma coisa que a gente começou a labutar e fazer (G1).

Na casa moravam cinco pessoas, três homens e duas mulheres, todos com idade superior a 60 anos. Durante semana esses moradores frequentavam a Nossa Casa e a noite e os finais de semana eram acompanhados por uma moradora do bairro remunerada e por uma assistente social. O serviço funcionou 12 anos, sendo fechado no ano 2000:

E foi muito interessante, sabe porquê? Essa casa foi uma experiência formidável. Porque eles não eram loucos de rua, eram loucos na rua. Quando eles tiveram casa e lugar pra passar o dia, e reabilitação, e jogos, e passeio e música. A vida daquelas pessoas ficou muito diferente. Cidadania é uma coisa muito show de bola [...]. E pena que, com o tempo, [...] quando eu voltei, tinham fechado o serviço residencial, porque acharam um familiar, acharam outro que podia não sei o quê. Só que pessoas com pouca contratualidade. As pessoas foram. O que é que é importante: terminou o serviço, que poderia não servir pra aqueles, mas tinham outros tantos que poderiam usar (G1).

Nesse período, a equipe ainda buscava soluções para o tratamento dos pacientes psiquiátricos moradores do interior, pois eram considerados a maior e mais difícil demanda, uma vez que o município era basicamente rural, os pacientes tinham muitas dificuldades de acesso aos serviços de saúde centrais e as equipes de saúde rural eram insuficientes:

Desses pacientes, os mais complicados eram do interior, que a gente não tinha como trazer eles pra cá, pra cuidar no centro de saúde mental. A gente tinha que criar alguma coisa lá, então a gente ia pro interior. E como é que a gente vai fazer? Porque no interior é o seguinte, as crises entravam, e as pessoas chamavam a ambulância e ia pro hospital. E aí surgiu na época uma primeira medicação de depósito, o Haldol Decanoato, que dava trinta dias, porque antes tinha Flufenazina, que dava 15 dias, e os pacientes não gostavam daquilo, de fazer injeção de 15 em 15 dias, e nós não tínhamos equipe pra fazer isso, o número de equipes no interior não era tão grandes quanto hoje (G1).

A saída encontrada foi treinar os moradores voluntários da zona rural que tinham telefone a prestar os cuidados em saúde mental, os quais passaram a administrar as medicações, fazer avaliação do paciente e acionar as equipes de saúde mental se fosse necessário. Algumas dessas práticas remetem às realizadas pela figura atual do agente comunitário de saúde e às ações de matriciamento do meio rural. Na época os resultados foram avaliados como

satisfatórios conseguindo evitar muitos casos de *revolving door*⁴⁴. Entretanto, com as fiscalizações e irregularidades deixaram de ser realizadas:

E aí nós criamos uma história, chegou uma enfermeira, [...] era uma enfermeira psiquiátrica. Primeira professora de enfermagem psiquiátrica na UFPel e na FURG. Pessoa revolucionária [...]. E ela topa essa história que estava surgindo aqui, e se manda com a N., com o pessoal do serviço social, pro interior. "Vamos fazer o seguinte, nós vamos pegar esses caras que têm telefone", porque o que é que tinha, quem é que chamava ambulância? Quem tinha telefone. Não existia celular. Então tinha lá o cara em Santa Teresa que tinha telefone, em Harmonia, que tinha telefone, tinha dois telefones no Harmonia, [...], que eram casas comerciais, postos de gasolina, que quando as famílias viam o sufoco do seu filho, do seu irmão, do seu pai, em surto, iam nesses lugares e chamavam a ambulância. E a gente teve a grande sacada, de treinar esses moradores que tinham telefone a cuidar dos doentes mentais. Tornaram-se agentes comunitários de saúde mental, nem existia a PACS. Não existia PACS. E a gente perguntou, "vocês topariam, pra gente não ter que se preocupar em dar remédios, principalmente esquizofrênicos, psicóticos, em fazer essa injeção de trinta em trinta dias neles?" Demos aula de como dar injeção; a maioria sabia. Porque, se não davam a injeção em casa, davam injeção em gado, não sei o quê, sabiam o negócio. Meio rural, o cara se safava. E começaram a fazer. Quando iam lá visitar e dar injeção no seu vizinho, lá na sua propriedade, e viam que não estava bem, e que estava diferente, ou que não queria fazer o remédio, eles telefonavam, e a gente ia até esse lugar fazer a visita domiciliar. Muitos casos que viviam internando, revolving door era intenso, da zona rural. E com isso a gente conseguiu na época, era lançamento do Haldol Decanoato, eu acho que consegui umas 4 mil ampolas de doação do laboratório. Que era um negócio que estava sendo lançado. E com esse remédio e com essas visitas, e com o cuidado que se passou a ter, as famílias entendendo a doença, a gente ia lá e falava. As internações diminuíram na zona rural. Há pouco tempo morreu o B.A, em Santa Teresa. O B.A nunca mais internou, passou 25 anos sem internar. E só quem conheceu o B.A sabe os surtos que ele tinha. E até hoje o posto de Santa Teresa, o Agente comunitário de saúde o visitava, e fazia uma injeção por mês no B.A [...] e aí ficou essa história dessa rede também matriciada, dentro do, dessa conexão, dessa rede compartilhada, que a gente tinha, com voluntários. Até que chegou o COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e descobriu que a gente fazia isso. E foi em cima das enfermeiras que estavam coordenando e ameaçou, que isso aí era exercício ilegal (G1).

Outra dificuldade que surgiu foi a questão das internações psiquiátricas no hospital geral. O município conta com dois hospitais, um na zona urbana e outro na zona rural e inicialmente houve resistência dos médicos clínicos e plantonistas em fazer internação de paciente psiquiátrico. O médico psiquiatra na época não residia no município, e realizava avaliação dos casos duas vezes por semana.

Uma das saídas encontradas foi pactuar a avaliação e o início da terapêutica de todos os usuários no hospital e em casos de agravamento fazer a transferência a outro município. Além disso, a secretaria de saúde optou por contratar profissionais que pudessem trabalhar tanto no

⁴⁴Fenômeno conhecido de porta-giratória, que se caracteriza por recorrentes internações em hospitais psiquiátricos, mantendo um ciclo recidivo de internação/alta/internação. Esse fenômeno é influenciado por fatores clínicos, sociodemográficos, econômicos, culturais e políticos (RAMOS; GUIMARÃES, 2012).

Nossa Casa como no Hospital, afim dar um melhor suporte a equipe do hospital, desmitificando o preconceito com relação à loucura.

As internações ocorriam principalmente nos casos de surtos psicóticos e intoxicação alcoólica. Dessa forma os pacientes, que anteriormente eram atendidos nos hospitais psiquiátricos das cidades mais próximas, passaram a receber esse atendimento no município na ala psiquiátrica do hospital geral:

Quando a gente descobriu que a gente estava entrando num movimento que tinha uma proposta, já em 89, que visava fechar o atendimento em hospitais psiquiátricos, nós concordamos com a história: "olha, eu acho que nossa experiência tá mostrando que não precisa". Eu disse "olha, a minha vida mudou", "eu sei cuidar dessas pessoas em qualquer lugar, pode ser lá dentro ou aqui". E aí surge a oportunidade do hospital nos dar dois leitos. Nós fomos atrás daqueles dois leitos. E dissemos assim: "vamos fazer uma experiência?". Com os clínicos, que chamavam a ambulância e encaminhavam. "Vamos deixar 72h. Se em 72h reverter o quadro e for possível, não vai pro hospital psiquiátrico. Se ficar complicado a gente manda pro hospital psiquiátrico. Surpresa: a grande maioria já não precisava mais ir pro hospital (G1).

[...] eu peguei bem aquela fase dos primeiros leitos psiquiátricos, e existia uma preocupação muito grande da comunidade, da sociedade em geral, dos funcionários, da própria equipe do hospital com relação à psiquiatria, ah os psiquiátricos, a situação tinha que ter grade, tinha que fazer, então foi bem complicado, então a secretaria de saúde [...] buscou fazer esse intermédio, que tivesse alguém que fosse do hospital que trabalhasse dentro da saúde mental, do centro comunitário da saúde mental, pra fazer esse gancho de poder tá trabalhando dando esse suporte dentro do hospital pra ter a possibilidade desses leitos, foi muito difícil no início, parece assim que o doente mental era um monstro, era visto como um monstro, ah tem que cuidar, até às vezes dobra direto, não passa, era bem complicado, tinha uma grade separando, era bem complicado (T6).

Aos poucos, a equipe se organizou para a elaboração de normativas de conduta necessárias no atendimento à crise e período de internação no hospital geral do município. A unidade de internação foi sendo construída e reformulada, sendo melhorado seu aspecto físico, integração com os médicos clínicos, e com os serviços de saúde mental na comunidade. Inicialmente foram cedidos dois leitos, mas, devido à demanda e necessidade de ampliação do espaço, a partir de 1991 foi utilizada uma ala desativada, com 12 leitos.

Na área da saúde mental, um dos principais problemas que começou a ganhar visibilidade no contexto brasileiro e municipal era o uso abusivo de álcool e outras drogas por adolescentes e adultos. No município, essa demanda começou a ser mais percebida através da busca de atendimentos no Nossa Casa, unidade psiquiátrica da Santa Casa de Misericórdia, registros do Conselho Tutelar, rede escolar, Ministério Público e Fórum local. Diante disso, sentiu-se a necessidade de criar um serviço específico, já que a demanda se mostrava crescente e a rede de serviços demonstrava baixa resolutividade nos casos.

Nesse sentido, em 2003 foi criado o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e drogas (CAPS AD) que se chamava CAPS AD CARETA (Centro de Atenção e Reabilitação em Toxicod dependência e Alcoolismo), com atendimento diurno voltado para adolescentes e adultos com transtornos mentais causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. A assistência prestada era pautada na construção do plano terapêutico individual (PTI) e incluía atendimentos individuais e/ou em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades pedagógicas, esportivas e desportivas, atendimento a família e encaminhamentos dos usuários e familiares a qualquer rede de apoio.

Em 2014 o serviço passou por um processo de transição e começou a funcionar como CAPS AD III 24 horas, mais conhecido como CAPS AD Pérola da Lagoa. Essa mudança para CAPS AD III 24 horas visou adequar o serviço às necessidades dos usuários de substâncias psicoativas, uma vez os profissionais encontravam muitas dificuldades no cuidado noturno e aos finais de semana, sendo que os únicos dispositivos de cuidados nesses momentos eram os serviços de Urgência e Emergência (SAMU e Hospital Geral). Por vezes os usuários do CAPS AD acabavam não procurando ajuda por não querem se submeter ao ambiente hospitalar. Além disso, muitas dessas demandas não exigiam internação, mas sim um lugar para o acolhimento, construção de vínculo e garantia de segurança. O atendimento 24 horas, também proporcionou maior participação dos familiares por meio de grupos e atendimento noturnos, sendo uma alternativa para aqueles que trabalham durante o dia.

[...] ano retrasado foi feito uma avaliação de todas, de todos nós [...] gente viu também que o serviço foi resolutivo pra algumas pessoas por que ele estava aberto a qualquer hora então algumas pessoas acessaram fora do horário normal, o quanto foi necessário ter esse espaço em outro horário. Era uma coisa que já tinha visto também, quando a gente era ad simples, que o porquê de virar um ad 3, por que tinham atividades dois dias na semana até as oito horas, e depois das oito não tinha mais, então tinha demanda pra além das 20h, e agente fechava e não tinha como atender essas pessoas, e hoje a gente vê que muitas pessoas vem no serviço, em outros momentos, em outros horários, inclusive até, muitos tem dois grupos que funcionam noite, que as pessoas vem mesmo, familiares vem muito noite, da importância de ter esse outro espaço, esse outro turno. É o horário da fissura, ou daqui a pouco passa algum coisa ruim na cabeça, bah e agora tô em casa não tenho ninguém que que eu vou fazer, vai lá no ad 24horas lá tu pode chegar a qualquer hora e qualquer hora, e qualquer hora tu vai ser ouvido, escutado. É e no hospital muito pra aquele lado clínico, vê a parte clínica, ah tu não está bem, por que tu não está bem, ah tu usou álcool ah ele é dependente químico, tem aquela única visão, e o CAPS não o CAPS acho que tu escuta a pessoa tu vê o que que ele está trazendo qual a ansiedade dele naquele momento, o que que deu aquela fissura, sei lá qualquer coisa acolher a demanda que ele traz, seja em qualquer coisa, não uma dor, mas a dor dele mesmo, dor interna (T4)

[...] melhorou muito depois que se ampliou o horário, então eles conseguem compartilhar ali, com esses usuários nesse turno da noite, conseguem fazer bastante coisa com eles, que às vezes durante o dia não se consegue; e aí muitas vezes o pessoal acabava o turno de trabalho, ia embora e eles teriam que voltar, ou pra rua ou pra

casa deles, e aí muitas vezes não tinha. Então é uma coisa bem importante, e sábado e domingo também [...], pelo que a gente vê tá dando resultado, eles tão conseguindo acolher essas pessoas da maneira que merecem ser (C14).

Esse processo de transição proporcionou muitas mudanças na lógica de tratamento e de processo de trabalho. O CAPS AD Careta era focado na abstinência e na remissão dos sintomas, funcionando como ambulatório com predomínio de atendimentos individuais, fila de espera e muito centrado na figura do médico.

Com a mudança para CAPS AD Pérola da Lagoa, buscou-se trabalhar numa lógica de cuidado mais pautado na redução de danos, na integralidade do cuidado, no cuidar sem julgar e na participação do usuário na construção do projeto terapêutico. O serviço começou a trabalhar de porta aberta, acolhendo os usuários no momento de crise e/ou alcoolizados, buscando a internação como último recurso e priorizando estratégias de reabilitação psicossocial através de diversificadas atividades terapêuticas, adequadas às necessidades de cada usuário. Na organização do trabalho da equipe, foram incluídas e valorizadas estratégias de trabalho conjuntas como as reuniões de discussão de casos e educação permanente com valorização do saber de todos os profissionais e do trabalho multiprofissional:

Mudou por que no início nós ainda trabalhávamos muito na lógica da abstinência, o próprio nome CARETA, uma sigla, Centro de Atenção e Reabilitação em toxicodependência e alcoolismo, a sigla [...] acabava muitas vezes transmitindo essa imagem de abstinência e no momento que passamos a trabalhar e nos tornamos um CAPS ad III que eu participei ativamente desse processo, [...], o grande ganho foi começarmos a trabalhar na lógica da política nacional de redução de danos, sem julgar, acolher o indivíduo na sua integralidade, construir o projeto terapêutico singular juntamente com o usuário, ter bem claro que hoje é garantido por lei, atender usuário em uso ou não, antes no CAPS AD careta se tinha aquela coisa muitas vezes que o usuário chegava alcoolizado e muitas vezes lhe era negada a entrada no próprio serviço, o que hoje graças a Deus a gente vai evoluindo, uma coisa totalmente ilógica, por que é naquele momento que ele está em crise, e é aquele momento que a crise deve ser atendida, não trabalhávamos também com atendimento à crise, quando tínhamos uma situação de crise, quem acabava atendendo era o hospital, o hospital geral através dos leitos de atenção integral em saúde mental, e hoje atendemos crise, buscamos a internação como último recurso, buscamos trabalhar o sujeito na sua integralidade, buscamos realmente uma inserção a reabilitação através de várias atividades que hoje nós temos como oficina de bocha, artesanato, o encontro da pesca que eu coordeno, cinema, então são várias atividades que no momento em que o usuário é acolhido juntamente com ele nós vamos identificando as necessidades singulares e as atividades em que ele vai participar, vão estar relacionado com a necessidade dele, de realmente algo que seja terapêutico. E no tempo do CAPS Careta [...] era uma coisa mais ou menos padronizada, o usuário chegava era muito ambulatório, era muito atendimento individual, com psicólogo, tínhamos um médico clínico, tinha uma demanda muito grande de uma lista de espera muito grande pra uma consulta com o psiquiatra, então era muito a figura centrada no médico, e hoje a gente trabalha com educação permanente, com reuniões de discussões de casos e equipe multiprofissional, cada um com seu olhar através do seu núcleo a gente discute caso a caso e junto com o usuário e sob esse olhar multiprofissional construímos o projeto terapêutico singular do usuário que hoje está sendo atendido por nós (T1).

Dessa forma, a constituição do CAPSAD Pérola da Lagoa introduziu aos profissionais não só o desenvolvimento de novas práticas e abordagens, mas o questionamento permanente das suas ações, visando garantir um tratamento voluntário, sem imposição, de forma que o cuidado em liberdade se constitua como *práxis* indo além do discurso.

Antes eu me lembro logo que nós começamos com o serviço [CAPSAD Pérola da Lagoa], ainda se tinha aquela ideia, oh fulano fugiu e aí a gente começou a fazer através de nossas reuniões, através de educação permanente, “não o sujeito não fugiu, se é um espaço de portas abertas, o sujeito ele foi embora, mas ele não fugiu porque só foge quem está num local preso trancado, mas a gente ainda trazia muito isso no discurso e hoje é uma coisa muito que eu trabalho até com os próprios usuários, ah o fulano fugiu, não gente aqui ninguém foge por que ninguém tá preso aqui permanece quem quer permanecer, a pessoa no momento que quer ir embora, alguns vão, assinam um termo de compromisso que estão saindo, e outros espontaneamente saem, voltam, são recolhidos, por que a gente sabe muito bem como é o movimento do usuário de substância psicoativa, tem momentos da fissura, tem o momento da ansiedade, então hoje se tem claro com regras com normas definidas, mas existe essa concepção de cuidado, cuidado em liberdade. [...] Sim, é aquela coisa, nós lutamos através da luta antimanicomial, há muitos anos, são Lourenço do Sul a gente tem o Mental Tchê que é o momento de reforçar a militância, mas é o manicômio que nós trazemos dentro da gente, do nosso insciente, que muitas vezes a gente reproduz no cuidado, e isso não se dá de um dia pro outro, isso requer tempo, requer reflexão, requer prática, requer educação permanente, mas nesse sentido a gente evoluiu muito nesses últimos três anos de CAPS AD III Pérola da Lagoa (T1).

Entre os usuários de drogas que acessam o serviço os trabalhadores observam uma mudança de perfil, principalmente após a transição para CAPSAD III. De um público que era predominante masculino e fazia uso de única substância, em sua maioria o álcool, para um público mais diversificado incluindo homens, jovens e mulher. Apesar do álcool ainda ser a substância predominante de uso os profissionais observam um maior número de usuários de outras drogas como o crack e/ou situações de uso de múltiplas drogas.

Parece que até a gente vir pra cá era mais álcool, tinha os casos de crack, tinha sempre tiveram mas deu um boom assim eu não sei, se foi por que a gente veio e passou a ser um serviço 24 horas que a demanda aumentou, de outras substâncias também (T3).

No momento o CAPSAD está em transição eu acho assim, está vindo muitas pessoas dependente de crack, de outro tipo de droga, mas o álcool ainda, a demanda do álcool é a maioria neste momento (T4).

No momento, acho que tem chegado muito homem, mais mulher do que antes, mas menos do que homens, mas jovens, com uso de múltiplas drogas, vejo assim que mudou muito o perfil assim, por que antes os usuários chegavam em uso de uma única substância ou álcool ou cocaína, mas hoje, parece que não tá tão delimitado assim, parece que os usuários tem modificado o perfil no sentido de uso de múltiplas drogas, mas mais homens jovens, problemas sociais importantes, menor de idade com conflitos familiares, uma vida de relações bem conturbadas (T5).

Observa-se que atualmente os profissionais percebem um aumento da demanda de atendimentos de usuários com problemas complexos de ordem física como a presença de comorbidades psiquiátricas e psicossociais, déficit de autocuidado e problemas sociais complexos como envolvimento em situações de violência, criminalidade, vínculos familiares fragilizados e muitos casos de reinternações. Essa complexidade da demanda que envolve as necessidades das pessoas em situação de uso abusivo de drogas exige que a saúde mental estabeleça articulações com outros setores como o Ministério Público, Judiciário e Conselho tutelar, ou seja, setores que historicamente trabalharam pouco integrados a área da saúde. Sendo assim, apesar do acesso ser fácil a esses setores no referido município, é necessário “azeitar mais essa relação” que significa unir mais os setores, fortalecer a articulação, pactuar ações, fluxos de forma que essa intersetorialidade seja parte do trabalho em rede.

Eu vou dizer assim, olha. A nossa rede, ela passa por um momento bastante delicado. Porque pelo aumento, pelo grande aumento de demanda que hoje nós estamos tendo. E pela complexidade dos casos que têm surgido. Durante muitos anos, assim, a rede de cuidado no campo de álcool e drogas tinha, e ainda têm, uma predominância de álcool. Mas a presença de outras drogas era mínima. E não eram tão complexas como está hoje. O que eu posso dizer, nesses trinta anos: o quanto tá difícil hoje, porque chega a situações com uma., não só comorbidade, de ser uso de drogas, transtorno mental, transtorno físico. Mas também a complexidade de envolvimento psicossociais. Nos chegam com problemas de violência, com problemas de envolvimento com a justiça muito intenso e isso não é fácil, eu acho que hoje não é fácil pra nós, não é fácil pra nenhuma RAPS. Nós temos que ter uma diversidade de cuidado que envolve setores diversos, que não são fáceis muitas vezes de acessar. O Judiciário, isso que aqui em São Lourenço do Sul a gente tem um acesso muito bom. Nós sentamos com Judiciário, com Ministério Público, com o Conselho Tutelar. Mas é muito mais complexo. E isso, acho que a gente tem que aprender mais. Porque não é uma atividade que a gente possa dizer que esteja azeitada, mas não é em todos os locais. Eu acho que essa avalanche de dependência, por exemplo do crack, que nós temos hoje, que nós nos deparamos em qualquer faixa etária, como algo que não é tranquilo. E que tem uma característica de um entra e sai, entra e sai, do cuidado, e as vezes chegam num péssimo estado, usuários que precisam de um cuidado intensivo. Hoje mesmo chegou um rapaz aqui da cidadezinha do Cristal, veio espontaneamente procurar cuidado, nem passou pela regulação da 3ª [CRS]. [...] Tinha estado internado em 2013. Há quatro anos, ele já usava crack. Ele tinha estado em 2011, 2010, 2011 e 2013. E ele disse assim, ó, que ele ficou vários anos sem usar. Agora, a partir do ano passado, devido a uma situação da vida dele, ele reagudizou o uso, e ele tá usando direto. Múltiplas drogas, mas ele chegou em um estado geral tão debilitado, assim, que tu tem que montar ele novamente. A única coisa boa é que assim, que teve que ele disse assim: "por favor me ajude, eu não tenho condição de continuar assim". Então, requer que as pessoas que estejam no cuidado, elas tenham essa visão do quanto é intenso o se colocar nessa função de cuidar de situações como essa. E também a capacidade de frustração, de saber que isso a gente vai ajudar um tempo e isso vai voltar. Eu acho assim, esses dias eu estava vendo um colega dizendo assim, "ah, que saudade do tempo que só tinha alcoolismo e a gente reclamava" [risos]. E reclamava mesmo, porque dentro daquele momento era difícil. Mas hoje, realmente, a gente tem que ter serviços que tenham essa capacidade de impactar nesse cuidado, de tolerar que esse cuidado ele vai ser um período e muito vai

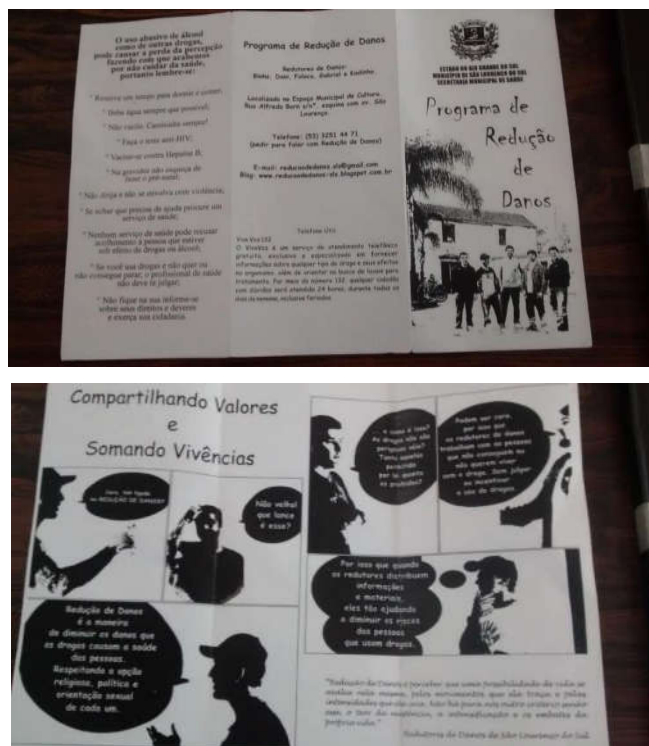
reagudizar, vai voltar o uso; e que a gente várias vezes vai entrar nessa cena. Porque às vezes dá uma sensação que a gente tá perdendo o usuário entre os dedos (G1).

Outros pontos da rede para o atendimento aos usuários de drogas começaram a ser costurados, alguns mais específicos como o Redução de danos, e a enfermaria no hospital geral especializada para ao atendimento de usuários de drogas. E outros mais articulados a rede de saúde e de saúde mental, como as Estratégias de Saúde da Família, o NASF, as iniciativas de Geração de Trabalho e renda-Lokomotiva, o SAMU, os quais, a partir das necessidades práticas, começaram a ser acionados pelos serviços especializados de atendimento ao usuário de drogas. Além disso, com as normativas políticas, esses serviços de saúde passaram a integrar pontos de acesso e tratamento em saúde mental.

A equipe de Redução de Danos foi inserida na rede em 2013, vinculada à saúde mental e atenção básica através das UBS. A equipe era composta por usuários abstêmio e não-usuários, contava com um coordenador, um assistente de coordenação, um supervisor de campo e sete agentes redutores de danos. As atividades eram voltadas para o trabalho de campo em quatro bairros vulneráveis da cidade.

Abaixo é possível visualizar um folder com informações sobre o Programa Redução de danos, dicas de redução de danos e telefones úteis, entregues a população do município:

Figura 5 - Folder redução de danos



Fonte: arquivos da pesquisa.

As abordagens de campo eram feitas em dupla, com ação realizada de pessoa a pessoa, quando se orientava sobre o trabalho da redução e as formas de prevenção de DST, Aids e Hepatites. Ocorria a entrega de preservativos e Kits (seringa descartável, água destilada, e algodão) para os usuários de drogas injetáveis. Em casos de interesse pelo tratamento os usuários eram encaminhados para as UBS, serviço especializado como o CAPS AD, e testagem anti-HIV.

A redução de danos organizava rodas de debate sobre artigos, filmes, documentários relacionados à temática, sendo que os encontros ocorriam tanto na sede como em outros espaços do município. Na sede também havia uma biblioteca e uma brinquedoteca, disponíveis a comunidade, sendo que no movimento desse local, era visível a presença de muitas crianças moradoras do bairro e adolescentes:

Após sairmos da UBS Lomba eu o Redutor de danos passamos em frente a antiga sede do redução de danos. Lá estavam muitas crianças brincando, jogando bola, andando de bicicleta. Ele lembra de quando a sede do redução era ali: “muitas dessas crianças usavam a sede para brincar, pegar livros, eles gostavam muito” (DC).

No livro de ata das reuniões da antiga sede além das informações tratadas nas reuniões há registros dos livros e de brinquedos retirados por moradores da comunidade, materiais que ficavam na antiga sede e que eram emprestados para a comunidade, com data de entrega e nome da pessoa que retirou. No livro de ata, chama a atenção os assuntos discutidos nas reuniões que aparecem na forma de questionamentos, parece que são assuntos que deveriam ser melhor trabalhados pelos redutores de danos, entre eles prevenção de doenças infectocontagiosas com a população LGBT, e outros grupos de risco. Quais eram as estratégias de redução de danos que deveriam trabalhar com essa população? Se perguntavam (RD).

O serviço passou por uma transição em 2017, havendo mudança de sede, profissionais e algumas propostas. Atualmente a sede da equipe está no CAPS AD III “Pérola da Lagoa” com uma equipe composta de dois agentes redutores de danos, uma enfermeira e uma psicóloga coordenadora. A atuação da ERD engloba o trabalho de campo nas cenas de uso, a participação nas reuniões de equipe e no matriciamento das ESF, participação das reuniões de equipe do CAPS AD e do CAPS infantil, visita na ala psiquiátrica de tratamento a usuários de drogas no hospital geral e visitas domiciliares.

A proposta de articulação entre CAPS AD e redução de danos apresentada no plano de sugestões para o início do trabalho envolveu conhecer o território de atuação e compreender como é a vida nesse território. Para isso seria importante caminhadas, conversas com pessoas que ali vivem e com a própria rede que já atua no território, visando um melhor planejamento

do trabalho com relação aos horários e de que forma ir a campo. Um trabalho que, de acordo com a proposta, deve ser revisto permanentemente conforme dos desafios do cotidiano, devendo ser garantidos reuniões trabalho de campo, agenda de apoio matricial a rede e reuniões de rede. Enfim, essas foram algumas sugestões e pactuações para o trabalho em conjunto.

Com outra proposta que procurava transversalizar a rede, agregam-se os Programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública/RS. Esse último iniciado em 2012 com profissionais da psicologia, enfermagem, educação física, terapia ocupacional e artes. Em 2017, havia 13 residentes da psiquiatria e 07 da residência multidisciplinar, desenvolvendo atividades de formação em serviço nos diferentes pontos da RAPS, entre eles, CAPS AD III, CASP I, CAPS infantil, Estratégias de Saúde da Família e nas duas alas psiquiátricas do hospital geral (uma para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, e outra para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico que fazem uso de crack, álcool e outras drogas).

O município também é conhecido por organizar o famoso evento de saúde mental conhecido como “Mental Tchê”. Um evento que reúne profissionais, usuários, familiares e comunidade em geral para trocar experiências, proporcionar um espaço de protagonismo aos usuários e compartilhar reflexões acerca das práticas de saúde mental. Propõem-se mesas de debate com atores da Luta antimanicomial que estão em diferentes espaços. Além disso, comemora-se a cultura por meio de apresentações artísticas, poesia, música, festa e outras manifestações, revelando-se como um evento internacional na discussão das políticas públicas de cuidado em liberdade (VASQUES, 2013).

Na amarração do que foi exposto acima pretendeu-se dar uma dimensão da constituição do trabalho em rede de saúde mental e na atenção aos usuários de drogas no município, tanto do ponto de vista da constituição histórica, como das configurações atuais. Tentei materializar um pouco da riqueza e das singularidades, diferentes histórias de vida e de envolvimento dos atores sociais com o cenário, de modo a mostrar como o município cresceu e se tornou uma referência nacional de cuidado em saúde mental para longe dos espaços tradicionais de tratamento. Diante desse caminho histórico, altamente fecundo e relevante, proponho apresentar a configuração atual da RAPS de São Lourenço do Sul, os pontos existentes e como as equipes estão organizadas. Conhecida a organização da rede, fica mais fácil compreender como foi o processo de envolvimento da pesquisadora com o campo e o desenvolvimento do processo avaliativo.

5.2 A Rede de Atenção Psicossocial no cenário atual: panorama, configuração e atores constituintes

Ao longo do trabalho de campo pude conhecer os diferentes componentes e pontos da RAPS de São Lourenço do Sul, bem como, seus modos de articulação. Cada serviço de saúde é considerado um ponto da rede com diferentes organizações de trabalho e equipes multidisciplinares compostas por áreas profissionais diversas.

Aqui serão apresentados os serviços que compõe a rede do município tendo como referência a portaria 3088 de 2012, que institui a RAPS, bem como, informações sobre a organização desse serviço no município, colhidas a partir das observações participantes, entrevistas e análise de documentos.

No quadro 1, observa-se de forma simplificada, a atual apresentação da RAPS em São Lourenço do Sul.

Quadro 1- Configuração atual da Rede de Atenção Psicossocial de São Lourenço do Sul/ Rio Grande do Sul, 2017

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	6 Unidades Básicas de Saúde Urbana (8 ESF) 7 Unidades Básicas de Saúde Rural (7 ESF) 1 Unidade de Saúde Central 1 Equipe de Redução de Danos 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família
Atenção psicossocial estratégica	CAPS I Nossa Casa CAPS AD III Pérola da Lagoa CAPS infantil Saci
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU Porta Hospitalar de Atenção à Urgência
Atenção Residencial de Caráter Transitório	
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada às pessoas com transtorno mental (10 leitos). Enfermaria especializada às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (20 leitos).
Estratégia de Desinstitucionalização	
Estratégia de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e renda-Lokomotiva

Atenção Básica em Saúde

No componente da Atenção Básica, o município possuía, no período da produção de dados, 13 Unidades de Saúde da Família, e 14 equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo sete localizadas na zona urbana e sete na zona rural. Na figura 6, visualiza-se a unidades de saúde e sua respectiva cobertura populacional em 2016 e 2017, sendo que neste último ano é possível identificar uma cobertura quase total da população (99,91%).

Figura 6 - Número de pessoas cadastradas nas Unidades de Saúde da Zona Rural e Zona urbana de São Lourenço do Sul.

Unidades da Zona Rural:	2016	2017
Boqueirão	4.711	4.711
Boa Vista	3.120	2.823
Canta galo	2.875	2.985
Harmonia	3.219	3.219
Sta Inês	1.968	2.463
Sta Tereza	2.908	2.908
Coqueiro	1.530	1.530
Total:	20.331	20.639
Unidades da Zona Urbana:		
Barrinha	2.934	4.278
Navegantes I		2.300
Navegantes II	4.708	2.228
Santa Terezinha	2.400	2.400
Nova Esperança	2.108	2.108
Sete de Setembro	2.376	2.376
Lomba/Medianeira	4.894	4.894
Central	3.318	3.318
Total:	22.738	23.902

Fonte: Documento do município/relatório quadrimestral da gestão.

O município conta com uma Unidade de Saúde Central (USC), localizada no centro da cidade que funciona como policlínica nos três turnos, das 7h30min da manhã até às 21 horas, disponibilizando atendimentos especializados de ginecologia, fisioterapia, odontologia, nutrição, tratamento para feridas crônicas, pequenas cirurgias, tratamento para DST, HIV/AIDS, Tuberculose, pré-natal de alto risco e baixo risco e exames laboratoriais especializados.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) também integra as equipes da atenção Básica. O NASF composto por dois educadores físicos, duas nutricionistas, uma psicóloga, uma assistente social e um farmacêutico. No município, o NASF realiza, desde de 2013, ações de

apoio à Saúde da Família, qualificando a discussão e atuação nos casos, e o planejamento e avaliação das ações da ESF. Participa nas reuniões de equipe, reuniões de matriciamento, visitas domiciliares, grupos comunitários e atendimentos individuais.

A RAPS de São Lourenço do Sul também dispõe de uma Equipe de Redução de Danos (ERD) que possui dois agentes redutores de danos cumprindo 40 horas, uma enfermeira e uma psicóloga coordenadora com 10 horas semanais, ambas também trabalhadoras do CAPS AD III.

O trabalho de campo desenvolvido pela ERD envolve o encontro dos usuários nas cenas de uso, como em algumas esquinas do centro, terrenos e galpões abandonados e no próprio domicílio, onde alguns usuários se juntam pra usar drogas. A equipe também participa das reuniões de matriciamento e reuniões nas estratégias de saúde da família. Cada integrante é responsável por quatro equipes Saúde da Família da rede de saúde de São Lourenço do Sul. Além disso, também participam da reunião de equipe semanal do CAPS AD III e uma vez por mês das reuniões com o CAPS infantil.

Atenção Psicossocial Estratégica

Os três CAPS de São Lourenço do Sul fazem parte da Atenção Psicossocial Estratégica. O CAPS I, a “Nossa Casa”, é o serviço mais antigo de saúde mental, com 30 anos de existência. Seu atendimento é voltado para o público adulto com transtornos mentais severos e persistentes por meio de práticas de atendimento individual, atendimento em grupo, suporte a família, oficinas terapêuticas, práticas de reinserção na comunidade e apoio matricial as equipes da atenção básica.

Em 2005 foi criado o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi), conhecido como CAPS Saci, cujo atendimento é para crianças e adolescentes, de 0 a 25 anos, que apresentam transtornos psiquiátricos e/ou comportamentais, emocionais e/ou sociais, incluindo os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. O CAPS Saci é referência regional para os municípios de Arroio do Padre, Cristal, Turuçu, Canguçu e Morro Redondo, e tem um total de 5000 mil crianças e adolescentes cadastrados, sendo que aproximadamente 200 estão ativos.

O CAPS infantil nasceu da experiência do Centro Integrado de Saúde Escolar (CISE), um serviço com sede própria inaugurado em 1994 que atendia somente escolares. Devido a necessidade de expandir o atendimento pra crianças não escolares e incluir outras necessidades

de saúde mental o CAPSi foi criado, sendo que nessa transição muitos profissionais se mantiveram e continuam até hoje trabalhando no serviço:

Desde antes de ser o CAPSi nós éramos um serviço de atendimento a criança, éramos saúde escolar, que o nosso CAPS foi transformado em CAPSi fazem doze anos, [...], mas a gente já trabalhava essa equipe num outro serviço semelhante, claro que agora bem mais amplo e com outras propostas, mas já vinha (C2).

No componente da atenção psicossocial estratégica, o principal serviço no município voltado para o atendimento de usuário de álcool e outras drogas é o CAPS AD III Pérola da Lagoa. Funciona 24 horas do dia, inclusive feriados e finais de semana realizando acolhimento de todos os usuários sem agendamento prévio. O tipo de acompanhamento é estabelecido pelo Plano Terapêutico Singular que definirá a linha de cuidado de cada usuário, desde o acolhimento até a continuidade do cuidado nos outros serviços da rede.

Para aqueles casos que é necessário acolhimento no período contínuo, nas 24 horas, o serviço disponibiliza três leitos femininos e quatro masculinos. O tempo de acolhimento noturno, é limitado a 14 dias em um período de 30 dias, sendo que os casos que necessitam de maior tempo no serviço devem ser justificados à Coordenação Municipal de Saúde Mental.

A equipe do CAPS AD é composta por dois enfermeiros, três psicólogos, dois técnicos de enfermagem, um médico psiquiatra e um médico clínico, uma assistente social, um educador físico, um acompanhante terapêutico, dois auxiliares administrativos, e dois auxiliares de serviços gerais. O CAPS AD é referência regional, atendendo municípios de Jaguarão, Arroio Grande, Herval, Capão do Leão, Arroio do Padre, Turuçu, Amaral Ferrador e Cristal, cobrindo uma população de 150 mil habitantes.

São Lourenço do Sul não tem convênio com as Comunidades Terapêuticas. Entretanto, quando algum usuário apresenta o desejo de acessar esse tipo de ponto de atenção de caráter transitório e/ou quando algum profissional do CAPS AD e/ou Hospital Geral avaliam que a CT, como parte do plano terapêutico singular, pode ser efetiva para determinado usuário, faz-se contato com a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, que regula as vagas das CT contratadas pelo Estado. Há também os casos que a família se responsabiliza em arcar com os custos.

Por ser um dos principais serviços especializados direcionados aos usuários de drogas no município, serão descritos de forma detalhada os objetivos gerais, os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas conforme as informações documentais do Projeto Técnico para a Implementação do CAPS AD III Pérola da Lagoa (Quadro 2).

Quadro 2- Objetivos gerais, objetivos específicos e atividades desenvolvidas no CAPS AD III Pérola da Lagoa

Objetivo Geral	Objetivos específicos	Atividades a serem desenvolvidas
<p>Realizar ações de atenção/ assistência aos usuários de Álcool e Drogas e seus familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, grupal, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterapêutico, de orientação na perspectiva da redução de danos.</p>	<p>Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e a saúde, representado pelo uso prejudicial de drogas.</p> <p>Promover cuidados intensivos, utilizando, se necessário, Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental do Hospital Geral.</p> <p>Responsabilizar-se pela organização da demanda e da Rede de Instituições de Atenção a usuários de álcool e outras drogas no âmbito do seu território.</p> <p>Manter a capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador das internações nos Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental da Rede Assistencial local, no âmbito do seu território.</p> <p>Realizar suporte efetivo a Unidade de Acolhimento Transitório.</p> <p>Matriciar as equipes de Atenção Básica, Serviços e Programas de Saúde Mental no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial, no que tange a questão do uso de Álcool e outras drogas.</p> <p>Realizar atividades preventivas no tocante ao uso e abuso de álcool e outras drogas nas escolas e instituições parceiras.</p> <p>Proporcionar a equipe técnica programas de educação permanente e supervisão clínico-institucional de forma efetiva.</p> <p>Ser lugar de referência de cuidado e proteção para familiares em situação de crise e maior gravidade.</p> <p>Receber usuários encaminhados de outros pontos de atenção, para abrigo noturno, desde que seja feito contato prévio com equipe que receberá o caso.</p> <p>Regular o acesso aos leitos de acolhimento noturno com base nos critérios clínicos, em especial a desintoxicação, e/ou critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflitos, dentre outros.</p> <p>Construir junto ao usuário e seus familiares o seu Projeto Terapêutico Singular que irá nortear o cuidado.</p>	<p>Acolhimento</p> <p>Acolhimento noturno de 14 dias.</p> <p>Atendimento individual</p> <p>Atendimento em grupo</p> <p>Atendimento familiar individual ou coletivo</p> <p>Atendimento domiciliar</p> <p>Busca ativa</p> <p>Oficinas de diversas modalidades</p> <p>Atenção em situações de crise</p> <p>Assembleias</p> <p>Acompanhamento terapêutico</p> <p>Promoção de momentos de informação aos usuários</p> <p>Ações de articulação da rede intra e intersetorial</p> <p>Realização de matriciamento em saúde mental na atenção básica</p> <p>Ações de redução de danos</p>

Com relação às atividades desenvolvidas, é possível visualizar no quadro 3, o quantitativo de atividades realizadas no segundo quadrimestre de 2017.

É importante ressaltar que o preenchimento no sistema nos moldes atuais da RAA – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – ainda está em processo de transição, sendo que os profissionais ainda estão totalmente apropriados à nova rotina de registros, podendo ter informações subnotificadas.

Quadro 3- Quantitativo de atendimentos e tipos de atividades do CAPS AD III

TIPO DE ATIVIDADE 2º QUADRIMESTRE DE 2017	QUANTIDADE
Ações de Articulação de Rede	146
Atendimento Individual	1429
Acolhimento Noturno	307
Atendimento em grupo de paciente	269
Atendimento familiar	91
At. Diurno	759
At. Domiciliar	77
Práticas corporais	27
Ações de Reabilitação	112
Matriciamento	29
Redução de danos	38
Outros	149
TOTAL	3433

Atenção de Urgência e Emergência

Neste componente, o município dispõe do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU) e o Pronto Socorro 24 horas do Hospital Santa Casa de Misericórdia. No atendimento aos usuários se substâncias psicoativas o SAMU é acionado em situações de crises psiquiátricas, casos de internação involuntária, e agravamento clínico do usuário. Em situações em que a equipe do CAPS AD avalia a necessidade de internação involuntária faz-se o contato com o SAMU, que, por sua vez, contata a Brigada Militar, cumprindo o protocolo municipal de internação involuntária.

A porta de entrada do Pronto Socorro Municipal atende casos que chegam por meio do SAMU, pelos familiares e pelos serviços de saúde mental do município. Os usuários passam

por uma classificação de risco e os casos necessários são encaminhados para a enfermagem especializada para o tratamento de álcool e drogas.

Atenção Hospitalar

Atualmente o hospital apresenta duas alas psiquiátricas e um total de 30 leitos, uma das alas dispõe de 10 leitos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, e outra com 20 leitos para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Os leitos são financiados respectivamente pelo Ministério da Saúde e pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, por meio da Secretaria Estadual de Saúde.

Na área da saúde mental, o hospital é referência para cerca de 200 mil habitantes, dos quais estão incluídos os municípios de Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Cristal, Turuçu e parte da população de Pelotas. O público que interna é de diferentes faixas etárias, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos, e, conforme a necessidade, utiliza-se leitos clínicos e pediátricos.

Para o triênio 2018-2021, serão implementados na Santa Casa de Misericórdia, oito leitos para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. O projeto já foi aprovado na CIR – Comissão Intergestores Regionais e na Plenária do Conselho Municipal de Saúde. No hospital da Reserva no meio rural, também está prevista a Implantação de Serviço de Atendimento a Mães Usuárias de Álcool e Drogas, chamado “Mãe Me Quer”, com a intenção de atender mães gestantes dependentes de álcool e drogas. Os recursos foram captados do Conselho da Criança e Adolescente de São Lourenço do Sul – CONDICA e o projeto se encontra com sua estrutura finalizada, com mobiliário e equipamentos adquiridos, passando por negociações e trâmites que visam ao seu co-financiamento.

Estratégias de Reabilitação Psicossocial

Nas estratégias de Reabilitação Psicossocial o município conta com a iniciativa de Geração de Trabalho e Renda conhecido como Lokomotiva- Centro Integrado de Reabilitação Laboral de Saúde Mental. Esse centro foi criado em 2007 com a proposta de promover ações de geração de renda visando reabilitar e preparar as pessoas para o retorno e/ou ingresso ao mercado de trabalho, proporcionando gradativamente a esses indivíduos uma maior independência.

Inicialmente as oficinas de geração de renda eram realizadas dentro do CAPS Nossa Casa junto com as oficinas terapêuticas, ou seja, para alguns usuários a oficina deveria ter finalidades terapêuticas, enquanto para outros, o objetivo era a geração renda. Isso gerava certa confusão da equipe e dos usuários sobre a efetividade da oficina.

Nesse sentido, criou-se a Lokomotiva com sede própria, localizada fora do CAPS e inserida na comunidade, contando com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal da Cultura, através do Ponto de Cultura - Music Arte, e com o apoio da Secretaria Municipal de Turismo, através do Centro de Economia Solidária:

Então a gente tirou as oficinas de geração de renda de dentro dos CAPS e transformou num centro onde a gente pudesse tá trabalhando com os usuários dos CAPS, antes, não da raps, porque não tinha tido acesso das unidades, era mais usuários dos CAPS, com a geração de renda, porque antes era tudo misturado oficina terapêutica e de geração de renda era tudo junto no serviço nos CAPS. Então isso gerava muito confusão tanto pro usuário que estava fazendo a oficina quanto pro próprio funcionário que não sabia pra qual oficina encaminhar por que era tudo junto. Então a oficina que gerava renda era a mesma terapêutica, então isso, tinha vários problemas dentre eles tu não podia exigir, uma qualidade, um acabamento, de um usuário que estava ali pra geração de renda o mesmo que estava ali pelo terapêutico que recém chegou no serviço, atrapalhado, confuso, com a motricidade toda comprometida, e ele acabava gerando muita frustração naquele usuário, porque ele não tinha a mesma qualidade que o outro tinha que já estava ali por um outro fim (C3).

Os principais objetivos da Lokomotiva são: estimular a autonomia e o convívio social por meio do trabalho; proporcionar uma melhoria nas condições de vida, através do emprego e renda; possibilitar a inclusão social, através da participação na comunidade com o artesanato produzido. Esse trabalho é desenvolvido por três profissionais, uma terapeuta ocupacional e duas acompanhantes terapêuticas, e, quando necessário, contam com o apoio de duas nutricionistas da secretaria de saúde para as oficinas de culinária.

No momento, as oficinas desenvolvidas são de pintura em tecido, culinária, com as oficinas de bolacha, artesanato, com a utilização de palha e sabugo de milho, e tapeçaria em malha. As oficinas desenvolvidas são adequadas à realidade econômica e social dos usuários atendidos, com preferência para produtos recicláveis e reaproveitáveis, tais como a palha e o sabugo de milho inutilizado pelos agricultores da região, bem como, os retalhos e malharia do comércio local.

Com relação à produção quantitativa, no segundo quadrimestre de 2017 foram realizados 688 atendimentos, divididos em atendimentos individuais, assembleias, oficinas e cursos em parceria com o SENAR - Serviço Nacional de Aprendizagem Rural. A Lokomotiva, enquanto grupo da economia solidária, participa de eventos e feiras e também tem uma parceria

com o SENAR, o qual oferece anualmente cursos de especialização em diversas áreas ligadas a agroindústria e artesanato, contemplando os usuários em tratamento nos serviços de saúde mental do município:

[...] somos um grupo da economia solidaria e o Senar sindicato rural, eles nos disponibilizam cursos através do instrutor, material todo a gente quem dá, normalmente a Lokomotiva é que através do caixa único a gente faz paga os insumos, mas a gente pede sempre pra quem possa contribuir, teve três cursos que nós fizemos esse ano que a gente pediu então, [...] é no máximo dez usuários, participantes, e nós fechamos para os nossos usuários do Lokomitva e abrimos pro usuários do CAPS, ai a gente pediu para os CAPS mandarem os insumos, e ai eles se organizaram e a gente fez uma divisão de materiais e cada CAPS trouxe alguma coisa (C3).

As ações da Lokomotiva são voltadas para os usuários e familiares dos três CAPS, do Hospital Geral da cidade, sendo que atualmente há um total de 25 a 30 usuários inseridos em atividades, alguns deles fazem o tratamento no CAPS, enquanto outros já tiveram alta e frequentam apenas a Lokomotiva.

[...] É por desejo, é mesma coisa, há eu não me adaptei a nenhuma oficina, ok, não é obrigado a frequentar a Lokomotiva, é um espaço que está sendo proporcionado, pela prefeitura enfim, pelo município pra pessoa, agora é um desejo, não tem nenhuma contratualidade pra pessoa ter que frequentar a Locomotiva, e a mesma coisa é a saída dela, pode permanecer A de eterno ou não. Encontrei uma atividade na sociedade, no mercado formal, ou simplesmente quero fazer meu trabalho em casa, ou não quero mais trabalhar, também (C3).

[...] por exemplo, o seu L.A ele tá há dez anos conosco, ele não frequenta mais o AD, mas ficou vinculado a Lokomotiva pelo geração de renda, ele nunca mais precisou acessar o ad, fazia o uso de álcool, fez o tratamento dele pela abstinência, não precisou mais frequentar os grupos nem os CAPS, há uns cinco anos mais ou menos ele só vai nas festas, mas o atendimento é na unidade básica, ele não frequenta mais o CAPS pra atendimento, não teve recaída enfim. o seu J.A também é a mesma coisa, e outros foram pro mercado de trabalho, conseguiu assim, teve o caso de um menino que foi pro mercado de trabalho a gente conseguiu inserir ele no mercado formal de trabalho, só que ele começou a ganhar muito dinheiro, dois mil reais mais ou menos, ai ele se vislumbrou e ai recaiu e ai até hoje não. Tá no serviço, e não conseguiu assim rever a vida dele, por que ele tinha voltado a estudar, trabalhar tava super bem, e ele faz uso de crack então ele se atrapalha muito, e ai ele não consegue manter rotina, enfim (C3).

As oficinas são realizadas diariamente nos dois turnos, sendo que pra casa usuário é feito um Plano Terapêutico Singular:

[...] eles são acompanhados durante a semana, então eles não frequentam todos os dias, alguns frequentam três vezes por semana, quatro, outros frequentam todas as tardes, outros frequentam as manhãs, outros frequentam uma vez por semana, eles que fazem o seu horário, a gente disponibiliza o serviço e ai a gente vai adequando de acordo com as oficinas também, por exemplo, as bolachas, tem duas vezes na semana, então elas vem duas vezes na semana, e a P. quem vende, vende três vezes

por semana, mas já a P. faz a venda três vezes por semana faz artesanato outros dias, então assim, a T.A a na verdade só não vem na segunda. Então cada um é feito um PTS, então é bem individual (C3).

Na rede em estudo, a Lokomotiva é um serviço indicado para usuários que tenham maior autonomia para desenvolver uma atividade laboral:

[...] é o usuário já estar mais organizado, já estar em processo de alta do serviço, por causa do dinheiro e por causa do trabalho, e também pra estar mais organizado também, não só em relação a receber o dinheiro, mas pra poder também exercer uma atividade pra poder trabalhar, a gente precisa estar mais organizado pra poder trabalhar, se não tá dentro da oficina terapêutica que acontece no CAPS. E aqui não é um espaço fechado, é portas abertas, então aqui ninguém vai trancar o usuário porque ele está em tratamento, não, ele vai entrar e ele vai sair a hora que ele quiser, ele vai vir sozinho, ele não vai vir acompanhado por alguém do serviço. Isso pode acontecer claro pra fazer o vínculo, no início enfim, mas os nossos usuários que são os trabalhadores, eles tem que ter o comprometimento de horário de entrar, horário de sair, comprometimento com o seu material, com a higiene, com a limpeza do seu espaço, eles tem autonomia pra fazer o seu café dentro do horário, então aqui dentro eles são autônomos, então é outro nível assim, é menos protegido que dentro do CAPS, então a pessoa que vem pra cá tem que tá em condições de se adequar a esse funcionamento também, que o mercado formal exige da gente (C3).

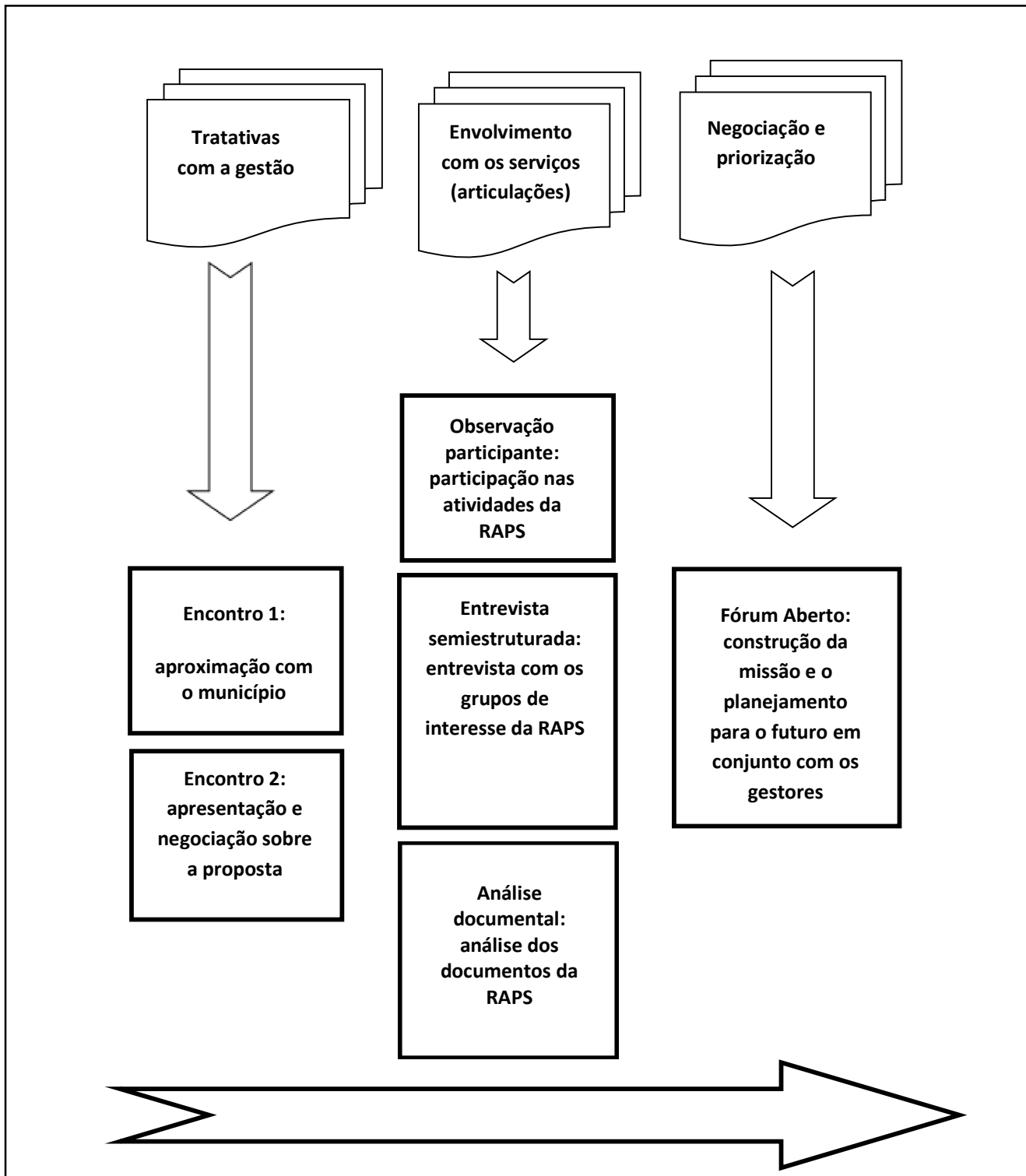
A comercialização dos produtos é realizada através da venda em feiras, eventos, da venda autônoma, onde cada usuário tem liberdade de vender seu produto na comunidade, e da parceria com o comércio local, indústrias, lojas e eventos públicos e privados. Dos valores arrecadados: 10% do vai para a Lokomotiva; 20% pra quem corta o material e 70% para o usuário.

6 ENTRADA EM CAMPO: NARRATIVAS DE NEGOCIAÇÕES

Neste capítulo apresenta-se como ocorreram os movimentos de encontro com a rede de São Lourenço do Sul para a construção da avaliação. Na narrativa desse processo mostram-se os caminhos percorridos em três momentos: tratativas com a gestão; envolvimento com os serviços (articulações); e negociação/ priorização com os gestores (Figura 7).

Esses momentos são apresentados de modo transparente, destacando-se os resultados alcançados, mas, sobretudo, o caminho percorrido, os “nós”, as “tramas”, os “artistas” e os “bastidores”, os “erros” e “acertos” que compuseram os movimentos desse processo avaliativo, cujo pano de fundo foi a RAPS de São Lourenço do Sul.

Figura 7 - Etapas da pesquisa



Fonte: Santos, E.O, 2019.

6.1 Tratativas com a gestão

O contato com o campo teve início no segundo semestre de 2016, quando fui ao município conversar com a coordenadora de saúde mental sobre a pesquisa. Não havia um projeto elaborado, apenas propostas, inquietações e o desejo de desenvolver uma pesquisa que produzisse contribuições para a rede. Também não era o primeiro contato com a RAPS de São Lourenço do Sul, pois eu já havia participado de pesquisas anteriores naquele local, porém com o foco na saúde mental da criança e adolescente.

De acordo com a coordenadora, apesar de o município ter tradição de participação em pesquisas científicas na área da saúde mental, por suas especificidades de cuidado em liberdade, esta seria a primeira pesquisa voltada para a rede na atenção ao público usuário de drogas. Naquela ocasião, a coordenadora também ressaltou a importância de pesquisas científicas para o município para ajudar os profissionais da área de saúde a refletir sobre suas práticas e melhorá-las.

Após aquele encontro com a referida coordenadora muitas ideias fluíram e amadureceram mediante leituras sobre o tema e a tomada de conhecimento de outras pesquisas realizadas na RAPS, o que auxiliou a construir o projeto. Nas pesquisas anteriores das quais participei, nesse município, chamava-me a atenção a articulação intersetorial da RAPS de São Lourenço do Sul, no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, a partir do espaço do fórum intersetorial, do qual participavam diversos setores para discussão das políticas públicas de saúde mental e o planejamento de ações intersetoriais. Assim, a visão dos diferentes setores sobre a RAPS também se mostrava relevante para compreender e qualificar as ações, pois são setores intimamente articulados com esse cuidado. A ideia inicial era me inserir nesse fórum e desenvolver a avaliação de empoderamento com esse grupo de interesse.

Construído o projeto, um segundo contato foi realizado com o município, visando apresentar a proposta à atual coordenação de saúde mental, que recentemente havia assumido a gestão. Vale ressaltar, que o ano de 2017, no qual a pesquisa foi realizada, era o primeiro ano da atual gestão municipal e, conseqüentemente, um ano de mudança de gestores, profissionais e prioridades, ou seja, mudanças que movimentaram a rede. Essa questão foi ressaltada pelos coordenadores da RAPS:

[...] Em reunião com os gestores, foi levantada uma preocupação importante do grupo: apesar de ser de quatro em quatro anos, esse é um ano atípico, a cada quatro

anos quando muda a gestão, infelizmente a gente só tem impacto depois, por que que a gente não trabalha com orçamento nosso, a gente trabalha com o orçamento que foi planejado previamente e com dividas que também vem acumuladas [...]. Então o que que esse ano atípico apesar de ser a cada quatro anos se trocasse aqui agora foi 12 anos depois (DC).

Essa peculiaridade, certamente influencia a percepção e a dinâmica do trabalho em rede, as quais foram consideradas elemento para análise nesta avaliação. Entretanto, na abordagem avaliativa que se pretende com a avaliação de empoderamento, a missão da avaliação, a situação atual e o planejamento das ações são projetados para o futuro, ou seja, “que patamar os profissionais desejam alcançar a partir da situação em que se encontram?”, sendo, portanto, um momento oportuno e profícuo para delinear propostas futuras no início de um processo de gestão.

Construir um processo avaliativo com essas características é um desafio, pois, conforme afirma um dos trabalhadores da RAPS de São Lourenço, “a pesquisa avaliativa ainda soa muito como supervisão” (DC). Diante dessa afirmação, aproveito para falar um pouco sobre a minha pesquisa, mediante excertos do Diário de Campo:

[...] a pesquisa avaliativa, ao longo do tempo ela mudou muito, mas ela tinha essa característica de julgamento, de apontar. Ao longo do tempo ela foi mudando, mas ainda carrega essa ideia. Hoje ela vem com uma proposta diferente que é a de pensar junto essas questões, apresentar e ver o que que pode ser pensado, ser feito, ou ser melhorado, ou repensado e o quanto é difícil mudar essa característica da pesquisa, eu tô aprendendo ainda a fazer dessa forma [...] (DC).

A intenção era demonstrar a proposta da pesquisa avaliativa atrelando-a à qualificação do cuidado na atenção aos usuários de drogas e não somente ao julgamento de valor do objeto avaliado, ou a um processo descritivo dos serviços, dos programas e das práticas. O desafio da pesquisa era se constituir enquanto um dispositivo para reflexão, crítica e tomada de decisão, impulsionando transformações nos processos de trabalho para a qualificação das práticas de cuidado em rede ao usuário de drogas.

Apesar de existirem consensos de que o julgamento é um importante e inevitável vetor do processo avaliativo (FURTADO, 2001), cabe problematizar e incorporar à avaliação outras contribuições, considerando dois aspectos identificados como centrais: o primeiro é a superação de uma visão positivista da avaliação, que parte do princípio da neutralidade do pesquisador em campo, para uma prática avaliativa na qual se acredita que não é possível avaliar algo de forma neutra e objetiva sem afetar os fenômenos de estudo e o contexto avaliado. Conforme afirma Passos (2008, p.216),

é o caso de um processo avaliativo no qual quem avalia e aquele/aquilo que é avaliado se distinguem, mas não se separam. [...] assim sendo, a avaliação não se faz por aplicação de valores sobre uma determinada realidade, mas por construção coletiva de valores comuns, com os quais a realidade, ela própria se modifica (PASSOS, 2008, p.216).

O segundo aspecto é o empoderamento dos grupos de interesse pelo qual a pesquisa avaliativa deve garantir maior apropriação do processo, incluindo os participantes nas decisões que os afetam, identificando e expressando as questões de interesse, as necessidades, os recursos e os meios necessários para a modificação e qualificação das práticas (FETERMAN, 2015).

Com base nesses elementos da pesquisa avaliativa, faço um esforço para apresentar este estudo, entendendo que o ato de fazer pesquisa avaliativa não é linear, exige adaptações à realidade, uso de estratégias específicas, de modo que seus contornos e singularidades também sejam fundamentais no processo de construção do conhecimento.

Assim, no segundo encontro com os gestores estavam presentes o coordenador da saúde mental, a coordenadora do CAPS AD, e o coordenador de ensino, pesquisa e extensão do município de São Lourenço do Sul, que acolheram a proposta e colocaram as “portas da RAPS abertas para a pesquisa”. No encontro com os atuais gestores foram pactuados os fluxos a serem percorridos durante a pesquisa, as técnicas a serem utilizadas — observação participante, análise documental, entrevistas semiestruturadas e fórum aberto. Considerando-se que o processo seria dinâmico, havia a preocupação pela utilização de técnicas que levassem em consideração o caminho percorrido, a compreensão do contexto a partir das implicações com o processo, e a possibilidade de usar o processo avaliativo para gerar reflexões e propostas de mudanças nas práticas.

Propus-me a fazer um contato inicial com o campo para me aproximar dos profissionais da rede, conhecer a dinâmica do trabalho e organizar o processo avaliativo, considerando as possibilidades locais naquele momento e as mudanças que haviam ocorrido na RAPS com a troca de gestores. Esse contato foi importante para adequar alguns aspectos da pesquisa ao contexto e às necessidades locais. Um deles foi o objeto da pesquisa, que se voltou para a RAPS, e não para a rede intersetorial, devido ao protagonismo da RAPS no cuidado ao usuário de drogas no município e a necessidade de fortalecer a compreensão dessas articulações e qualificar o cuidado nesse âmbito.

Outra mudança no projeto foi em relação à utilização de espaços da gestão para a produção de dados da pesquisa. Inicialmente, a proposta era utilizar o espaço do fórum

intersetorial. Entretanto, as reuniões do fórum aberto não estavam acontecendo. O espaço utilizado pelos gestores para planejar as ações era o colegiado gestor que contava com a participação dos profissionais da saúde mental e com encontro a cada 15 dias. Tive a possibilidade para participar desse espaço em dois momentos: um deles foi para falar sobre a presente pesquisa, e o outro foi para a realização do fórum aberto junto aos gestores.

Portanto, as tratativas com a gestão foram fundamentais para organizar o processo avaliativo, articulado às possibilidades e necessidades locais, além disso, apropriar os participantes sobre a pesquisa e sensibilizá-los para o envolvimento com a proposta da avaliação. Após pactuado o processo da pesquisa, dei início à observação de campo, indo ao encontro dos serviços e atores que costuram, no dia a dia, a rede de São Lourenço do Sul.

6.2 Envolvimento com os serviços (articulações)

Construir o processo avaliativo junto aos atores de São Lourenço do Sul foi um processo que também exigiu de mim, pesquisadora, maior familiarização com a comunidade para a construção de uma linha de pertencimento ao contexto. Participar da construção da RAPS com os atores locais produziu momentos ricos de experiências e trocas de aprendizado em conjunto.

Foi um processo longo, cansativo, porém muito gratificante. Pude imergir na rede, entender como funcionam os serviços, seus fluxos e mecanismos. Isso somente enriqueceu minha formação como pesquisadora e reafirmou meu interesse e compromisso como trabalhadora do Sistema Único de Saúde. Não seria possível chegar à missão da RAPS de São Lourenço do Sul sem antes conhecer esse universo de riqueza, seus atores e premissas.

São Lourenço do Sul é conhecido por ser um município acolhedor, e foi possível observar essa característica no contato com usuários, familiares e profissionais. Muitos profissionais se esforçavam para que eu me sentisse acolhida, me convidavam para participar das atividades, oficinas, visitas e reuniões. Em outras ocasiões, eu também pedia para participar das atividades, sempre respeitando os tempos, o interesse e a disponibilidade da equipe.

Para me aproximar dos profissionais, buscava falar sobre a pesquisa e os motivos que me levaram a São Lourenço do Sul, destacando o cuidado em liberdade como uma das minhas admirações pelo município e também motivo de interesse para o trabalho na rede local.

E é nesse sentido que, respeitando os princípios da avaliação de empoderamento, relato algumas dessas experiências que possibilitaram minha inserção na rede e ampliaram meu olhar sobre ela, assim como seus processos e as pessoas que a compõem. Início essa trajetória descrevendo meu contato com o CAPS AD e redução de danos.

CAPS AD e Redução de danos

O contato com rede iniciou com a observação participante no CAPS AD III e com a redução de danos, pois são serviços localizados na mesma sede e com a mesma coordenação. O CAPS AD III tem a estrutura de uma casa ampla, com jardim na frente e nos fundos, onde os usuários aproveitam o espaço para fazer rodas de conversa e tomar chimarrão.

Figura 8 - CAPS AD III Pérola da Lagoa



Fonte: Arquivos da pesquisa.

Logo ao iniciar a observação participante percebi que o trabalho do CAPS AD III tinha uma dinâmica diferente dos outros CAPS que conhecia. Nas minhas experiências profissionais e acadêmicas nos serviços de saúde mental, a percepção era que esses serviços recebiam um público menor, com espaços mais esvaziados, com uma rotina calma, como precisa ser para atender as necessidades do seu público.

No CAPS AD a rotina era outra. Para alguns era um “público” mais agitado; para outros, um “público mais inteiro”. “É uma galera que precisa de atividade”, reforçavam profissionais (T5 e T4). As atividades fora do serviço eram as preferidas dos usuários: futebol, bocha, pescaria, caminhada, horta, passeios bicicleta, filme, acompanhamento terapêutico.

Já no interior do serviço são realizados grupos de apoio a usuários e famílias, atendimento individual, oficina de culinária, oficina para os acolhidos, academia, rodas de música, jogo de cartas. Muitos usuários ficam no pátio tomando chimarrão, e nos fundos do serviço também há uma ampla área, onde levam o rádio e ficam escutando música ou jogando basquete. É um serviço dinâmico, aberto, com muitos atores, usuários, familiares, redutores de danos, pesquisadora, residentes da psiquiatria e da multiprofissional participando de diferentes atividades. Entre uma atividade e outra, há registros, ligação, troca de ideias, planejamento, combinação, discussão de caso.

Logo no início foi perceptível que a minha presença no serviço chamava a atenção dos usuários que, sem receio de se aproximar, perguntavam: “tu é nova aqui?”, “o que que tu faz?”. Antes de eu me apresentar, a percepção dos usuários era que no serviço havia uma funcionária nova, uma estagiária, ou residente. No decorrer das conversas, eu escutava muitas histórias de vida, de superação, desespero, esperança, conselho, e então buscava ser uma fonte de escuta, apoio e intermédio, compartilhando as situações e casos com a equipe.

Ao mesmo tempo em que me aproximava da equipe e de usuários, e ganhava sua confiança, também assumia algumas responsabilidades: “podes me ajudar aqui?”, “o que tu achou da visita?”, percebia, assim, que estava ocupando um outro “lugar na equipe”, um lugar que me permitia, na função de enfermeira, auxiliar no processo de trabalho, sem ser trabalhadora do serviço e cumprir as responsabilidades formais, como as rotinas. Isto porque eu tinha flexibilidade para transitar entre diferentes atividades da rede conforme meu interesse e abertura dos profissionais, e também um “lugar” que me permitia refletir, conversar, perguntar sobre o processo de trabalho sem ser tratada como alguém externa, que supervisiona, mas, sim, que compartilha, acompanha, e se interessa pelo dia a dia do trabalho desenvolvido.

Esse outro “lugar” me fazia refletir sobre a pesquisa avaliativa na sua dimensão participativa, em que as posições são assumidas, entretanto, não afastam o avaliador do avaliado, pois é o efeito desse encontro e a análise dele advinda que se constrói o conhecimento, o aprendizado e transformação da realidade (PASSOS, 2008).

Além das oficinas já mencionadas no serviço, também havia espaços de organização dos processos de cuidado, as assembleias e reuniões de equipe, das quais eu participava. Nas assembleias, os assuntos eram diversos, e situo aqui algumas pautas trazidas pelos usuários e profissionais:

- ✓ Aparência do serviço: som alto, alguns gostam, outros não;

- ✓ Vizinhos estão reclamando, pessoas de fora têm uma má impressão; tocos de cigarro no chão; lixo no fundo pátio, jardim precisando de cuidados, quem pode ajudar?
- ✓ Usuários que deitam no sofá da sala tiram ou não o direito de outro usuário sentar?
- ✓ Os profissionais e usuários que fumam devem fumar no pátio, longe das aberturas, cheiro de cigarro atrapalha quem não fuma?
- ✓ Cuidados com a Nina (pet terapia) - quem vai se responsabilizar, pode ou não pode dar os restos de comida, onde é lugar da Nina dentro ou fora do serviço?
- ✓ Luto, oração, lembranças de um querido usuário que faleceu;
- ✓ Organização do serviço entre os acolhidos: barulho ao acordar que atrapalha o colega, horário da TV no período da noite, lavagem e secagem de roupa;
- ✓ Cuidado com o corpo e a boa convivência: banho, escovação, desodorante, limpeza da roupa;
- ✓ Algumas sugestões de oficinas: mais atividades, grupo só com os acolhidos, mutirão da limpeza;
- ✓ Desinteresse em participar das assembleias, estímulo, elogios, divergência de opinião, imposição de ideias, negociação, pactuação, responsabilização, agradecimentos, reflexão, despedida.

Essas foram algumas pautas trazidas durante o ano, muitas se repetiam, exigiam recombinações e mudanças.

Nas reuniões de equipe, das quais eu participava, geralmente a sala com muitos profissionais e residentes. Pautas de casos eram trazidas e era realizado o planejamento das ações. Entre tantos momentos de reunião de equipe em que participei, cito alguns questionamentos e reflexões da equipe relacionados à rede que foram objeto de análise, compondo a produção de dados desta tese:

- ✓ Repasse de informação por telefone *versus* estar junto: estar junto proporciona uma nova construção do cuidado;
- ✓ Rede lotada: CAPS AD III está conseguindo desenvolver o seu papel?
- ✓ Residentes problematizam o trabalho em rede: “parece que quem faz a rede é nós”;
- ✓ Transferência do hospital para o CAPS AD — como construir esse cuidado? Como estar mais dentro do hospital?
- ✓ Construção do plano terapêutico singular de um adolescente, entre CAPSinfantil e CAPS AD, quem deve assumir o cuidado? Ou, como ele deve ser compartilhado?

- ✓ Importância de retomada de espaços para o planejamento das ações na RAPS como um suporte à atuação do CAPS AD III;
- ✓ Preconceito nos serviços da RAPS: “aqui e lá tem que ser acolhedor” para não prejudicar o vínculo;
- ✓ A rede está esquizofrênica: os serviços fazem a mesma coisa em tempos diferentes;
- ✓ Projeto de articulação com a atenção básica para cuidado à saúde bucal;
- ✓ Articulação com o Centro de Especialidades para o apoio nutricional;
- ✓ Adaptação e compreensão do RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: dúvidas de preenchimento? Organização do tempo para preenchimento e realização de outras atividades do serviço e no território; não há opção para registro de algumas ações da educação física, como fazer? Os registros como parte do trabalho da rede;
- ✓ Preparo dos usuários para o mercado de trabalho: organização de currículo, parcerias como Sine (Sistema Nacional de Emprego);
- ✓ Semana da luta antimanicomial: levar o material das oficinas para expor no comércio da cidade — conseguir parcerias; chamar os familiares, ir para a rua;
- ✓ Estratégias para visita domiciliar: contato com a atenção básica;
- ✓ Estreitar a comunicação entre CAPS AD e Lokomotiva: expectativas, dificuldades, como se apropriar mais da Lokomotiva?
- ✓ Transferência de cuidado do CAPS AD para o CAPS Nossa Casa: como fazer a transição garantindo o vínculo com a usuária;
- ✓ Como melhorar o cuidado compartilhado com a atenção básica: matriciamento, acompanhamento das ESF de referência, visitas domiciliares em conjunto, e acompanhamento dos casos no território;
- ✓ Construção da alta do CAPS AD para a atenção básica: estreitar a comunicação entre equipe do CAPS AD, residentes e atenção básica nos casos de alta do CAPSAS; ter clareza da importância da alta, dos critérios de avaliação e singularidade dos casos. Como fortalecer e organizar esse processo?
- ✓ Dificuldades para o transporte no matriciamento da zona rural;
- ✓ Conhecendo o trabalho do Programa “Primeira Infância Melhor” e como fazer as articulações — PIM presente na reunião de equipe do CAPS AD;
- ✓ Aniversário do CAPS AD III: trazer os outros serviços e os familiares para a festa;

✓ Educação permanente: rede presente CAPSI-CAPS AD-Hospital-cuidando do cuidado.

A partir dos registros e documentos também busquei compreender o trabalho em rede, tive contato com o projeto terapêutico do CAPS AD, fluxogramas de internação, livros de altas, livros das visitas ao hospital, projetos da redução de danos, e os registros nos prontuários com informações das articulações, contatos estabelecidos, ações combinadas. Em alguns momentos também realizei esses registros, auxiliando a escrever sobre a percepção a respeito dos casos e as condutas realizadas. Percebia os registros como conexões entre os profissionais e os usuários: quando eram buscados para resgatar as histórias dos casos, avaliar plano terapêutico, lembrar combinações; auxiliar a construção de relatórios, e também uma forma de respaldo da rede, garantindo, no aspecto “formal”, que o trabalho estava sendo desenvolvido. Isso me permitiu compreender, acompanhar os processos de trabalho em rede, os casos e as articulações.

Por meio dos usuários e familiares também pude compreender a rede, suas histórias nos serviços, os fluxos percorridos, vínculos, dificuldades e também ao acompanhar os movimentos dos usuários pelas redes da comunidade, praia, praça, e serviços de saúde e de outros setores. Esses movimentos eram realizados pela participação nas oficinas na comunidade e acompanhamento terapêutico na lotérica, farmácia, lojas, “bolicho”, INSS, Assistência social e outros espaços da rede do usuário. Nesses momentos, percebia que os serviços também eram costuras entre usuários e as redes do seu território, um estímulo para que os espaços fossem conhecidos e ocupados.

No transitar pela rede pude sentir as facilidades de acesso de um município pequeno, conseguindo transitar de um serviço a outro “a pé” ou com caronas do transporte da prefeitura. Na zona rural, combinei com antecedência que iria de carona com o transporte da prefeitura, junto com as equipes da ESF, pela manhã, e utilizaria o transporte da escola para o retorno no horário do meio-dia. Essas caronas foram conseguidas facilmente com as Enfermeiras das ESF. A facilidade do acesso à zona rural por meio da combinação prévia com o motorista da Kombi da prefeitura foi ressaltada em reunião de equipe como um estímulo aos profissionais para realizar o matriciamento na zona rural, de forma que a falta de transporte não fosse um limite para essa prática.

Na sequência do texto, faço um relato mais sucinto do contato com os outros serviços da RAPS, pois, ao narrar a rede busquei valorizar as articulações estabelecidas nos serviços a

partir de casos acompanhados durante a observação participante. Esses casos serão apresentados mais adiante, nesta tese.

Atenção básica

No contato com a ESF pode acompanhar as estratégias de matriciamento, reuniões de equipe e visitas domiciliares. As reuniões de equipes da ESF, nas quais havia a participação dos redutores de danos e do NASF, eram espaços fundamentais para a comunicação sobre os casos acompanhados, planejamento das intervenções que seriam realizadas naquela família, como visita domiciliar, ligação telefônica, busca ativa, orientação. Pude perceber que as equipes da atenção buscavam junto aos redutores de danos formas de aproximação com as famílias, principalmente as que não aderiam às ações da unidade, ou CAPS ADIII. Por meio dos redutores de danos, as equipes da ESF também tomavam conhecimento sobre o tratamento dos usuários no CAPS AD.

Em uma das ESF realizava-se o matriciamento, com a presença do CAPS AD, redução de danos e residência e NASF. Nesses espaços, eram problematizadas, além da atuação nos casos, também temáticas importantes relacionadas ao estigma do usuário de drogas, genograma e ecomapa das famílias, trabalho em rede e o próprio papel do matriciamento.

O acesso à zona rural é considerado uma das dificuldades de articulação entre ESF rural e cidade. Assim, os profissionais de todos os CAPS da cidade (CAPS AD III, CAPSi e CAPSNossa Casa) se organizam para ir no mesmo dia a uma determinada ESF do interior. Nesse dia, aproveitam para fazer visitas domiciliares aos usuários que acompanham e participar da reunião de equipe da unidade. Pude acompanhar algumas dessas visitas no interior, onde são identificadas algumas famílias com precárias condições de moradia, vínculos familiares fragilizados e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto devido à dificuldade de transporte até a ESF quanto aos serviços da cidade. A falta de acesso também é observada na ausência de tecnologias de comunicação no meio rural, como telefone nas equipes e acesso à internet.

No matriciamento da zona rural foi possível acompanhar as tentativas e dificuldades dos agentes de saúde e equipe em abordar os casos de uso de drogas no território, havendo muitas dúvidas sobre formas de acesso aos serviços especializados da rede, estratégias de construção de vínculo e da própria compreensão da dependência química e uso de drogas. Foram relatados sentimentos de impotência, frustração, e falta de esperança nos tratamentos.

Lokomotiva

Na Lokomotiva pude acompanhar usuários do CAPS AD em cursos, oficinas de artesanato e também realizar o acompanhamento terapêutico dos usuários que queriam conhecer o local. Os cursos geralmente eram planejados com usuários e profissionais dos serviços em parceria com o SENAR, havendo combinações sobre os usuários que teriam interesse e poderiam beneficiar-se da oficina, sobre os recursos necessários e formas de arrecadar doações com os serviços para a oficina. Por meio das oficinas, muitos usuários aprendiam habilidades e/ou aperfeiçoavam habilidades de culinária e artesanato.

Hospital

No hospital eram realizadas visitas semanais junto com os redutores de danos, profissionais do CAPS AD e residentes. Conversávamos com os usuários internados, buscando estabelecer uma relação de escuta, diálogo e motivação ao tratamento. Muitos usuários já eram conhecidos por realizarem tratamento no CAPS ADIII, assim buscávamos motivá-los a continuar o tratamento após a alta do serviço. Para aqueles que não conheciam o CAPS AD III, aproveitávamos a oportunidade para falar do CAPS, sua forma de funcionamento, e da importância de manter o tratamento na rede após o período de internação. As articulações realizadas com o hospital visavam à construção e manutenção de vínculos com os usuários internados.

SAMU

Durante a observação participante, o serviço do SAMU foi acionado para auxiliar na internação involuntária de um usuário de drogas e também atendimento ao usuário em crise convulsiva no CAPS AD. Uma dessas internações que acompanhei foi realizada no próprio CAPS AD III e outra em domicílio. Ambas as situações foram avaliadas pela equipe do CAPS AD como situações de risco de vida com necessidade de internação. O atendimento foi realizado pela equipe do CAPS AD, SAMU e Brigada Militar. Durante a internação, pude auxiliar no manejo verbal com o usuário visando acalmá-lo, e apoio ao familiar e a outras pessoas envolvidas na situação. Percebi que a internação involuntária é o último recurso utilizado pela equipe, e antes de tomar essa decisão são negociadas, com os usuários, tentativas voluntárias de internação no hospital ou mesmo o acolhimento no CAPS AD III.

A presença da Brigada Militar na internação involuntária foi tema de algumas conversas e debates que pude participar na rede, problematizando-se os seguintes aspectos:

- ✓ Profissionais do SAMU têm receio de realizar o atendimento aos usuários de drogas sem o apoio da Brigada, pois já tiveram experiência com situações anteriores de violência e agressividade;
- ✓ O estigma do usuário de drogas enquanto pessoa agressiva e violenta dificulta a compreensão do problema que envolve o uso de drogas; necessidade de compreensão do papel da Brigada Militar no atendimento aos usuários de drogas;
- ✓ Benefícios de uma internação sem o consentimento do usuário (ou mesmo, em quais casos esse tipo de internação auxilia no tratamento?);
- ✓ Construção de vínculo com os usuários e os riscos de fragilizar essa relação dependendo da forma com que a internação involuntária for realizada.

Em relação ao atendimento ao usuário de drogas do interior, o papel do SAMU vinha sendo rediscutido, pois nesse período de produção de dados ocorreram repetidos deslocamento desse serviço até o interior, sem que houvesse a necessidade de um atendimento de urgência. Essa situação preocupava os profissionais, pois com o deslocamento da ambulância para essas áreas, às vezes distantes da cidade, poderia prejudicar o atendimento imediato de situações de urgência na área urbana. Dessa forma, o novo fluxo envolvia: equipes do CAPS AD e apenas um profissional do SAMU que utilizariam um carro da prefeitura e não mais a ambulância, em conjunto com a Brigada Militar.

CAPS infantil

As articulações da rede que pude acompanhar com o CAPS infantil envolveram, principalmente, a discussão de casos de adolescentes usuários de drogas. Os profissionais da rede destacavam dificuldades de adesão dos adolescentes às oficinas terapêuticas do CAPSi e integração entre o adolescente usuário de drogas com as crianças em sofrimento psíquico em acompanhamento no CAPS infantil. Diante disso, um dos planos terapêuticos construídos para o adolescente usuário de drogas envolveu atividades em ambos os serviços: consulta com psicólogo no CAPSi e oficinas terapêuticas no CAPS ADIII, além do acompanhamento pela redução de danos. Nesse caso, foi possível perceber efetiva adesão às atividades do CAPS AD, principalmente as de futebol, caminhada, corrida na praia, as quais se mostravam mais atrativas para esse público. Porém, essa costura ainda precisava ser construída na rede, porque era

problematizada a necessidade do CAPSi organizar ações e oficinas terapêuticas ao adolescente usuário de drogas, além do investimento no diálogo entre CAPSi e CAPS AD III, visando o fortalecimento de ações conjuntas com responsabilização de ambos os serviços pela construção do cuidado ao adolescente.

Também foi possível acompanhar os movimentos de aproximação entre redução de danos e CAPSi em reuniões de equipe. Nessas reuniões, eram compartilhados casos de adolescentes que não estavam aderindo às consultas e oficinas do CAPSi. A redução de danos, por já possuir um vínculo com essas adolescentes, auxiliava o CAPSi a compreender a situação familiar, as dificuldades que poderiam estar interferindo na adesão do tratamento e auxiliar na vinculação com o serviço. Foram pactuadas orientações, linguagem comum e estratégias de atuação de ambos os serviços.

CAPS Nossa Casa

A articulação do CAPS Nossa Casa na RAPS na atenção aos usuários de drogas ocorre de forma pontual, quando há necessidade de discussão sobre algum caso que envolva o familiar do usuário em tratamento no CAPSAD.

No período da observação participante foi possível problematizar com os profissionais alguns casos que estavam em tratamento no CAPS AD e que poderiam ser transferidos para o CAPS Nossa Casa, pois não apresentavam transtorno psíquico decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Era um grupo de usuários de tabaco, que iniciou o tratamento no CAPS AD, inserindo-se em uma oficina de tabagismo. Mesmo após o término da oficina, o grupo continuou em tratamento no serviço, inserindo-se em outras oficinas, algumas mais voltadas para a expressão artística e outras, a grupos de apoio. São usuários que fazem uso de tabaco e realizam tratamento para depressão, ansiedade, bipolaridade. Muitos deles já possuem vínculo com o serviço, com a equipe e com os próprios usuários, apresentando adesão às oficinas e participação nas atividades do CAPSAD.

No entanto, esses casos eram problematizados: qual a necessidade de realizar esse cuidado em serviço especializado como o CAPS AD? Será que o CAPS Nossa Casa não seria o serviço mais voltado para as suas necessidades? Como construir a transferência de cuidado para o CAPS Nossa Casa aqueles casos que necessitavam manter acompanhamento em serviço especializado? Como construir as oficinas para que sejam locais de passagem e aberta para a inserção de novos e diferentes usuários?

Diante desses questionamentos, a equipe iniciou o processo de transferência de cuidado do CAPS AD III para o Nossa Casa. Uma dessas transferências envolveu uma usuária que fazia tratamento para depressão e com histórico de recorrentes tentativas de suicídio, sem melhorias no tratamento. No plano terapêutico, que foi construído com a usuária, familiar e os profissionais, foi priorizada a manutenção do vínculo com a rede. Assim, desenvolveu-se, inicialmente, uma proposta com atividades em ambos os serviços, e algumas delas foram acompanhadas pela técnica de referência do CAPS AD. Esse processo estava iniciando na rede, com o objetivo de ofertar um cuidado em saúde mental de acordo com as necessidades dos usuários e fortalecer o papel dos serviços na rede.

Articulações intersetoriais

Na RAPS de São Lourenço do Sul também pude acompanhar importantes articulações intersetoriais, como a reunião do CRAS, conhecida como reunião da rede. Essa reunião ocorre mensalmente desde 2013, com uma configuração intersetorial, em que participam a assistência social (CRAS, CREAS), o conselho tutelar, a saúde (ESF do território, agentes comunitários, CAPS AD, CAPSI, CAPS infantil) e educação (escola). São discutidos casos trazidos pelos setores e são planejadas estratégias em conjunto. Percebe-se o protagonismo da assistência social em organizar essa reunião, inserindo-a dentro dos objetivos do CRAS e na sua agenda de atividades.

De acordo com os profissionais, a reunião contribui para que os diferentes setores participem das discussões dos casos e dos planejamentos em conjunto, lançando um olhar intersetorial sobre as necessidades e minimizando os riscos de uma atenção fragmentada e setorial. Na observação de campo pude acompanhar uma das reuniões e perceber o envolvimento dos profissionais naquele espaço. A sala estava lotada, com diferentes setores apresentando casos e contribuindo para as discussões. Muitos casos trazidos eram conhecidos da rede, gestantes, crianças, idosos e adolescentes em vulnerabilidade, alguns com problemas de saúde mental e/ou algum membro da família com problemas relacionados ao uso de drogas.

De acordo com os profissionais, é necessário expandir as ações, semelhante às do CRAS, a outros bairros, devido à efetividade das estratégias de proteção social básica e articulação com a rede intersetorial. A participação da assistência social básica na articulação da rede é considerada fundamental por olhar as necessidades sociais das famílias, além de acompanhar as famílias vulneráveis. Estratégia semelhante vem sendo realizada pela Secretaria

de Educação, que iniciou encontros com a rede para discutir as necessidades de crianças adolescentes inseridas na escola, visando ampliar a abrangência, compreender as situações e unir esforços na resolução dos casos.

Eventos no município

No decorrer da pesquisa foram realizados alguns eventos no município, dos quais tive a oportunidade de participar e compartilhar as reflexões com a rede. Entre esses eventos:

Evento SAMU Mental

O evento configurou-se como um “Encontro Estadual de Atendimento Pré-Hospitalar em Saúde Mental - SAMU Mental”. Teve por objetivo propor iniciativas de capacitação aos profissionais da rede de assistência pré-hospitalar à saúde mental do Estado; identificar as dificuldades nos atendimentos à urgência e emergência a pessoas portadoras de transtornos mentais decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas; e propor a criação de protocolo de atendimento à urgência e emergência a pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL, 2018).

Entre os profissionais da rede, o evento gerou reflexão sobre o cuidado em saúde mental no âmbito do atendimento à crise, valorizando-se estratégias para a manutenção do vínculo com o paciente após o atendimento de urgência. Uma das temáticas comentadas na rede foi a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU do Distrito Federal, impulsionando, nos profissionais, a reflexão sobre a necessidade de qualificação especializada para o atendimento à crise, com suporte à família, e ao cuidado continuado na rede de saúde. O evento também foi alvo de muitas polêmicas, pois trouxe à tona discussões políticas que envolvem o cuidado em saúde mental, demonstrando a importância de fortalecer propostas de cuidado articuladas com a reforma psiquiátrica e do cuidado em liberdade.

Figura 9- Folder Samu Mental



Fonte: Arquivos da pesquisa.

Evento: Cuidado compartilhado na Rede de Atenção à Saúde

Esse evento foi muito importante para a proposta de um trabalho em rede, com a reunião de profissionais da RAPS nas discussões e projetos para um cuidado compartilhado entre atenção básica e serviços especializados de saúde mental. Foram dois dias de discussão com abordagens de tópicos sobre: matriciamento, integração entre grupos de saúde mental e atenção básica, estratégias de compartilhamento do cuidado, experiência de cuidado compartilhado na rede local, desafios para a prática do cuidado compartilhado.

Nas discussões levantadas pelos profissionais foram problematizados os seguintes assuntos:

- ✓ Estratégias de cuidado em rede entre hospital geral e ESF do interior, no cuidado a um usuário de drogas morador do interior em situação de vulnerabilidade social.

- ✓ Dificuldade de articulação entre os serviços da RAPS: profissionais relatam a necessidade de compreender como a rede funciona, papel dos serviços, fluxos e apoio entre as equipes.

- ✓ Fragilidades no cuidado em saúde mental na zona rural: dificuldades de transporte, acesso à internet, e qualificação profissional para o cuidado em saúde mental;

- ✓ Apresentação de casos, nos quais houve articulação compartilhada da rede para o cuidado em saúde mental, e problematização de casos em que houve dificuldades no trabalho em rede. Um dos casos debatidos no evento foi o caso do usuário A.M, que será abordado mais adiante, nesta tese.

- ✓ Apresentação de propostas para articular a rede, com investimento em espaços compartilhados, investimento em tecnologias como internet para facilitar a comunicação entre as equipes do rural e cidade, proporcionado um apoio rápido e mais acessível para as equipes da zona rural.

O evento foi avaliado positivo pelos participantes, pois promoveu a compreensão sobre as necessidades, limites e potencialidades dos serviços na articulação do cuidado em rede. Além disso, impulsionou a reflexão sobre estratégias de articulação e conexão da rede, como a própria proposta do evento, que conectou os profissionais na busca por um cuidado compartilhado.

Assim, ao transitar pela rede junto com as equipes, pude acompanhar várias estratégias utilizadas pelos profissionais na construção das articulações entre os serviços e como formam vínculos com as pessoas da região. Entendia fundamental andar junto com as equipes para vivenciar seus dilemas, embates, conflitos e potências do trabalho. Essa participação nos daria subsídios para, em conjunto, compreender a situação atual, construir a missão e estratégias para o futuro. Para contar um pouco como foi essa experiência, relato alguns casos que envolveram as articulações entre os serviços da RAPS. Escolhi esses casos por diferentes motivos, alguns pela relação de vínculo que estabeleci com os usuários, outros por se tratar de experiências que ainda não havia presenciado de articulações com a rede, e outros por terem sido frequentemente abordados em espaços de encontros entre as equipes.

Experiência 1 - O caso de Luci: Articulações entre CAPS AD e Lokomotiva - “Se Maomé não vai à montanha, a montanha vai a Maomé”

Ao longo do trabalho de campo participei de articulações realizadas entre o CAPS AD e Lokomotiva e uma dessas articulações envolveu o referido caso. Conheci Luci no CAPS AD,

uma mulher de 60 anos, porte físico de uma mulher alta, magra e negra. Luci tem uma aparência séria, mas logo nas primeiras conversas já mostra seu sorriso e seu lado afetivo, gosta de conversar, abraçar e está sempre contando alguma novidade sobre seu neto.

No CAPS AD ela participa da oficina de Artesanato “Criatividade com as mãos” e de um grupo de apoio “Porto Seguro”. Na oficina de artesanato é muito participativa, focada na atividade que está desenvolvendo e organizada com o seu material. Se destaca por ter muitas habilidades artísticas de pintura e costura, desenvolvendo lindos tapetes e outros utensílios de enfeite doméstico. No grupo de apoio é mais quieta gosta de escutar a experiência dos demais. Já nas atividades musicais, dança, anima e canta com muito talento.

Luci frequenta o CAPS AD devido ao alcoolismo e tabagismo, e em alguns momentos precisou de internação no hospital geral, períodos de acolhimento noturno no CAPS AD e/ou somente participação nas oficinas terapêuticas durante o dia. A sua situação clínica muitas vezes preocupa a equipe pois ela é diabética, e faz o uso de insulina, e seguidamente precisa de supervisão e orientações com relação a alimentação.

Luci tem poucas relações sociais, atualmente na família seu vínculo forte é com a filha, o neto e o genro. Mora sozinha, no mesmo pátio que os irmãos que também são alcoolistas, sendo que uma das irmãs faz tratamento no CAPS AD. A relação entre os irmãos caracteriza-se por ser frágil, conversam pouco, apenas o estreitamente necessário, e pelo mesmo ambiente de moradia o uso de bebida de um irmão acaba afetando os demais. Quando Luci e sua irmã estão no CAPS AD pouco se vê elas próximas, apesar disso, parecem se preocupar uma com a outra, relatando para os profissionais quando uma delas precisa de ajuda, seja para uma visita domiciliar ou para uma atenção mais específica.

Atualmente o vínculo de Luci com a rede de saúde mental é forte, mas nem sempre ocorreu dessa forma, foi necessário colocar em prática o ditado “Se Maomé não vai a Montanha a montanha vai a Maomé”. Sem desistir a equipe conseguiu aos poucos se aproximar da Luci, e assim, identificar as principais problemáticas de sua vida, que não se restringiam ao uso abusivo de álcool, mas também a fragilidade nas relações sociais e o vínculo conflituoso com a filha. O trabalho com a família, contribuiu para que a filha pudesse enxergar a Luci em suas potencialidades enquanto mãe, avó e dona de casa, e também compreender as dificuldades enfrentadas por ela no tratamento.

Essa história é melhor contada por uma das profissionais do CAPS que participou da construção do vínculo da usuária com o CAPS AD.

[...] ela é de uma família que todos os irmãos, com exceção de uma, são alcoolistas, eles dividem o mesmo pátio, quando um para o outro começa, oferece pro outro. Mas a Luci ela tem um característica assim, por muito tempo ela não queria vir ao CAPS, ela não internava, a vida dela se resumia, a beber, e a gente nunca desistiu dela, ela não vinha, se Maomé não vai a Montanha a montanha vai a Maomé, ai a gente sempre insistia , não pela questão do alcoolismo, mas por que ela tem uma vida social empobrecida, ela não tem relações, a relação dela é com a filha e a filha não entende a problemática de álcool dela, e com a família com os irmãos alcoolistas, muito empobrecido, uma rede muito empobrecida. Com a vinda da Luci há uns três anos pro CAPS, por que tanto a gente foi, tanto a gente foi, tanto a gente foi que a gente conseguiu traze-la, a gente conseguiu trabalhar esse relacionamento com a filha e com o genro, ela ganhou uma netinha nesse meio tempo, de que ela tem problemas com o álcool mas que ela é a Luci, mãe, dona de casa que gosta de fazer tapete que aprendeu na oficina terapêutica do CAPS, a vó que é louca pelo neto que cuida da casa como ninguém, é extremante caprichosa então a gente vem investindo nessa relação. A filha participa algumas vezes no grupo de familiares do CAPS, a filha leva ela pra passear nos finais de semana, por que a filha convive com o medo dela recair e ela conseguiu entender que a recaída faz parte e que ela não é incapacitante, então há uns três anos por ai, ela aderiu o tratamento no CAPS, ela vem duas vezes por semana, que ela passa o dia, o resto ela faz as produções dela em casa, os tapetes dela, cuida da casa, cuida do neto, ela vende os tapetes que ela produz, logo ajuda numa renda dela (C1).

A adesão da Luci nas atividades do CAPS, a possibilidade de aprender uma habilidade para se qualificar e ganhar uma renda fez com se pensasse nela como uma das usuárias que poderiam participar de um curso de Panificação ofertado pela Lokomotiva. O curso envolve uma parceria entre no Senar (Serviço Nacional de Aprendizagem Rural) que disponibiliza um profissional para ministrar o curso, e a Lokomotiva que oferta o espaço e os ingredientes, alguns ingredientes também são doados pelos CAPS. A Lokomotiva avisa os CAPS sobre os cursos e o número de vagas ofertadas e no CAPS AD em reunião de equipe é conversado sobre os casos que poderiam se beneficiar do curso, levando em consideração aqueles que estão mais organizados para participar da atividade, que precisam ganhar uma renda, e que teriam o interesse no curso, posteriormente, é confirmado com o usuário se há o desejo de participar:

[...] terão quatro vagas para o curso de Panificação da LOKOMOTIVA. Precisamos escolher quem vai ser indicado pelo serviço para fazer o curso: Pedro está precisando se qualificar para ter uma renda. Tem o Pablo e a Luci. É preciso pensar em alguém que não tem condições financeiras. “Importante saber também que quem fizer o curso não vai sair ganhando milhões, é pra se qualificar”. Precisamos também levar em consideração que a vontade de se tratar muitas vezes vai até a primeira fissura (DC).

Além da realização do curso na Lokomotiva Luci passou a ser inserida nas atividades de geração de renda de bolachas. No entanto, percebeu-se que ela ainda não estava preparada para lidar com o dinheiro recebido e a liberdade de ir e vir da Lokomotiva sem acompanhamento, situação que poderia ter propiciado a recaída. Diante disso, buscou-se articular ações entre ambos

serviços envolvendo Luci e os familiares, visando planejar a entrega do dinheiro, trabalhar a finalidade desse dinheiro e o acompanhamento dela até a Lokomotiva.

[...] já estava em processo de alta, já tinha passado um tempo no ad, e veio pra cá e tava fazendo as oficinas, e ela é o caso então que eu te falei, que eu relatei antes que ela tava muito bem recebeu duas ou três vezes o dinheiro e recaiu, e aí ela voltou então pro CAPS AD, e o familiar veio então conversar conosco, e aí nós combinamos com o familiar de que, foi com o cunhado dela, que o dinheiro ia ser entregue para os dois, mas aí depois [o profissional do CAPS AD] entrou em contato conosco dizendo que ela gostaria de fazer a entrega do dinheiro, e a gente disse pra ela olha a gente já conversou com familiar, aí a [Profissional DO CAPS AD] disse, não parece que o familiar tá com dificuldade de ir até o serviço pra receber, então eu vou levar na casa dela. Não se fechou isso ainda, porque na verdade a gente acredita que isso pode e deve ser feito pelo serviço, a gente tem condições de fazer isso não precisa interferência do CAPS ad, mas isso é um diálogo que tem que ser feito então pelo profissional do CAPS, que talvez por estar cuidando mais do caso, estar mais próximo gostaria de participar desse cuidado. Atualmente ela está no CAPS, então ela tá vindo, mas o dinheiro não vai ser entregue atualmente pra ela em mãos e ela vem através do serviço, vem e volta para o serviço. [...] Ela tá em acolhimento, então eu acho que ela vem até pelo transporte do serviço, por que ela já tem vínculo, ela já estava inserida no serviço, mas agora a gente tá repensando como vai fazer, [...], enfim isso não ficou bem claro, [...] então isso é uma coisa que tem que ser acertada assim, mas isso entre funcionários, com ela está decidido que o dinheiro vai ser entregue junto com o familiar e juntos eles vão fazer o uso do dinheiro, e vai ser combinado junto com o usuário, junto com a Luci no caso (C3).

Então agora ela tá no espaço de acolhimento desintoxicando por que ela tava sem se alimentar, ela tava bastante debilitada assim clinicamente falando, ela passou essas duas semanas no espaço de acolhimento, e a ideia é ela sair hoje de tarde quando a Janice tiver no CAPS, que é a técnica de referência dela, mas fazer com que ela retorne pra [Lokomotiva]. Mas pensar assim inicialmente numa estratégia de, no que que vai ser investido o dinheiro que ela recebe semanalmente?, por que ela gosta, ela mulher ela gosta de shampoo, ela gosta de roupas, ela gosta numa blusa, só que ela nunca teve acesso ao dinheiro, então a primeira vez que ela teve ela comprou tudo de cachaça, ela até pode vir a comprar mas ela precisa entender esse processo e a gente tem que refletir, tanto a Lokomotiva como o CAPS com ela sobre como conduzir esse processo, se realmente vai ter o destino a cachaça e é um direito dela por que ela trabalhou ou se ela vai investir em outros âmbitos da vida dela. [...] Eu sou a favor que ela volte pra geração de renda, mas que a gente pense com ela junto no que que ela vai investir esse dinheiro inicialmente até ela ter autonomia sobre o dinheiro dela (C1).

Eles precisam ter uma renda, a gente tá pensando com carinho nessa questão. [...]. Já o caso de Luci não faz bem ter dinheiro, ela usa pra tomar cachaça. A liberdade de ir e vir da locomotiva também possibilitou o uso. Ela não sabe lidar com essa questão. Acabou sendo pra recair, nunca que a gente ia saber. Residente lembra que a recaída faz parte do tratamento. Ela recaiu nos 15 reais. Vamos ter que pensar nesse caso, pois ela já fez o vínculo, alguém vai ter que acompanhar ela. Lembramos que é preciso envolver a família. A família conhece a Luci, a família vai ter que se envolver mais com o processo. A filha dela vem no CAPS (DC).

Na reunião de coordenadores é levantado a questão de estruturar a comunicação entre Lokomotiva e CAPS AD, sentar com mais frequência, ressaltamos o caso da Luci que recaiu é lembrado (DC).

As falas acima retratam a necessidade de haver maior diálogo entre ambos os serviços, de forma que cada um compreenda o seu papel nesse processo, pactuando o que poderá ser feito

em conjunto. De certa forma, o caso apresentado retrata o movimento de articulação com um serviço típico de saúde mental, a Lokomotiva que recebia apenas usuários com transtorno psiquiátricos e passou a receber usuários e usuárias de álcool e outras drogas, necessitando com isso, repensar junto a rede, suas formas de abordagem, critérios de acesso, e novos modos de articulação com serviços especializados de álcool e outras drogas que trabalham na perspectiva da redução de danos. Esse movimento da Lokomotiva já tem sido percebido na rede local, precisando ainda de avanços.

O que que eu achei legal, a Lokomotiva antes tinha uma dificuldade de se relacionar, com paciente intoxicado dentro do serviço, e hoje [...] tem uma outra visão por que a Luci uma ou duas vezes chegou alcoolizada ela participou da oficina as gurias só mostraram preocupação, até que ponto a geração de renda é um momento agora, se daqui a pouco tivesse sido inserida primeiro numa terapêutica lá dentro e depois numa geração de renda, se já poderia, essa decisão quem vai tomar vai ser a Luci, se ela vai voltar pra geração de renda ou ela vai se inserir primeiro por que não pode soar como uma punição (C1).

As estratégias de cuidado como no caso de Luci começaram a ser estruturadas por ambos serviços envolvidos no caso, CAPS AD e Lokomotiva e na inclusão do familiar no planejamento e o investimento do valor recebido na oficina de geração de renda. Além disso, a reflexão junto a usuária no sobre seu processo de autonomia, direito e a necessidade, reflexão junto aos profissionais sobre as questões que envolvem geração de renda x recaída x produção de cuidado. No contato com Luci no serviço e nas oficinas, buscando estimular que ela continuasse desenvolvendo seus trabalhos manuais já que eram uma fonte de prazer, e autoestima, entendendo que no seu caso, o trabalho e a geração de renda seria uma forma de valorizar o seu fazer, criar, e se relacionar com os serviços e pessoas.

Experiência 2 - O caso da Maria: Articulações entre Redução de danos e ESF- “tu vê, é uma pessoa superdifícil de conquistar, mas, quer dizer, conseguiu vincular”

O caso da família da Maria é conhecido da equipe ESF e dos moradores do bairro devido ao uso abusivo de álcool pela mãe e filha e recusa de ajuda para o tratamento. Esse caso foi trazido numa reunião da ESF Barrinha, na qual a equipe preocupada com a situação da família e sem saber mais o que fazer diante de várias tentativas de cuidado apresentou o caso para a equipe da redução de danos.

Na casa da família mora Maria, o esposo idoso e a filha. A preocupação da equipe além do uso abusivo de álcool da mãe e da filha é também a necessidade de cuidados do senhor idoso.

Na vizinhança havia reclamações do comportamento das duas na rua e já foi feita denúncia no conselho do idoso sobre situações de maus tratos. A equipe também relata que nas visitas domiciliares ou quando a mãe e a filha vão a unidade para consulta geralmente estão alcoolizadas, gerando tumulto e brigas. Algumas vezes os braços e as pernas estavam machucados causados possivelmente por quedas quando estão alcoolizadas.

A equipe também se preocupa com os problemas de saúde que podem ser causados pela interação das medicações psiquiátricas com o álcool, além da situação clínica de hipertensão da mãe e da filha. A família nega o uso e dificilmente aceita conversar sobre o problema do uso de álcool. A mãe em momentos anteriores já acessou o CAPS AD, mas não aderiu a terapêutica e atualmente não aceita qualquer tipo de ajuda que possa ter relação com o serviço. A equipe de redução de danos seria uma possibilidade para conseguir abordar o problema e se aproximar da família, podendo reduzir os danos clínicos causados pelo uso de álcool, já que a família não demonstra o desejo em parar de usar.

Nesse mesmo dia, eu e o redutor, fomos até a casa da família para tentar uma aproximação e conhecê-los. Com receio de nos receber Maria imediatamente nos alerta: “não adianta querer me levar para o CAPS que eu não vou”. Esclarecemos que esse não era o objetivo da visita e que viemos devido ao contato que fizemos com a equipe da ESF do bairro, aos poucos foi abrindo a porta e nos convidou para entrar.

Contou sobre sua vida, falou que os problemas iniciaram quando o município foi atingindo por uma enchente na qual perdeu muitas coisas materiais e viu muito sofrimento de outras pessoas. Disse que já fez tratamento no CAPS AD, mas que não precisa mais, por que já sabe tudo o que é dito nos grupos. A conversa foi longa em torno de sua vida, suas dores, sua força diante das situações.

Nas visitas seguintes conhecemos os outros moradores da residência, o esposo idoso e a filha, e pudemos compreender a dinâmica da família, passar orientações de saúde. Maria dificilmente nos deixava conversar sozinhos com a filha e o esposo, com receio que eles falassem alguma coisa que não lhe agradasse, afinal pouco nos conhecia, a desconfiança era natural, e exigia de nós mudança de estratégia, reflexão e paciência.

Percebíamos que em algumas visitas a filha estava alcoolizada, ou dopada de medicações. Maria em uma das visitas também não estava bem, deitada com tremores, vômito e machucado nos braços. Nessas situações pedíamos o auxílio da ESF para avaliar a situação, que em uma das vezes ofereceu internação no hospital devido ao estado clínico, mas não se obteve sucesso.

Para discussão do caso eram realizadas reuniões entre CAPS AD, redução de danos e ESF discutia-se como proceder, mantendo combinações do acompanhamento pela redução de danos, consultas na ESF, e disponibilidade de internação voluntária se a família aceitasse.

Era visível que a família precisava de ajuda devido aos problemas relacionados ao uso de álcool e, apesar da vontade que tínhamos em alguns momentos em abordar aspectos relacionados ao uso abusivo de drogas, entendíamos que deveríamos priorizar a escuta, o respeito a sua vontade, prezando pela construção do vínculo para conseguir ajudá-la, afinal esse era a essência da redução de danos, que estava nos permitindo uma aproximação com a família.

Nesse período, o filho e a nora, procuraram a ESF e CAPS AD devido ao agravamento da situação clínica da mãe, brigas frequentes entre mãe e filha e uma situação de agressão física em que ambas se ameaçaram e se cortaram.

Eu acho que se fez necessário, não é a melhor alternativa, mas é como se fosse um choque pra ela, daqui a pouco, também cuidar da saúde dela. Porque ela não vem bem, ela vem sempre se queixando de algum sintoma ou outro, de tontura ou de dor... São hipertensas as duas, então eu acho que se faz necessário. Quando vê ela vai ficar contra a gente, vai ficar chateada, ou enfim, mas a gente conquista de novo. A filha teve aqui, eu não percebi ela braba com a Unidade nem braba com o CAPS, tanto que ela quer ir numa consulta, então eu acho que se fez necessário. Já foram encaminhadas outras vezes para internação, e isso espontânea, e elas logo pedem pra sair, não dura três dias lá, assinam, um assina o termo pro outro e vêm embora (C11).

Posteriormente, conseguimos retomar o contato com a mãe, e também seguimos acompanhando a filha e o idoso na residência. Em uma das conversas a filha contou as dificuldades da dinâmica familiar, e pediu ajuda para começar um tratamento. Dessa forma, de acordo com a enfermeira da ESF, já era possível perceber a construção do vínculo entre redução de danos e filha.

Na sexta, acho que foi, que eu atendi a filha, ela tá esperando o (redução de danos) agora quarta-feira, e tu vê, é uma pessoa super difícil de conquistar, mas quer dizer, conseguiu vincular. Por mais que ela não esteja executando o tratado, ela tá esperando que ele vá lá, que ele marque uma consulta pra ela, que daqui a pouco ela vai conseguir a consulta que ela precisa, então existe o trabalho (C11).

O caso da família acima nos fazia refletir sobre dois pontos da atuação da redução de danos na rede local: o quanto o trabalho da redução de danos era vinculado ao CAPS AD, que muitas vezes dificultava a abordagem da redução de danos nos casos que não desejam parar de usar drogas e/ou fazer tratamento no serviço especializado.

O segundo ponto, era a importância da parceria que vem sendo estabelecida entre a redução de danos e a Estratégia de Saúde da Família, havendo um compartilhamento dos casos,

das informações e elaboração de estratégias em conjunto para aproximação com as famílias, bem como a preocupação com a criação e fortalecimento dos vínculos das equipes e atuação nos problemas sociais e de saúde relacionados ao uso abusivo de drogas.

Experiência 3 - O caso de Mauro - Articulações entre CAPSAD e ESF da Zona Rural: “a intervenção fatídica”

O caso de Mauro é um caso típico de um morador do interior de São Lourenço o Sul. É um senhor idoso, trabalhador, casado, mora com a esposa, a filha e a neta. Faz uso de tabaco e álcool desde adolescente, mas ultimamente a equipe da ESF percebe que o uso de álcool tem acontecido com mais frequência e de forma exagerada, causando muitos conflitos familiares.

O Agente comunitário de Saúde (ACS) apresentou o caso em uma reunião de matriciamento e começou contando sua relação antiga com a família, “não é de hoje que eles têm problemas”, eles sempre brigaram muito, não conseguem conversar entre si, são muito fechados e só se relacionam por meio do trabalho.

A família é famosa na comunidade por suas brigas, “dizem que até no dia do casamento teve brigas”. Eles frequentam muito pouco a UBS, só quando precisam realizar as vacinas na criança. O Agente Comunitário tem percebido que ultimamente Mauro está gastando muito com bebida e a família está endividada. A mulher colocou-o para fora de casa e agora ele está dormindo no galpão onde trabalham.

A equipe conta as várias tentativas de aproximação, mas é uma família muito fechada, não gosta de conversar, não deixa a equipe se aproximar, relatou o ACS. Indignada, a equipe comenta que a família só entra em contato quando precisa alguma carona para o hospital ou quando é para separar brigas. O ACS conta, frustrado, que já fez várias tentativas de aproximar, tentou falar da bebida, ajudar no processo de separação, mas Mauro fica bravo e diz que ninguém tem que se meter. O Agente avisou que desse jeito não vai mais ajudar, pois eles não querem se ajudar, “a minha função não é separar brigas”, disse o agente comunitário, e contou que parou de ir à casa da família, mas recentemente estava retomando a relação com Mauro.

Após o relato da situação, consideramos que seria importante fazer uma visita à família. Talvez pudéssemos oferecer ajuda. Talvez pudéssemos amenizar o anseio do Agente Comunitário e da equipe. A casa era distante da unidade, e o acesso por estrada de chão. Encontramos Mauro trabalhando no galpão com a filha e a neta. Quando explicamos o motivo da visita ele percebeu que se tratava de um serviço de álcool e drogas, ficou apreensivo, nervoso,

disse que não entendia o motivo da visita, pois nunca teve problemas com isso. A filha logo pegou uma faca e nos alertou que esse problema não era dela. Saímos frustrados, e na Kombi refletimos sobre nossas falhas de abordagem.

Algumas impressões que tivemos:

✓ Deveríamos ter planejado melhor a abordagem? Quem e como poderia ter acontecido essa aproximação? Abordar o uso de drogas, inicialmente, nos distanciou do usuário.

✓ Havia muitos profissionais na visita, eram cinco pessoas. Isso poderia ter sido assustador para a família?

✓ A família tem problemas de relacionamento entre si, fragilidade de vínculos familiares, sendo que o uso de álcool é apenas um de seus problemas. Por onde começar ou continuar?

✓ Outros membros da equipe da ESF também precisam construir um vínculo com a família, não só o Agente Comunitário.

✓ Apesar das melhores intenções, acabamos gerando mais conflito entre eles.

✓ Não sabíamos se o vínculo entre Mauro e o Agente Comunitário teria sido prejudicado. Outras tentativas planejadas seriam necessárias entre a ESF e a família.

✓ Sugeriu-se que o NASF fosse acionado para dar suporte à ESF para se aproximar da família e fazer intervenções. Aos poucos, conseguir trabalhar com a família, que o problema do uso de álcool não é uma problemática individual, e sim um problema de todos os membros. Como construir esse processo?

Em muitos momentos esse caso foi usado como exemplo ao falar sobre a importância da ESF estabelecer o vínculo, auxiliando a família inicialmente se identificar com um problema relacionado ao uso abusivo de drogas e a necessidade de tratamento, para, posteriormente, realizar uma intervenção especializada com o consentimento da família.

[...] E essa questão, que me marcou bastante foi essa questão da gente não ir num usuário que não é, que a gente não tem vínculo, deixar a equipe primeiro fazer bastante o vínculo, puxar cada vez mais pra dentro da unidade básica, então a gente interagir de uma outra forma, isso me chamou muito a atenção, acho que a gente não tem que atropelar as coisas.[...] É a intervenção fatídica. Foi ruim, foi muito gente também junto. Foi uma situação bem complicada [...] a nossa intervenção não foi boa, não foi boa a nossa intervenção, foi ruim, por que a gente era pra ter pensado mais, é o que aconteceu o agente de saúde tava muito ansioso em querer resolver a situação, frustrado, por que já tinha tentado várias coisas, via que a demanda era bem grave e não conseguia avançar na demanda, mas se a gente vai olhar o cara, um cara bem potente na questão de trabalho, então tinha o outro lado também (T4).

Experiência 4 - Caso de Pedro: Articulações entre CAPS AD X SAMU X Brigada Militar: “internação involuntária como último recurso da RAPS”

Em visitas domiciliares com a redução de danos fomos até a casa de Pedro, usuário do CAPS AD, mas que, ultimamente, não tem frequentado as atividades no serviço. Pedro é jovem, educado, e sempre nos recebe muito bem durante as visitas. Nesse dia, fomos recebidos por sua mãe que estava chorosa e triste com a situação que vinha ocorrendo nas duas últimas semanas. Sem conseguir conversar nos levou até o quarto e disse, “olhem vocês pra ver como ele está”. Encontramos o usuário deitado, aos prantos, choroso, emagrecido, e apresentando um surto psicótico, dizendo que havia “levado choques a noite toda”. Mostrava os fios elétricos e suas pernas, dizendo que estava todo queimado e com muita dor.

Pedro é paraplégico e depende dos cuidados da mãe, e, segundo ela, o filho está em uso pesado de crack há duas semanas, comendo pouco, dormindo pouco, e nessa noite se atirou no chão imaginando que estava sendo queimado. Tentamos conversar um pouco com ele, entender aquela situação, e o convidamos a ir ao hospital a fim de amenizar a dor intensa nas pernas, mas ele se recusou.

Sem saber como proceder, retornamos ao CAPS AD para solicitar o apoio da equipe, que nos orientou a tentar negociar a ida até o hospital devido à situação de Pedro. Retornamos à casa de Pedro. A mãe sugeriu que chamássemos o SAMU, fez a ligação, falou sobre a situação que o filho se encontrava, referindo que Pedro era usuário de drogas.

Conforme procedimento, o SAMU chegou para o atendimento com a Brigada Militar. Ao ver as equipes, Pedro aceitou ir até o hospital. O SAMU tomou a frente, fez a abordagem enquanto ficamos observando a situação.

No hospital, a médica clínica fez o primeiro atendimento. Pedro estava com a aparência exausta, respondeu, monossilábico, às perguntas. A médica desconfiou que o usuário pudesse estar armado e pediu-lhe para levantar a blusa. Posteriormente, solicitou avaliação da psiquiatria, que, já conhecendo o caso, fez o atendimento.

Durante o retorno para o CAPS AD muitos questionamentos e sentimentos me inquietavam: teríamos feito o certo? A presença da Brigada Militar me incomodava. Conheço pouco o usuário, mas naquela situação parecia tão frágil, seria necessário? Teríamos assustado ainda mais o usuário? Ao total éramos seis profissionais. Poderíamos ter tentado conversar mais com ele, ter negociado mais com ele a vinda para o hospital com a Kombi, sem a necessidade de chamar o SAMU e a BM? Talvez um profissional do CAPS AD teria conseguido negociar a ida até o hospital sem chamar o SAMU e a BM? Teríamos quebrado o vínculo com o usuário? O desespero de Pedro e da mãe teria nos assustado? Muitas perguntas, mas de uma coisa tínhamos certeza: Pedro precisava de um atendimento clínico hospitalar, estava muito

debilitado, com feridas no cóccix e quadril, queixa de dor intensa, psicótico e não queria ir para o hospital.

Ao retornamos ao CAPS AD dividimos o caso com a equipe, que reforçou a internação involuntária como último recurso devido à possibilidade de quebra do vínculo. Na semana seguinte, quando fui com o redutor de danos ao hospital, encontramos Pedro. Ele nos recebeu bem, como sempre, disposto a conversar, falamos da sua recuperação e dos seus planos para quando saísse do hospital. Nesse momento não foi possível saber se o vínculo de Pedro comigo e o redutor de danos havia sido fragilizado. Restava-me resgatar e/ou fortalecer a relação de diálogo, escuta, e auxílio às suas necessidades.

Experiência 5 – Caso de Alberto: Articulações intersetoriais de inserção no mercado de trabalho

Alberto é um usuário que acessou as portas da rede inicialmente pelo hospital geral, em uma situação grave de saúde clínica devido ao uso exagerado de álcool. Desde a internação, seu caso era pauta das reuniões de equipe do CAPS AD trazido pela residente da psiquiatria que demonstrava preocupação com as questões sociais.

O usuário havia perdido a mãe há pouco tempo, momento em que começou a abusar de álcool e ter seu problema de esquizofrenia agravado. Ele e a mãe moravam juntos em uma casa alugada e ambos viviam com o salário mínimo da mãe e alguns bicos realizados. Durante o período em que esteve internado, o usuário ficou sabendo que havia sido despejado. “Não sobrou nada da casa, ele só está com a roupa do corpo. Os seus pertences, que foram jogados para fora de casa, estavam destruídos pela chuva”, lamentavam os profissionais.

Nas reuniões do CAPS AD, a residente fez um questionamento que a angustiava. Ele não tem para onde ir, como é que eu vou dar alta? O caso foi levado à equipe quase que como um apelo à assistência social do serviço para ajudar no caso e também para pactuar a transferência do hospital para o acolhimento no CAPS AD.

No acolhimento no CAPS AD, o caso de Alberto sempre era incluído na reunião de equipe e algumas questões era discutidas, como os efeitos colaterais de impregnação, o seu comportamento mais quieto, isolado e abatido, seu desejo de querer sair do serviço e buscar trabalho, a dificuldade de estabelecer contato com os filhos que moravam em outro Estado, sem nenhuma referência familiar no município.

O caso de Alberto suscitou, em muitos momentos, reflexão da equipe sobre a necessidade de criar, na rede do município, uma casa de acolhimento transitório, que pudesse dar o suporte em casos como o dele, de vulnerabilidade social e fragilidade nos vínculos familiares, situação muito comum entre os usuários de drogas do município.

O plano terapêutico do usuário envolvia, principalmente, atividades de caminhada na cidade ou na praia, bocha, futebol, e ambiência no serviço. A equipe se empenhava para buscar algum familiar, ou amigos para aproximá-los desse cuidado. Sem sucesso, os profissionais começaram a organizar reuniões em rede para conversar sobre o caso, preocupavam-se com a dependência do usuário ao serviço devido à demanda social e a impossibilidade de ficar em acolhimento durante muito tempo por causa das próprias normativas do serviço. A situação clínica do usuário estava melhor, mas e a questão social? O olhar ampliado da equipe possibilitava compreender que a rede também tinha essa responsabilidade.

Nesse período, surgiu um convite para a equipe do CAPS AD participar de uma reunião com os catadores de lixo, oportunidade na qual foi ofertada uma vaga de emprego para Alberto, que concordou. Estava ansioso com o trabalho, se organizou, saía cedo, voltava à tardinha. Inicialmente, o serviço se responsabilizou pelo transporte e também fornecia uma marmita para o almoço e lanches.

O caso do Alberto era citado pela equipe com muita comemoração e felicidade. Agora o desafio discutido pelos profissionais era auxiliar o usuário a alugar sua própria casa e a se sustentar com os próprios recursos. Com estímulos, logo o usuário passou a dividir uma casa alugada com outro usuário do serviço e começou a usar uma bicicleta de doação para o seu transporte.

Alberto continua sendo acompanhado pelo serviço, e o caso é visto pela equipe como um caso de sucesso na proposta de reinserção social. Após a inserção do Alberto no mercado de trabalho, muitos usuários comentaram o caso como um exemplo de superação e vieram pedir ajuda da equipe para se inserir no mercado de trabalho, demonstrado que há muitos usuários que procuram, almejam e gostariam de trabalhar.

Continuando os caminhos na rede...

Os casos apresentados retratam alguns pontos e articulações que acompanhei nos caminhos percorridos com os trabalhadores na RAPS de São Lourenço do Sul, que me auxiliaram na aproximação com a rede, na compreensão das articulações estabelecidas, e na

participação no processo de trabalho. Nesses momentos, pude compartilhar minha percepção a respeito dos casos, identificar e compartilhar as potencialidades, dificuldades e desafios sobre o trabalho em rede.

Nessa participação, esforçava-me junto aos atores para compreender o modo com que a rede era percebida pelos trabalhadores e gestores, qual seria a missão da RAPS, os aspectos que facilitavam o trabalho, os aspectos que dificultavam, e as melhorias que poderiam ser investidas para a qualificação do trabalho em rede. Essas questões eram “pano de fundo” para me situar na rede, em momentos em que o meu olhar se expandia e minhas reflexões e questionamentos pareciam dar origem a outra pesquisa. Dava-me conta da importância das lentes da pesquisa, que nos ajudam a ampliar o foco nos pontos de interesse para que, na função de pesquisadora, não ficasse “perdida na rede”, tamanha sua complexidade e atração.

Assim, na tentativa de ampliar o foco dessas questões, concomitante à observação participante, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, pois entendia-se que a rede, apesar de única, era percebida de forma diferente, dependendo do ponto em que esse profissional se insere. Questionava-me: a missão da RAPS, com suas dificuldades e necessidades de melhorias, seria a mesma entre a ala psiquiátrica do hospital geral e a atenção básica? Como os outros setores percebiam essa rede, pois se mostravam presentes nas articulações? Posteriormente, essas informações também serviriam de subsídio para a realização do fórum aberto, visando contemplar a percepção de todos os atores que nela estavam inseridos.

6.4 Negociação e priorização

O fórum aberto foi a técnica de produção de dados utilizada para priorização dos dados e negociação com os grupos de interesse. Foi realizado no espaço da reunião de coordenadores, havendo uma combinação prévia e autorização dele para a utilização desse espaço.

O desenvolvimento do Fórum Aberto deu-se em momento subsequente à condução das entrevistas e posterior análise dos dados empíricos. O Fórum Aberto foi a técnica de produção de dados eleita para priorizar a missão e as estratégias de melhorias para o futuro, ou seja, aqui destaco o fórum como o espaço estratégico que proporcionou convergência das informações obtidas tanto da análise das observações participantes quanto das entrevistas.

A reunião dos coordenadores ocorre a cada 15 dias, constituindo-se como um espaço para que os coordenadores dos serviços de saúde mental conversem sobre a situação dos serviços, as dificuldades que enfrentam e que precisam de apoio do gestor e dos colegas para solucioná-

las. Também são planejadas ações de saúde mental que serão desenvolvidas na rede. Portanto, a ideia de realizar o Fórum Aberto na reunião dos coordenadores também visou fortalecer a potencialidade desse espaço e sua função para o desenvolvimento de avaliações sistemáticas na rede, entendendo que o propósito de avaliar deve fazer parte das práticas do trabalho em rede como práticas de gestão do cotidiano do trabalho, que não se restrinjam a projetos de pesquisa pontuais ou a atividades de “final de ano” e/ou de determinada gestão.

Os participantes do colegiado gestor são todos os coordenadores dos serviços da área da saúde mental, entretanto, visando incluir todos os pontos da RAPS na realização do Fórum Aberto, tive a abertura para estender o convite à coordenadora da atenção básica e à coordenadora do SAMU.

Assim, participaram do Fórum Aberto: Coordenador da saúde mental, Coordenador de ensino, pesquisa e extensão, Coordenador do CAPS ADIII; Coordenador do CAPS infantil, Coordenador do CAPS Nossa Casa, Assistente social que trabalha na Secretaria de Saúde, Coordenadora do SAMU, Coordenadora da Atenção Básica, e duas doutorandas que me auxiliaram, uma desenvolvendo o papel de observadora, e outra ajudando-me na dinâmica de organização e escrita dos cartazes.

No desenvolvimento do Fórum Aberto busquei ser uma facilitadora do processo, ou como nomeia Fetterman (2015), uma amiga crítica (*critical friend*), que apoia os participantes sem dominar o diálogo, mas incentivando a escolha democrática e a participação para a decisão dos pontos mais relevantes.

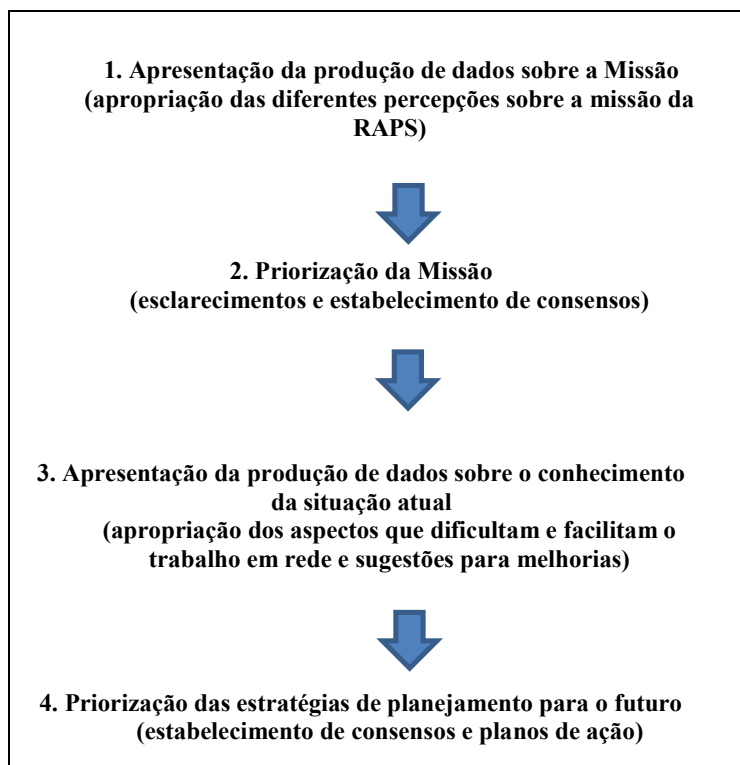
Participar desse processo do Fórum Aberto foi, longe de ser “tranquilo” ou “confortável”, um desafio que, certamente, foi facilitado pela minha vivência em campo, pela “familiarização” maior com os processos de trabalho da rede e pela relação estabelecida com os trabalhadores e usuários.

Acredito que, devido à vivência em campo, o Fórum Aberto deu voz aos trabalhadores para falarem sobre seu cotidiano, um cotidiano que, naquele momento, não me era estranho, pois não me sentia alguém distante que apresentava e propunha sem ter “noção das suas realidades”. Ao contrário, falávamos de uma rede que havia sido partilhada, das dificuldades, das conquistas, das tentativas, das reflexões e conexões existentes ou a construir, por exemplo, a falta de transporte, a inserção da redução de danos na atenção básica, a prevenção, a educação permanente, ou seja, desafios, práticas, e melhorias conhecidos por nós de suas diferentes maneiras. Assim, acredito que esse momento do fórum teve sentido, aprendizado e conexão com todo o processo da pesquisa.

Também entendia que o processo do Fórum Aberto exigia envolvimento e colaboração em seus vários aspectos. Assim, buscando melhor apropriá-los do processo, apresentei aos participantes elementos centrais da pesquisa e uma análise prévia do material que até o momento havia sido produzido (resultado da análise das observações participantes e das entrevistas semiestruturadas). Falei também sobre o modo de organização do Fórum Aberto em sua proposta de priorização e construção de estratégias de planejamento para o futuro.

Sobre a análise prévia do material até então produzido, apresentei as diferentes percepções sobre a missão e o conhecimento da situação atual (dificuldades e potencialidades) que emergiram da observação de campo e de entrevistas com todos os coordenadores dos pontos da RAPS e da rede intersetorial. E, a partir disso, junto ao grupo de gestores, priorizamos quais seriam a missão e as estratégias de planejamento para o futuro, conforme consta na Figura 10 a seguir.

Figura 10 - Organização dos passos realizados no Fórum Aberto



Fonte: Santos, E.O, 2019.

A missão retratou qual o propósito e o objetivo da RAPS no momento atual, e em relação às estratégias para o futuro foram consideradas as capacidades de investimento e foco no

cuidado em rede. Esse processo gerou reflexão sobre os desafios da rede, o esclarecimento de algumas questões apresentadas, o que seria possível, viável de ser desenvolvido, quais os recursos disponíveis, como os profissionais da rede se envolvem nas ações, o início da gestão e as dificuldades burocráticas desse processo, o papel da avaliação, e considerações sobre o processo desta pesquisa avaliativa. Todos esses aspectos serão apresentados mais adiante, em capítulos específicos dos resultados.

Por meio do diálogo e do material em *PowerPoint*, em forma de perguntas, estimulei a participação dos diferentes atores no Fórum Aberto, pois entendia que essas estratégias faziam parte do empoderamento pelo qual os participantes se apropriam e se envolvem com o processo de decisão (FETTERMAN, 2015).

No momento do fórum foi importante esclarecer ao grupo o conceito de empoderamento, porque esse conceito é complexo e apresenta derivações conceituais. Vale ressaltar que a concepção de empoderamento adotada neste estudo é a do empoderamento comunitário, compreendido como um processo que enseja a construção de estratégias que promovam a participação dos indivíduos e coletivos na análise e atuação nos problemas do seu meio, considerando, criticamente, as questões sociais e políticas envolvidas (CARVALHO, 2014).

Tais estratégias visam a apoiar a organização de uma estrutura propícia para os processos de reflexão e diálogo sobre as questões, podendo trazer subsídios para a conscientização sobre as situações, capacidade de decisão e intervenção de forma participativa e crítica (CARVALHO, 2014).

Acredito que todo o processo buscou sustentar-se nessa proposta de empoderamento, por meio de uma postura participativa, dialógica, colaborativa, e com o uso de estratégias específicas, de acordo com o momento vivido pelos grupos de interesse e suas disponibilidades pessoais.

7 CONSTRUÇÃO DA MISSÃO

O processo de construção da missão envolveu três etapas: 1ª etapa: conhecimento da missão; 2ª etapa: priorização da missão; 3ª etapa: sistematização dos dados.

A primeira etapa do processo foi a realização das entrevistas com todos os trabalhadores participantes da pesquisa, os quais foram questionados sobre: qual a missão da RAPS na atenção aos usuários de drogas? De posse das entrevistas, procedi a uma leitura flutuante do material, visando ao exercício de uma listagem de todos os pontos importantes levantados pelo grupo de interesse, sobre o que ele consideraria missão da RAPS e as diferentes propostas e metas para alcançar a missão. A partir dessa análise foi possível identificar a missão da RAPS e as propostas de investimento para o alcance da missão.

A segunda etapa da construção da missão foi levar essas informações brutas ao Fórum Aberto para pactuação e negociação. Nesse Fórum foram gerados consensos, esclarecimentos e novas inclusões de informações para a construção da missão coletiva.

A última etapa foi a sistematização dos dados oriundos do grupo de interesse, os quais são analisados a seguir.

7.1 Missão

A RAPS tem como propósito: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Esse delineamento normativo trouxe elementos importantes para a gestão do cuidado, e é por meio deles que as redes podem ser inventadas no cotidiano, costuradas em suas particularidades. Entretanto, pressupõe uma série de sucessivos deslocamentos, modificações, percepções, atitudes, cultura e formas de atuar (MARTINEZ, 2015).

Na rede em estudo, a partir da análise das entrevistas feitas com os grupos de interesse, foi possível perceber que a missão da rede retrata a busca pela integralidade do cuidado com o desenvolvimento de práticas que considerem o sujeito nos seus aspectos biopsicossociais.

Eu acho que é realmente prestar essa assistência integral à saúde que a gente tanto discute assim, que que é essa assistência integral, eu acho que é isso em todos os contextos sociais no contexto realmente de saúde a questão biológica e social o cuidado integral o apoio integral à saúde (TI 2).

Eu acho que a missão é o cuidado com o indivíduo, e o cuidado desse indivíduo na sociedade, acho que é um todo. Então eu noto assim que como a gente tem uma rede, São Lourenço do Sul por ser uma cidade pequena, tu tem contato com a escola, tu tem contato com a UBS, tu tem contato com o vizinho, tu acaba não cuidando só daquele usuário, tu acaba cuidando do entorno também, a escola, ah tu entra em contato com a escola porque o adolescente não tá indo a aula. Então assim oh tu cuida daquele usuário, tu tem a missão de cuidar dele, mas ao mesmo tempo tu também tem que devolver isso pra sociedade, eu acho que se tenta de alguma forma, não que se consiga 100% mas eu acho que se tenta assim de alguma forma, na comunidade ele frequenta, ele frequenta alguma igreja, o que a comunidade tem a oferecer pra aquele ser humano também, então eu acho que a saúde mental também se preocupa muito, os CAPS, locomotiva, a gente tá sempre vendo como esse indivíduo está inserido na sociedade também (C3).

Que ela receba atendimento, um tratamento adequado, trabalhando-se com usuário e sua família, e bem como a comunidade que ele tá inserido, a escola, outros recursos comunitários (TI 9).

O cuidado integral, enquanto missão da RAPS, fortalece a concepção de que a atuação isolada dos serviços não é suficiente para o cuidado do indivíduo e suas diferentes necessidades. A integralidade é o resultado da visão sistêmica sobre o sujeito, no qual se considera que a sua saúde é determinada e condicionada por diferentes fatores inter-relacionados — biológicos, sociais e emocionais. Diante da complexidade que envolve os fatores condicionantes de saúde, “a integralidade não se realiza em um serviço, integralidade deve ser o objetivo da Rede” (CECÍLIO, 2001, p. 6).

A integralidade no trabalho em rede já vem sendo discutida por alguns autores da área da saúde, porque é com o objetivo de alcançar a integralidade que a conformação do sistema vem sendo organizada em rede (MENDES, 2011; PEITER et al., 2019).

Para alcançar a integralidade, algumas propostas foram sugeridas pelos grupos de interesse, na rede: 1) ressignificar o cuidado - olhar, além da doença, as potencialidades; 2) prevenção; 3) o cuidado à família; 4) inserção social por meio do trabalho e da geração de renda; 5) redução de preconceito e estigma; 6) redução de danos; 7) conexão entre os serviços, processos de trabalho e pessoas. Tal processo é complexo e abarca mudança de paradigma de cuidado, recursos e envolvimento da rede.

A ideia de integralidade carrega consigo a necessidade de olhar as diferentes dimensões da vida do sujeito em um processo de saúde que resgate o ser humano como foco das práticas e não a doença. No caso da atenção aos usuários de drogas, uma das propostas para alcançar a

missão é a ressignificação do cuidado, priorizando ações que não estejam centradas na substância, na limitação ou no adocimento, mas nas potencialidades dos sujeitos.

Esse processo é complexo e envolve mudanças de paradigmas de cuidado, pois profissionais estão habituados a “olhar para a doença”. Nessa nova proposta, o exercício das práticas visa “olhar para o reverso”, “o que há de potencial, o que há de adormecido”, ou seja, aspectos importantes que, às vezes, são desconsiderados quando o foco é voltado apenas para o sintoma e a limitação:

[...] Tirar o foco do uso de substância e pensar naquele indivíduo como um todo, como cidadão autônomo, com vontades, muito além do uso de drogas, mas é cuidado, me vem a palavra cuidar, é cuidado, cuidado que ele busca, não do que eu quero. [...] é essa mostrar que é possível eles ter uma vida melhor independente do uso ou não, desfocar do uso de drogas, eles são pessoas inteiras, às vezes precisam de um apoio pra pensar os outros âmbitos da vida (C1).

[...] eu que sou da área do SUAS, que a gente trabalha com a diversidade, trabalha muito mais com a aceitação dessa difícil realidade dos adolescentes e tentar a partir daí trabalhar potenciais deles, identificar diante da situação de vulnerabilidade a gente não olha só pra vulnerabilidade, mas a gente olha pra o que a gente promover de bom pra essa criança, pra esse adolescente, pra essa família, qual é o potencial, porque a maioria dos serviços tem esse olhar da doença, do problema, da situação, então quando ele entra no SUAS, é bom porque a gente vai olhar qual é o teu potencial, o que tem de bom, o que tu pode mostrar, o que tá adormecido em de ti, que a gente pode tentar acordar, acho que essa troca de olhar, o que você olha quando está diante do usuário, então muitas vezes nos somos treinados pra olhar pra doença, pro problema, qual é o foco, o sintoma, e a gente precisa olhar pro reverso, acho que isso entra como missão, e tá pra rede de atenção psicossocial nesse cuidado, de tentar trabalhar o reverso, ah vamos tentar ver o que há de potencialidades que a gente pode tá identificando (T1 I).

E eu acho que trabalhar as potencialidades deles é algo também que é um grande desafio. Por que eu acho que tem muitos tem muitas potencialidades, mas é fazer enxergar que eles têm potencialidades e a partir daí ajudar eles a se colocar em alguma coisa que eles tão a fim, até emprego alguma coisa assim (T4).

A atuação da rede, voltada para uma visão holística do sujeito, promove possibilidades de ruptura com uma lógica manicomial, pois com a ideia de colocar a doença entre parênteses passa a ocupar-se do sujeito, dando visibilidade às suas necessidades, à sua individualidade, aos seus direitos e à cidadania (AMARANTE, 1995). Mudar o olhar da substância para o sujeito implica o desenvolvimento de ações preventivas e de reabilitação psicossocial, ou seja, ações que não estejam centradas na remissão dos sintomas ou na cura.

Entretanto, atualmente, conforme os entrevistados, o trabalho da RAPS é muito voltado para a doença, cuja missão é “curativa”. São visualizadas poucas ações de prevenção e reinserção social, resultando em ciclos de reinternação que pouco ajudam a solucionar o problema. Assim, também deve haver um investimento na prevenção com o desenvolvimento

de ações coletivas nas comunidades, com abordagens intersetoriais e direcionadas para o aspecto social das famílias.

[...] Eu acho que hoje a gente trabalha muito com a doença. A não ser na escola. Mas é que nem eu te disse: no meu ver, eles se acostumaram. As histórias se repetem e eles acham que aquilo ali é normal. E pequenininho, eles acham que tão fumando cigarro, mas daqui a pouco eles se dão de conta que é maconha. Daqui a pouco eles veem o toco no chão e eles vão pegar. Essas coisas é que nem rotina, acordar, fazer xixi, escovar os dentes, tomar banho, é a mesma coisa, eles acham que aquilo ali é normal. Mas hoje em dia a droga, o uso assim, eu vejo que hoje em dia a gente não consegue mais trabalhar com prevenção. A gente acaba tratando e acompanhando. E no máximo reduzindo. [...] (C8).

[...] A gente não vê outras ações, de prevenção, a prevenção do uso de drogas, ou promoção de saúde mesmo, [...]. Porque na rede tem que ser toda vinculada, então a gente não vê outras ações assim, digamos, pra inserir na sociedade de novo esses pacientes que acabaram tendo esse acompanhamento, pra tratamento [...] Porque tem a Lokomotiva, tem as outras coisas que ajuda em algum setor, mas digamos assim, o depois que sai tem que introduzir de novo na sociedade, no mercado de trabalho [...] Porque não adianta, digamos assim, eu tratar aquele paciente pra dependência dele de drogas, e ele mora lá no bairro onde vende droga em tudo que é lugar. Não adianta fazer a ação só naquele paciente, tem que se desenvolver mais ações de saúde pública, tem que ser tratado não só com a saúde, tem a educação, a segurança, tem que tá todo mundo junto. Porque não adianta só a nossa rede querer tratar. Porque eu tratei, agora o paciente já tá livre de dependência. Mas depois ele volta lá pra casa dele, os amigos dele consomem droga, a família vende, e não sei o que... Acaba tendo de novo o ciclo dele continua... E acaba que a gente não tem como evitar que esse paciente não tenha uma recaída ou uma retomada do vício. Porque na comunidade, na localidade, não foi trabalhado aquilo ali [...] (C17).

A implementação de ações de prevenção ao uso de substâncias psicoativas, associada ao tratamento, integra um conjunto de novas perspectivas metodológicas de trabalho na RAPS. No âmbito da prevenção, a instrumentalização e o suporte às equipes da ESF, por meio do apoio matricial, constitui-se em um recurso indispensável, considerando-se a inserção desses profissionais no território geográfico e existencial das famílias (HIRDES et al., 2015).

No âmbito da prevenção, outra questão destacada foi: como fazer a prevenção no território em conjunto com o serviço especializado a fim de evitar que os casos se agravem? Esse questionamento remete ao planejamento das ações entre os serviços para pactuar estratégias de atuação, a fim de evitar o agravamento de situações que poderiam ser prevenidas pelo trabalho em rede, e também ampliar as possibilidades de atuação da equipe, sem a necessidade de ações imediatistas, pouco negociadas.

[...] eu acho que a gente tá muito precário com a prevenção. Muito precário assim, sabe? Os casos tão vindo prontos já, a gente não consegue trabalhar dentro das unidades, assim, a gente não consegue trabalhar a prevenção do álcool, da droga, e principalmente com criança e adolescentes; crianças a gente trabalha mais nos grupos de mães e bebês, com as mulheres gestantes, mas adolescentes, assim, aquela

prevenção, a gente não consegue fazer nas estratégias. Não sei se pela demanda, muita, e depende de muita coisa, enfim, e eu acho que os CAPS também, até se falou muito sobre isso naquela capacitação que foi feita [...] de que forma fazer a prevenção dentro dos CAPS? Porque na maioria das vezes, chega nos CAPS e já tá estourando a bomba, vamos dizer assim. Então eu acho que deveria ser mais preventivo. E na verdade não é (T9).

O trabalho preventivo ainda está em construção nas RAPS, precisando de maiores investimentos, sobretudo na capacitação profissional; qualificação e articulação entre os CAPS e as equipes da ESF; ações que busquem desmistificar os transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas na comunidade. Além disso, faz-se necessária a inserção de conteúdos referentes à temática nos cursos de graduação, sobretudo para que a capacitação dos profissionais de saúde inicie ainda no ambiente acadêmico e possa instrumentalizá-los para ações de prevenção, promoção, intervenção e redução de danos (HIRDES et al., 2015).

Uma das profissionais entrevistadas também reitera a necessidade de desenvolver a articulação junto à sociedade, mobilizando as pessoas para pensar e debater sobre o uso de drogas com mais cautela, responsabilidade e informação. A cultura de uso de álcool muitas vezes dificulta a compreensão sobre essa problemática, sendo necessários maiores debates e reflexões sobre o tema, fortalecendo, dessa forma, a prevenção na rede.

[...] deveria ser pensar estratégias e fazer essa articulação pra sociedade como todo, de que todos nós somos de certa forma responsáveis por esse problema, por essa problemática social do entorno do uso de álcool e outras drogas, [...] é trazer esse assunto à tona sempre que possível, não só no setembro amarelo, aí que a gente vê que se fala um pouco mais em saúde mental, e que se discute as questões de saúde mental, e suicídio, muitas situações de suicídio são provocadas por questões do consumo de álcool. [...] a gente tem aqui a questão do interior, do rural, que as famílias tem como cultural o uso de álcool [...] Então acho que essa deveria, essa é a missão, de poder tá olhando pra isso de forma mais exigente, acho que a as vezes a gente até não se coloca de forma exigente com relação a isso, a gente tá vendo países desenvolvidos por exemplo com leis rígidas com relação ao uso de álcool e outras drogas, a lei agora no transito mesmo, a lei com relação ao consumo de bebidas, a lei é recente, e mesmo assim as pessoas bebem e dirigem e pegam, não consideram isso como ah você vai ser penalizado, apesar de muitas pessoas já estarem sendo penalizadas, perdendo a carteira de motorista em função disto, mas tem que ser muito mais rígido [...]. Então eu acho que a missão realmente essa, é mobilizar a sociedade pra pensar a questão de álcool e drogas com mais cuidado, com mais responsabilidade, com mais atenção, porque não é uma coisa banal, e as vezes eu acho que se lida com essa questão de forma banal assim, ah não mas é só uma cerveja, e só um uísque, é só um Redbull, uma crianças as vezes, [...] e não é só, é por aí que começa o envolvimento com vários outros entorpecentes (T11).

Além da prevenção, uma das propostas é o fortalecimento do cuidado à família. Nas situações de uso de drogas, os profissionais, frequentemente, observam uma dinâmica familiar adoecida, com fragilidade nos vínculos familiares e sobrecarga do familiar. O uso abusivo de

drogas é mais uma problemática parte desse contexto, sendo difícil identificar se é causa ou consequência dos problemas familiares.

Ações de cuidado à família, como as de prevenção à saúde da família, auxiliariam a identificação precoce dos casos de adoecimento dos membros, promovendo melhorias na qualidade de vida da família e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de situações como recaídas e conflitos familiares.

É tentar chamar essa família, porque com a família, quem é que vive bem longe da família? (C1).

[...] promover saúde, promover saúde pra família, trabalhar a dinâmica familiar, por que muitas vezes na grande maioria das vezes falando especificamente no usuário de drogas, ele acaba sendo o bode expiatório de uma dinâmica familiar adoecida. O adoecimento da família é projetado todo no usuário de substância, aí fica a pergunta, essa dinâmica está adoecida em função do usuário ter recaídas e entrar em crises, ou é a dinâmica que tá promovendo a recaída e as crises? Então olhar o sujeito na sua integralidade, promovendo saúde, requer olhar pra dinâmica familiar e promover saúde também, pra essa dinâmica familiar, [...] por que não tem como cuidar e promover saúde ao sujeito se não olharmos para a família e para o meio social em que esse sujeito está inserido, [...] é a promoção de saúde na sua integralidade (T1).

Eu acho que é proporcionar uma melhor qualidade de vida a esse usuário. Não só a ele, mas à família também, porque a gente nunca pode pensar numa pessoa sozinha, como "ele". Porque eu acho que o usuário, não só de álcool, mas de outras drogas, o sofrimento não é só da pessoa, mas o sofrimento maior eu acho que até é da família. Porque ele tá doente, ele tá doente, ele precisa de ajuda. Mas o álcool é uma doença que a gente vê na comunidade que adocece toda a família (C13).

Eu acho que é a preocupação, o comprometimento deles de querer ajudar. Porque na verdade não é só aquele ali, aquele usuário que tu trata. Tu trata os familiares, tu trata a mãe, tu trata o pai, então na verdade a preocupação que tem assim [...]. Acaba tu desenvolvendo todo um trabalho voltado pra família toda, porque tu acaba dando um suporte pra todos eles. Então na verdade é a preocupação, porque tu tem um usuário em casa, mas tu tem os outros, tem irmão, tem irmã, então a gente se preocupa com todo mundo.[...] Com a família. A família adocece, então é esse que é o comprometimento deles. Não só com eles. Com a família toda (C6).

Eu acho assim, que mais na prevenção. É tentar melhorar a qualidade de vida, até da família, porque a família tu vê que é a família que sofre. [...] a gente sabe que se o usuário de droga ele não quer se ajudar, e ele tá lá, e cada vez pior. A gente comunica, a gente faz uma visita com o pessoal do CAPS, do AD, [...] E aí quando a gente vê que a pessoa não quer ir procurar ajuda, a gente tá tentando ajudar então os que tão na casa. Porque aí gera muita briga, e desavenças, [...] A mãe, principalmente, começa a ficar com depressão. [...] vai por uma dessas que se suicide? Por ver o filho assim (C12).

Eventuais conflitos e dificuldades existentes na esfera familiar tendem a se intensificar diante de um quadro de dependência química (MEDEIROS et al., 2013). Familiares de dependentes químicos apresentam alto índice de sobrecarga, acarretando comprometimento na qualidade de vida e bem-estar (MACIEL et al., 2018).

Os familiares, de modo geral, se sentem despreparados para ajudar o usuário de drogas, vivenciando sentimentos de dó, impotência, raiva, vergonha, culpa, incapacidade, medo da agressividade e humilhação. Em situações de desespero, muitas vezes utilizam a violência e a agressividade. Observa-se também a inabilidade dos profissionais para lidar com o familiar, seja por falta de conhecimento e/ou empenho em incluir a família como agente e receptor de cuidado (HORTA et. al., 2016).

Assim, deve haver um investimento maior no cuidado do familiar, pois além de estar vulnerável ao adoecimento, o familiar é um dos pilares do tratamento e um dos responsáveis pela inclusão sociofamiliar do usuário, necessitando de mais informações e de mais suporte para que ele possa atender aos preceitos da política de saúde mental (MACIEL et al., 2018).

A inserção social do usuário de drogas na comunidade, na família e no mercado de trabalho também é identificada, neste estudo, como um dos propósitos da rede para alcançar o cuidado integral. No âmbito da inserção social, a inserção no mercado de trabalho tem sido uma das principais dificuldades dos serviços devido ao preconceito e ao estigma relacionado ao usuário de drogas.

Em São Lourenço do Sul, por ser um município pequeno, os usuários, muitas vezes, são conhecidos na comunidade, alguns por seu histórico de criminalidade e outros pelo envolvimento em situações relacionadas ao uso abusivo de drogas. Esses aspectos são considerados uma limitação para a reinserção social que precisa ser mais bem trabalhada junto à comunidade e aos usuários.

Além disso, no âmbito dos serviços, a Lokomotiva é reconhecida como espaço ainda frágil na RAPS, necessitando fortalecer sua proposta de geração de renda e constituir-se como mais um ponto de acesso integrado aos outros dispositivos da rede e ao mercado de trabalho.

Pra mim, e o que a gente conversa, seria assim tu conseguir colocar esse indivíduo, esse paciente de volta no convívio social, na vida útil da pessoa, que ela possa ter um trabalho, que ela possa ter uma família, que ela consiga viver em sociedade, que ela consiga voltar a viver em sociedade (C2).

Me vem a palavra cuidar, mas não cuidar que proporcione uma dependência, a gente vem vivendo um momento de muita dificuldade de moradia, usuários que a família abandonou que a gente faz contato e eles não tem onde morar, então um cuidado mas promovendo autonomia dele, a reflexão dele. [...] é conseguir devolve-los pro mercado de trabalho, que eles possam resgatar a vida deles que até então tava meio colocada de lado (C1)

[...] eu diria mais coisa acho que dentro do álcool e drogas o desafio da questão de ter alguma coisa inserido em trabalho, acho que é um grande desafio hoje, e acho que uma coisa que leva eles a usar cada vez mais é a questão nossa de não ter um emprego de não ter uma possibilidade, de não ter um dim dim, eu acho que é uma grande coisa hoje aqui em São Lourenço do Sul. Tanto é que o espaço de geração de

renda que a gente tem que a gente poderia encaminhar, como sendo primeiro espaço ainda não se coloca como um lugar com potencial ainda grande, ainda não tá nesse, que a gente possa fazer a primeira porta de entrada pra eles. A gente tem corrido atrás desse, de outras possibilidades tão se abrindo portas devagarinho, tão se abrindo portas, mas os lugares também sempre tem uma restrição, uma coisa assim que é difícil a gente vê, e a gente vê isso como uma, é difícil tem pessoas também que, tem toda a trajetória deles, conhecidos na cidade, uma cidade pequena, são conhecidos como pessoas que roubam, pessoas que tão caídas no chão, muitos deles, então é difícil também a comunidade vim nesse processo de mudança, é algo que acho que vai demorar (T4).

A estigmatização do usuário de drogas repercute no distanciamento social desse indivíduo, o que gera consequências negativas para sua saúde e seu bem-estar. Essas consequências, muitas vezes, podem ser indiretas, como as dificuldades de acesso aos cuidados em saúde, educação, emprego, moradia e geração de renda (PAIVA et al., 2014).

Percebo que complexidade dos casos que chegam aos serviços demonstra a precária estrutura social de muitos usuários, com vínculos familiares fragilizados, abandono familiar e dificuldade de moradia. Assim, a inserção no mercado de trabalho seria uma importante via para a autonomia e resgate dos seus projetos de vida, podendo proporcionar melhorias no tratamento.

Dessa forma, visando uma mudança na relação entre a sociedade e a percepção sobre o usuário de drogas, também é destacado pelos participantes, como proposta para o cuidado integral, a estratégia redução do preconceito e estigma, por meio de uma melhor compreensão do sofrimento, do respeito às diferenças e da mudança de postura profissional.

São relatadas, pelos grupos de interesse, situações de práticas profissionais que reforçam o preconceito relacionado ao uso de drogas. Tais práticas interferem nas ações que serão ofertadas e na condução desse caso nos outros serviços da rede. Nesse sentido, os participantes reforçam a necessidade de uma avaliação adequada dos casos e das situações, pautada na qualificação técnica e ética do cuidado e não em estigmas e preconceitos.

[...] eu vejo, que, às vezes, nesse primeiro atendimento já tem um julgamento, já tem um rótulo desse paciente. Infelizmente tem muito isso, é "ah, mas fulaninho eu conheço, fulaninho só quer tal coisa", é esse rótulo, e se eu falo isso pra ti, tu vai ficar com a mesma percepção que eu daquela pessoa, e aí toda uma equipe às vezes é contaminada por alguma coisa que é só uma percepção e que não é verdadeira, e aí eu não vou conseguir ajudar aquela pessoa. Então infelizmente isso acontece. Cidade pequena[...]. Tudo interfere em tudo. Eu acredito que interfere desde a resolução daquele caso... Tudo, tudo. E às vezes não, acho que sempre o paciente sente. O paciente sabe se ele tá sendo tratado bem, se a pessoa realmente quer ajudar ele, ou se a pessoa tá ali simplesmente pra resolver aquele problema e se livrar dele... Se eu preciso de ajuda, se eu vou até um lugar pedindo ajuda, é porque alguma coisa tá acontecendo. Porque senão eu não estaria ali. E eu vou sentir, quando eu tô mais fragilizada, quando eu tô pedindo ajuda, eu realmente sinto qual é o tipo de ajuda que tão querendo me passar. Então eu acho que falta ainda isso [...] (T10).

É cuidar dessas pessoas sem julgar sabe, é se entregar sem preconceito, sem julgamento, sem achar que as pessoas tão fazendo de conta, ou que tão se fazendo, porque infelizmente a gente vê [...] infelizmente a gente vê alguns colegas, que não tem tanta ética, [...] eu acho que a gente está aqui, pra realizar o nosso serviço, atender essas pessoas, nós somos um órgão público, a gente recebe dinheiro público, então a gente não tem que tá julgando, a gente está aqui pra executar [...] É, não julgar, porque ai acho que é mais fácil, não inverter os valores, porque as vezes tu tem que sair daquele teu olhar, daquele teu julgamento, ah mas não atende as minhas necessidades nessa situação, mas a gente não tá ali, não é pra nós, somos um profissional pra prestar o nosso serviço (T1 6).

Acolher incondicionalmente o sujeito na sua integralidade, sem estigmas sem preconceitos, sem juízos de valores, e promover saúde. [...] (T1).

A abordagem profissional pautada no preconceito interfere negativamente na conquista de oportunidades de cidadania do usuário e na sua procura por acesso aos serviços de saúde. Os usuários de drogas, muitas vezes, são vistos pelas equipes como pessoas sem compromisso, agressivas, violentas, manipuladoras e resistentes ao tratamento. Além disso, na percepção de alguns profissionais, o uso da substância provoca comportamentos delinquentes e agressivos, como roubos, assaltos e homicídios. Essa percepção, associada à falta de infraestrutura, fragilidade na formação e qualificação das equipes, gera, nos profissionais, sentimentos de medo e insegurança na abordagem, perpetuando a manutenção de práticas manicomialis (PAULA et al., 2014; HILDEBRANDT; MARCOLAN, 2016). Dessa forma, a redução do preconceito e estigma envolve a reflexão sobre as práticas e abordagens, buscando a qualificação de um cuidado sem julgamento, visando ampliação do acesso, adesão aos tratamentos e sua continuidade nos diferentes pontos da rede.

Conforme os participantes, a redução de estigmas e preconceitos também se estende ao trabalho de conscientização que deve ser realizado pelos profissionais da RAPS. É observado que, muitas vezes, os usuários têm receio de participar das oficinas terapêuticas do CAPS AD na comunidade temendo ser rotulados de usuários de drogas. Assim, esse processo de conscientização também deve envolver a comunidade e os usuários dos serviços de saúde mental, trabalhando-se o preconceito como uma das barreiras enfrentadas pelos usuários para a utilização dos espaços do território.

Desmistificar a questão do uso de álcool e drogas sabe, por que a gente vê que por aí tem muito preconceito, e também preconceito dos próprios usuários. É uma coisa que a gente, eu mesmo quando a gente sai por ai pela rua a gente vê que tem além, não é só da comunidade mas o próprio usuário se vê com isso, o quanto a gente tem que trabalhar em cima disso e mostrar pra eles que eles são capazes de estar em qualquer espaço, tu entende, que eles podem ocupar esses espaços, que não está escrito, eu sou usuário de álcool e drogas, que as pessoas vão olhar pra eles dessa forma, então eu vejo na minha área assim o desafio é ocupar o território cada vez mais mostrando pra eles que eles podem ocupar de uma maneira saudável tendo um

outro olhar sabe, por que, partindo deles já, por que tu vê, eles tem muito isso, esses dias um usuário disse, ah eu não vou pro centro, vocês vão caminhar no centro eu não vou, um grupo assim já vão olhar pra mim e já vão dizer que eu tô lá no CAPS, que eu sou dependente de alguma coisa de drogas, alguma coisa, mas eu disse isso não acontece, a gente pode usar qualquer espaço qualquer lugar é lugar pra nós (T4).

Dessa forma, reafirma-se a importância da atenção psicossocial em rede no enfrentamento do uso abusivo de drogas, integrando serviços e sociedade. São necessárias ações no território, e um amplo combate ao moralismo e ao proibicionismo, pois usuários e familiares necessitam de atenção e cuidado. Em outro âmbito, políticas públicas também devem proporcionar informações que considerem o entendimento da realidade, na qual o usuário é um cidadão de direito, em que atos educativos e reflexão crítica sejam direcionados para ações alternativas de prevenção, reabilitação e reinserção social (BARD et al., 2017).

Estratégias de redução de danos têm se mostrado potentes no cuidado ao usuário de drogas, pois propiciam oportunidades de inclusão social e oferecem condições para que o sujeito possa repensar sua relação com as drogas. São estratégias que têm colaborado para a melhoria das condições de vida e saúde e a sobrevivência, visando manter os usuários de drogas inseridos na rede de atenção à saúde e de assistência social, evitando a marginalização (GOMES; VECCHIA, 2018).

A RD ressalta a necessidade de reconhecer, em seu público-alvo, a singularidade da relação que as pessoas têm com suas drogas de preferência. A partir dessa perspectiva torna-se possível traçar estratégias juntamente com o dependente de drogas que visem promover a saúde, assegurando-lhe respeito à sua dignidade. A oferta de tratamento, então, ocorre como uma perspectiva de ganhos em termos de liberdade e autonomia, enfatizando a responsabilização do sujeito pelo seu próprio tratamento (GOMES; VECCHIA, 2018).

Avanços importantes nas intervenções para pessoas que usam drogas (PWUD), em particular aqueles que usam opioides e pessoas que usam drogas injetáveis (PWID), ocorreram nas últimas décadas.

Os serviços de redução de danos implementados em diferentes países do mundo têm contribuído significativamente por meio da redução de infecções virais, infecções bacterianas, e redução da criminalidade. Além disso, a redução de custos de saúde tem sido alcançada em locais onde os programas de redução de danos estão em vigor (WIESSING et al., 2017).

A proposta de trabalhar na perspectiva da redução de danos também é destacada pelos participantes como uma via para o alcance do cuidado integral, considerando a necessidade de minimizar problemas físicos, sociais e emocionais que estão associados ao uso de drogas nas famílias. Os participantes reconhecem que o uso de drogas é uma problemática complexa que

vai além da resolução locorregional dos problemas apresentados pelos usuários. Dessa forma, acabar com o uso de drogas é utopia, sendo que ações com esse propósito tendem, marcadamente, a fracassar.

A redução de danos, enquanto estratégia para alcançar a missão, não se restringe às ações de redutores de danos, mas sim a um objetivo transversal entre os serviços da RAPS voltados para ações de orientação, prevenção, busca ativa, oferta de atividades terapêuticas nos serviços substitutivos, inserção na comunidade. São estratégias que preconizam o olhar para a singularidade dos casos, buscando ofertas diferenciadas não restritas à abstinência. A avaliação do caso na sua dimensão singular buscaria a qualidade de vida do sujeito e familiares que, dependendo do plano terapêutico singular, poderá incluir a abstinência ou redução do consumo. Nessa perspectiva, os profissionais também destacam a importância de respeitar as escolhas e o desejo dos usuários, garantindo, dentro dessas escolhas, a proteção, o acompanhamento e o cuidado pelos serviços, sem imposição de tratamentos:

Eu acho que é orientar é tentar amenizar, tentar por que se nós tentarmos se não tentarmos diminuir, porque extinguir a droga é coisa mais difícil, é utopia então se a gente tentar diminuir se a gente tentar recuperar, eu acho que a palavra certa seria tentar recuperar, reduzir os danos causador, acho que seria mais ou menos por ai, reduzir danos (T1 2).

Acho que é auxiliar é trabalhar pra que diminua. Agora me lembrei lá daquele pessoal, da redução de danos. Eu acho que a missão vai por ali assim, pelo que eu entendo que eles fazem, que é reduzir um pouco, orientar muito, acho que a missão é essa ,e sempre pra coletividade, pra comunidade, pra que se possa melhorar, porque não se pode se dizer erradicar, acho que não, que não se consegue, acho que a rede não consegue, acho que vai muito além de município e de rede, mas eu acho que fazer com que os danos sejam menores, toda uma prevenção ali entra saúde posto de saúde tudo, a questão das doenças e tem todo esse aparato também de orientação, tem tudo gratuito, então acho que a missão é, acho que é isso reduzir, reduzir os números, reduzir danos, até de acordo com a tua pergunta me a lembrança do pessoal do redução de danos, acho que reduzir, reduzir, amparar, ajudar a caminhar, ajudar a orientar as pessoas acho que é isso (T1 5).

[...] fazer a busca ativa e como redução de danos trazer eles pra cá ficar um dias pelo menos pra cá, ou trazer eles pra passa o dia pra acompanhar mais de perto até pra eles ficar assim mais uns dias sem usar, por que é difícil, [...] Tu vê igual aquele dia que a gente discutiu na reunião, eles não conseguem mais, eles saem daqui já usando, saem do hospital usando, tem que fazer uma busca ativa deles, tentar fazer eles irem, ter um acompanhamento pra ta acompanhando mais de perto e eles diminuindo o uso, oferecendo atividades, essas coisas (T2).

[...] acho que é trazer uma qualidade de vida, tanto pro usuário, quanto pra familiares, com uma inserção social na comunidade, se conseguir melhor ainda com a inserção dessa pessoa no trabalho, acho que pra mim a missão da rede como um todo, é essa, não vejo especificamente do usuário de álcool e outras drogas, acho que pra alguns usuários de o benefício se pensar em substancias talvez seja a abstinência pra outros talvez não, acho que é aquele plano individual e a qualidade de vida dele, que as vezes a minha qualidade de vida não é a mesma tua, então acho que a rede pra mim como um todo é isso, a gente trabalha pra esse objetivo em comum (C5).

Pois eu acho que é de fato tentar minimizar os problemas sociais, e emocionais que todo esse contexto de uso de álcool e drogas nas famílias gera. Se a gente não conseguir resolver a situação, mas de tentar minimizar pelo menos os danos. Aí já vem o trabalho também da redução de danos que eu acho que é bem importante. Da gente tentar diminuir um pouco esses dados. Claro que o ideal seria diminuir em massa o uso de álcool e outras drogas, a gente sabe que a questão das drogas é um problema social muito sério, mas quando a gente não consegue resolver o todo, pelo menos tentar diminuir os danos que provoca esse consumo exagerado (TI 1).

A redução de danos está articulada às propostas que são preconizadas, atualmente, pela política sobre drogas no Brasil. Considerada uma estratégia para o cuidado, pautada na singularidade, no reconhecimento da diversidade e na oferta diferenciada de cuidado em defesa da vida, em contraponto à abstinência como único caminho. Essa concepção atual da redução de danos passou por muitas transformações, até se constituir, atualmente, em um “método”, um “caminho”, uma estratégia de cuidado para a garantia dos princípios do SUS e da política pública de atenção aos usuários de drogas (BRASIL, 2004).

Outra proposta destacada pelos participantes para o alcance da missão é a conexão entre serviços, pessoas e processos de trabalho, visando à melhoria nos processos de comunicação, uso da mesma linguagem e organização dos fluxos da rede. Nessa perspectiva, compreende-se que a presença dos serviços não garante que o trabalho em rede se efetive porque é necessária a comunicação entre atores envolvidos nesse cuidado. Sem a comunicação, usuários e profissionais correm o risco de ficar “perdidos na rede”: usuários não sabem qual o serviço acessar; e os profissionais não sabem qual o papel dos serviços no trabalho em rede, acarretando, assim, lacunas no processo de cuidado de usuários e famílias:

Eu acho que é a gente tentar trabalhar sempre na função em conjunto em prol do paciente, a gente tentar ver o melhor pra esse paciente não ficar desassistido eu acho, assim, não ficar perdido no caminho; então quando um não puder dar suporte o outro vai dar, e assim a gente trabalha em conjunto. [...] Todo mundo trabalhar em busca desse paciente da melhor forma possível pra que ele nunca fique desassistido, perdido [...] É, porque às vezes tu tem uma rede toda e não tem uma comunicação, não tem nada, e o paciente tá ali no meio. E aí muitas vezes ele não vai nem buscar tratamento, nem buscar nada, porque ele tá perdido ali. E muitas vezes a gente nem sabe quem é quem, pra fazer essa busca também. Então eu acho que é a gente tentar trabalhar interligado pra esse paciente não ficar perdido. [...] A gente precisa de um trabalho em rede, um trabalho em equipe, da opinião e da ajuda de todos [...] a gente não consegue resolver tudo sozinho. Ah, eu vou precisar da ajuda dessa outra pessoa, pra mim poder resolver. Então a gente tem que estar sempre articulados, todos falando a mesma língua, vamos dizer assim (C14).

Eu acho que é uma unificação o uso de uma linguagem semelhante, o uso de uma abordagem mais coesa, mais, cada vez mais conectada entre as pontas, mas a missão no sentido de alcançar, de tocar todas as pessoas, de poder ter uma, de ampliar o cuidado, acho que isso assim (T5).

[...] ter mais organização, seria ter mais organização, às vezes eu noto isso, mas funciona sabe mesmo com todos os empecilhos eu vejo que funciona, [...], mas as vezes tem um desorganização, então acho que a missão seria nós sermos mais organizados. Organização na conexão, por que, assim o que eu venho notando, que os residentes da médica, eles dão alta pros pacientes e não comunicam nós, não estão nos comunicando aqui dentro, então eu acredito que eles não façam nem o contato com o posto [...] (T3).

De acordo com Righi (2010), no trabalho em saúde, cotidianamente se reafirmam identidades e se despreza a potência do encontro. Profissões e segmentos profissionais tentam afirmar-se na condição de portadores do melhor saber para a melhor intervenção. O problema não é, portanto, identidade, até porque identidades singulares e competências distintas são necessárias e justificam o trabalho em rede. O problema é a falta de contato, conexão, de disposição para o encontro com o sujeito, identificado por saberes diferentes, que vê coisas diferentes, e que pode propor intervenções diferentes. É esse o espaço da gestão, onde se situa o desafio do trabalho em rede, para criar arranjos e dispositivos que provoquem contatos e acordos entre os diferentes.

Dessa forma, a produção de redes necessita de uma nova proposta para a composição do trabalho, a qual acontece a partir de novas relações, visando superar a excessiva fragmentação do trabalho e a falta de vínculo, marcas das intervenções no campo da saúde (CAMPOS, 2000).

Além disso, uma das conexões mencionadas refere-se à relação estabelecida entre profissional e usuário, a qual se pauta na construção e na manutenção de vínculo, como uma estratégia para a continuidade do cuidado na rede. No caso do usuário de drogas, um dos profissionais, G3, destaca que muitas “portas se fecham” devido ao preconceito e ao estigma, portanto, as portas da rede precisam estar abertas para acolher, buscando estratégias de vinculação para que o usuário perceba no serviço uma fonte de apoio e auxílio nas necessidades.

Acho que é tu manter o usuário na rede, porque o usuário se perde. Perde não necessariamente o vínculo, mas pela função da dificuldade da doença, que ele não consegue manter, abandona. Acho que a principal dificuldade é manter ele no serviço (G2).

Acho que é o usuário ter nessa rede algum lugar onde ele possa ser atendido. Um lugar onde ele possa se sentir vinculado, onde ele possa acessar quando ele tiver precisando. Porque às vezes ele não tem essa dimensão por 'n' motivos, de não se sentir acolhido, ou não. O usuário ele precisa saber que, se ele for nesses lugares, ele vai ter o atendimento em saúde que ele precisa. Porque nesse cenário do uso de drogas muitas portas se fecham, desde a família, desde o mercado de trabalho, a comunidade, os vizinhos, todo mundo vai ter um preconceito, não vai aceitar. E se o serviço acabar reproduzindo isso, e não for disponível pra isso (G3).

Movimentos que desejam produzir redes também devem conectar-se com os processos de desenvolvimento territorial (SANTOS, 1996). Dessa forma, a conexão referida pelos profissionais também envolve a articulação com o território, visando conhecer os modos de vida, a dinâmica das famílias, as localidades de moradia e as diferentes realidades. Um dos compromissos da rede é conhecer suas famílias por meio da estratégia de saúde da família e buscar fazer o acompanhamento do usuário no território.

[...] Estar conectada, o tempo todo conectada, é o vai e volta o vice e versa, e poder perceber, traçar esse diagnóstico da localidade, de cada um, de perceber isso, daquela localidade, acho que consegui perceber esse conjunto. Esse mapeamento que eu falo acho que é conseguir dar conta disso, conhecendo quem mora ali, que tipo de vida que leva, como que é, a realidade de cada um, tu poder ter essa história pregressa porque isso diz muito do uso. Por que às vezes passa de vô pra pai, de pais pra filho, de filho pra neto, a história familiar eu acho que começa ali na rede, que o começo desse atendimento tem que ser na unidade básica. [...] nós temos condições com unidades completas de fazer esse histórico, acho que hoje o nosso compromisso é esse, nós estarmos aqui, mas aqui ser um atendimento dos casos mais intensivos, que a pessoa possa estar caminhando no seu território com o acompanhamento, que a gente possa conseguir atender num primeiro momento e que possa ter uma devolução para o território, que ele possa andar [...] (T6).

O território não é apenas o local onde estão os serviços de uma rede, são as relações, composições, negociações que produzem os territórios. Sem valorizar o espaço vivido há o risco de segregar, separar equipamentos por área de especialidade e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva teórica, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos (RIGHI, 2010).

Portanto, nessa primeira etapa apresentada foi possível conhecer a missão da RAPS na perspectiva de seus diferentes atores e suas diferentes propostas para o alcance da missão. Em síntese, para alcançar o cuidado integral, como missão da RAPS, foram identificadas sete propostas: 2) ressignificação do cuidado - olhar, além da doença, as potencialidades; 2) prevenção; 3) inserção social por meio do trabalho e da geração de renda; 4) cuidado à família; 5) redução de preconceito e estigma; 6) redução de danos; 7) conexão entre os serviços, pessoas e processos de trabalho. A segunda etapa da descoberta da missão foi levar essas informações brutas ao Fórum Aberto para pactuação e negociação.

Priorização da missão (Fórum Aberto)

Conforme já mencionado, a missão da rede foi priorizada com os gestores no Fórum Aberto. Foi apresentado aos gestores o material advindo das entrevistas semiestruturadas referente à missão da RAPS, visando construir uma missão coletiva, que representasse o propósito unificado da Rede. Os participantes foram convidados a comentar o material apresentado, podendo acrescentar outros aspectos que considerassem importantes e/ou esclarecer questões de interesse. No Quadro 4 consta uma síntese do material sobre a missão apresentado no Fórum Aberto.

Quadro 4- Missão da RAPS no município de São Lourenço do Sul a partir das informações advindas das entrevistas semiestruturadas

MISSÃO DA RAPS: CUIDADO INTEGRAL

- 1) Resignificação do cuidado:** deslocar o foco da doença para as potencialidades, viabilizar a reinserção social por meio das potencialidades.
- 2) Prevenção:** ponto frágil da rede, prevenção com adolescentes, conscientização da sociedade e atuação preventiva nos casos recebidos na rede.
- 3) Inserção social:** inserção no mercado de trabalho, geração de renda; fortalecimento da Lokomotiva enquanto um espaço de geração de renda; geração de renda como via para autonomia e resgate dos projetos de vida.
- 4) Cuidado à família:** prevenção do adoecimento familiar, promoção da saúde da família, melhoria no tratamento do usuário.
- 5) Reduzir preconceito e estigmas:** trabalhar o preconceito do profissional, conscientizar usuários e sociedade.
- 6) Reduzir os danos:** minimizar os danos físicos, sociais, e emocionais, cuidado pautado na singularidade, oferta de estratégias diferenciadas de cuidado, respeito as escolhas.
- 7) Estabelecer conexões:** conectar serviços, pessoas, e processos de trabalho, organização da conexão e linguagem em comum, construção de vínculos com os usuários.

De acordo com os participantes do Fórum Aberto, as diferentes percepções apresentadas sobre a missão estavam interligadas e retratavam o propósito da rede do município, devendo

haver investimento. Entretanto, no sentido de priorizar uma missão coletiva da rede, um dos profissionais expressou que:

Eu fiquei pensando acho que tá muito interligado e tem coisas que estão bem bacanas na nossa RAPS, mas uma coisa que é muito importante pra mim, é trabalhar com as potencialidades ir além da doença, e isso é um exercício diário, dos trabalhadores de saúde mental, por que as vezes a gente tem a tendência de focar no sintoma, no uso de droga e a gente não olha além disso, mas é o que a gente tem como potencial de saúde pra trabalhar com o usuário? [...], prevenção tá faltando prevenção, promoção a saúde e prevenção eu acho que está relacionado com o que eu falei, eu acho vem crescendo o número de usuário no município e a gente não está acreditando mais na prevenção (FA).

No caso do usuário de drogas do município em estudo, a profissional FA destaca que um dos aspectos a serem considerados para a missão é a mudança de foco do cuidado. Atualmente, as ações de cuidado estão muito voltadas para a doença, o sintoma, a substância, sendo necessário redirecionar o olhar e priorizar ações voltadas para o sujeito, as potencialidades dos sujeitos e ir além do tratamento, incluindo também a prevenção enquanto missão da RAPS.

No Fórum Aberto, os gestores também salientaram um aspecto a ser esclarecido em relação a uma das missões na síntese apresentada. Referente à mobilização da sociedade para desmistificar estigmas e preconceitos relacionados ao usuário de drogas, destacaram a necessidade de problematizar o conceito de sociedade, pois se passa a ideia de que a sociedade é algo externo aos serviços, como se os serviços estivessem instalados em locais assépticos, ou seja, não estivessem no mesmo território onde vive a sociedade. No entanto, vale lembrar que a sociedade somos todos nós, inclusive os profissionais da rede de saúde inseridos em outros pontos que não apenas a RAPS.

Pegando o quadro, acho importante quando tu fala a questão da mobilização da sociedade, ali, mas acho eu não só da sociedade como todo mundo, acho que às vezes o entendimento de sociedade é as pessoas que não estão nos serviços, acho que como um todo. [...] de todos os envolvidos, na verdade não só no entendimento na questão do uso e de abuso, mas da saúde mental como um todo, e deixando claro que tudo isso é saúde mental não é um distinção embora sejam subáreas vamos dizer assim, tudo é dentro da discussão da saúde mental como um todo, acho importante marcar bem isso [...] pra romper estigmas (FA).

Os participantes do fórum, além reforçarem e esclarecerem aspectos a respeito da síntese apresentada também solicitaram que outros dois pontos fossem incorporados para o alcance da missão, ambos referentes à manutenção de estratégias e dispositivos já presentes, ou seja, pontos fortes que contribuem para o trabalho na RAPS e, portanto, precisam ser mantidos e fortalecidos. Um deles é a manutenção da rede como um espaço de formação e de educação

permanente, e o outro é a sustentação da RAPS na sua configuração atual de oferta de dispositivos de atenção.

Sobre a manutenção da RAPS como um espaço de formação e educação permanente, os profissionais destacam a exitosa experiência do município em seu campo de formação em serviço, em modalidades de residência profissional:

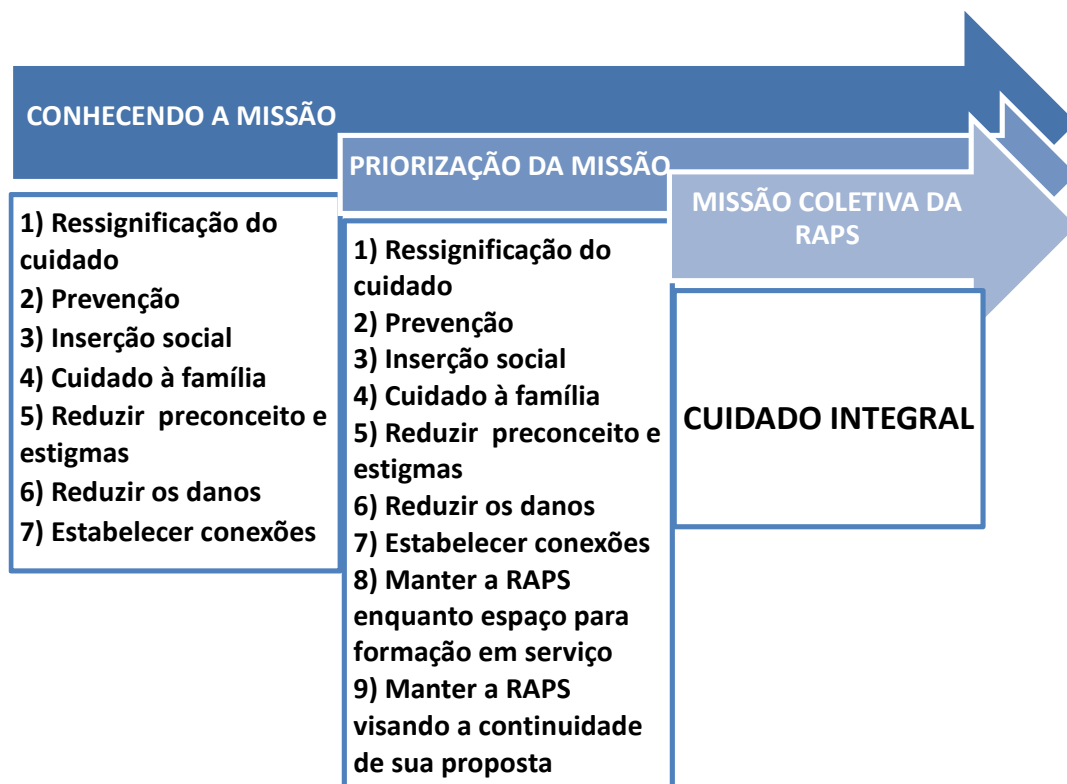
Eu acho que outro elemento importante da missão da RAPS, é a formação, ser um espaço de formação e educação permanente pros trabalhadores, pra todos os profissionais, eu acho que é uma experiência importante que a gente tem aqui, e acho que todas as RAPS deveriam ter um mecanismo de formação do seu como uma missão primordial de organizar a assistência de organizar os dispositivos de cuidado, acho que uma missão pra incluir além daquelas outras ali que já foram colocadas (FA).

O outro ponto destacado pelos gestores se refere à manutenção da RAPS, visando garantir a continuidade da construção de uma proposta de cuidado em liberdade com a participação de diferentes serviços territoriais. Essa preocupação leva em consideração os cortes de verbas que estão ocorrendo na saúde, e também as mudanças políticas na área da saúde mental:

Sabe que tem uma missão da RAPS hoje, é conseguir se sustentar, tem uma coisa que a gente diz no tratamento, na consulta do usuário de drogas, a grande missão da primeira consulta é garantir a segunda. Eu acho que a gente está hoje no país, a questão do SUS, do estado, a nossa grande missão é conseguir manter o que se tem, falando da questão objetiva, não funcional, a gente tem uma missão que é conseguir se sustentar apesar de todas as adversidades que nos surge a cada dia, lembrando que a gente está vivendo uma situação delicada, a questão de cortes, a situação do hospital, que se por acaso nós não conseguirmos manter a crise vai ser muito complicado manter a RAPS. Então isso é um, hoje que eu não sei se por que eu estou com essa preocupação dentro de mim, é conseguir que ela se mantenha como está e poder aí fazer a gente poder fazer ela crescer dentro do que a gente sempre planejou. Hoje mesmo a gente estava percebendo que dia 14 é a votação do novo projeto de saúde mental no ministério da saúde algumas mudanças importantes, onda existe o financiamento de hospitais psiquiátricos e eu sei da luta que foi pra desfinanciar o hospital psiquiátrico pra funcionar uma rede diversa, então eu gostaria de colocar: garantir o que se tem, incluído numa nova missão (FA).

Assim, a partir do consenso, as sete propostas para o alcance na missão da RAPS foram mantidas, acrescidas da inclusão de mais duas: 8) manutenção da RAPS enquanto espaço de formação permanente em serviço; e 9) manutenção da RAPS visando à continuidade de sua proposta de cuidado em liberdade. Na Figura 11, é possível observar o processo de construção da missão coletiva da RAPS:

Figura 11 - Síntese do processo de construção da missão.



Fonte: Santos, E.O, 2019.

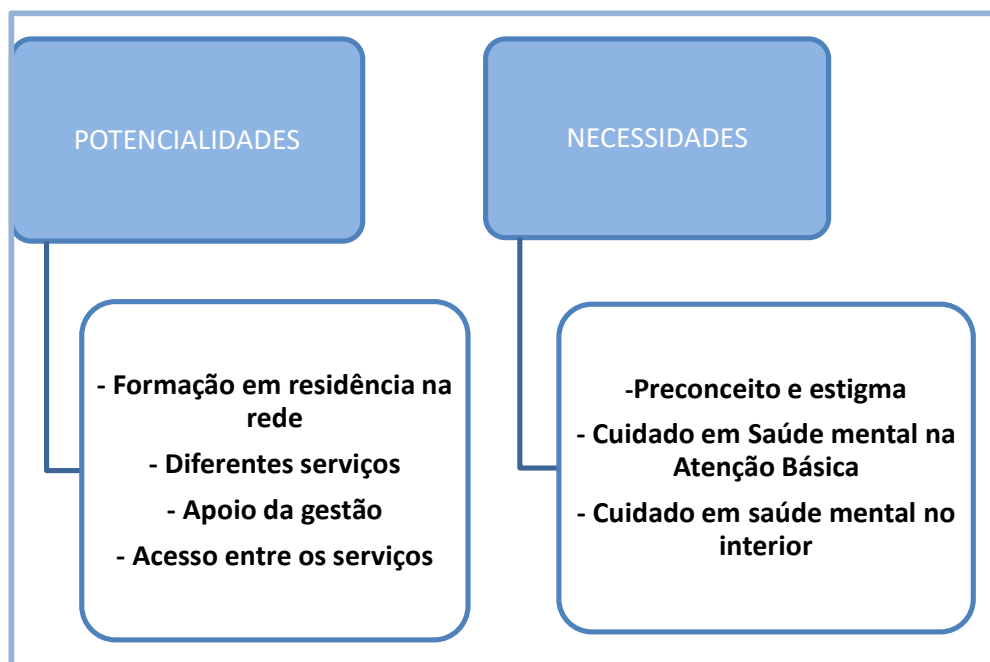
8 CONHECENDO A SITUAÇÃO ATUAL – AVALIANDO A RAPS

Neste capítulo apresento a situação atual da RAPS no município, com foco na avaliação das práticas de articulação da rede. Serão analisadas as práticas que contribuem para o cuidado em rede na perspectiva do cuidado integral e também as práticas consideradas frágeis que necessitam de melhorias.

Alguns estudos já apresentam o modo de operar das RAPS, as potencialidades de suas ações integradas e as necessidades do trabalho, demonstrando as peculiaridades da implementação dessa proposta nos diferentes cenários brasileiros, como os estudos de Costa (2017), Macedo (2017), Zenardo, Bianchessi e Rocha (2018), Nóbrega, Silva, Sena (2017) e Pinho, et al., (2017).

Assim, na RAPS de São Lourenço do Sul, os participantes elencaram estratégias e/ou práticas já desenvolvidas no município que têm contribuído para o cuidado em rede no âmbito do cuidado integral, e também as necessidades do trabalho, ou seja, estratégias e/ou ações que precisam de melhorias. Na figura 12 é possível observar as práticas consideradas potencialidades e necessidades do trabalho que serão, a seguir, analisadas.

Figura 12 - Potencialidades e necessidades no trabalho em Rede



8.1 Potencialidades do trabalho: aspectos que facilitam o trabalho em rede

8.1.1 A formação em Residência na RAPS: “quando tu tens uma pessoa pra te cutucar, tu acaba te policiando mais e observando mais as demandas”

A rede de São Lourenço do Sul é campo da residência na área da psiquiatria e da residência multiprofissional, com residentes da educação física, enfermagem, psicologia, artes e terapia ocupacional. Os residentes estão inseridos nos diferentes serviços da RAPS, como atenção básica da zona urbana, hospital geral, e os CAPS, participando das atividades do serviço sob a supervisão de preceptores.

Como uma das estratégias do processo formativo, em São Lourenço do Sul os residentes são estimulados a se inserirem nos diferentes serviços da RAPS, e também a desenvolver o trabalho em rede, articulando os diferentes recursos, independente do serviço que estejam inseridos. A presença dos residentes nos serviços “cutuca as equipes”, “provoca”, como uma forma de estímulo para reflexão sobre o processo de trabalho e desenvolvimento de articulações.

[...] eu acho que a residência também, tá sempre provocando esse processo de reflexão, os preceptores têm que estudar, tem que buscar novos temas, e isso pode ajudar a cumprir essa missão. A residência ela tá bem articulada com a RAPS como um todo, porque eles passam por vários campos, vários serviços. E eles têm uma visão legal de rede, eles já vêm com uma bagagem legal de rede, é interessante, eles vêm numa expectativa, no início da residência, de poder exercitar esse uso da RAPS. São Lourenço do Sul tem uma rede, uma RAPS, bem constituída, com várias frentes. Então eles acabam se articulando bem nesses espaços, assim. E há um incentivo que eles possam, mesmo estando num determinado ponto da RAPS, seja num CAPS, seja na Atenção Básica, seja num hospital, que eles possam, por ser um profissional em formação, e ter uma certa capacidade de circular melhor nesses espaços, pelas obrigações deles que são diferentes de um trabalhador tradicional, que eles circulem na rede municipal, que não se prendam somente naquela demanda diária do serviço. Posso fazer rede, posso fazer articulação... trocar com os serviços, e discutir casos em conjunto. Há essa disposição, e essa orientação, pra que eles façam isso (G3)

[...] Olha, eu acho que a residência ajudou muito, esse contato, nas equipes que a residência está, que não são todas, acho que isso ajudou muito. É como eu te digo, quando tu tem uma pessoa pra te cutucar, tu acaba te policiando mais e observando mais as demandas (T9).

Esse aspecto citado pelos profissionais foi observado durante a pesquisa, em que a participação dos residentes, em muitos espaços, problematizava o processo de trabalho das equipes e a necessidade de articulação entre os serviços. Nesse sentido, a residência trazia contribuições para a reflexão das equipes, em meio à disponibilidade da rede de acolher e

valorizar a formação em serviço, o que revela o compromisso sanitário na multiplicação de trabalhadores voltados para o SUS:

Profissional fala que as vezes não vai nas reuniões da ESF na qual é referência, e que mesmo ela não indo muitas coisas são passadas pelo telefone depois. Residentes reforçam que o repasse de informação pelo telefone tem uma configuração diferente das reuniões de matriciamento. O matriciamento gera uma nova construção, cada um traz sua percepção e são pactuados os encaminhamentos do caso, também é um espaço de aprendizagem, é um espaço pedagógico. Por telefone, é um mais um repasse de informação, é diferente. Outro residente complementa dizendo que muitas vezes só se envolve em determinados casos, principalmente nos mais delicados, porque tem o suporte no matriciamento, porque se não tivesse talvez não se envolveria, deixaria passar, por não ter suporte (DC).

Outro assunto de pauta é a necessidade de melhor articulação entre o hospital geral e o CAPS. Profissional ressalta que: seria interessante retomar a oficina que o CAPS fazia no hospital geral. A oficina tinha por objetivo explicar sobre o funcionamento do CAPS, sua proposta e também a vinculação com o usuário. Profissional diz que não adianta ir lá e falar o que é o CAPS e o endereço, é preciso construir um vínculo com a pessoa para que depois ela já tenha alguma referência quando chegar no CAPS. Residente reitera o quanto essa articulação também desmistifica sobre o CAPS, pois para muitos usuários esse serviço ainda é visto como um lugar para louco e relata que pretende retomar essa articulação através do seu plano de ação da residência. Profissional ressalta que, apesar de reconhecerem a importância dessa oficina ainda não é consenso entre os serviços se essa oficina deve ser realizada pelos profissionais do CAPS AD, do hospital, como será a continuidade após o projeto? (DC).

A integração da rede também é observada quando os residentes desenvolvem estratégias de educação permanente que articulam os diferentes serviços, possibilitando uma visão ampliada do cuidado aos usuários de drogas na rede.

[...] esse contato que hoje a gente tem com os demais serviços que compõem a rede e através da educação permanente, em que seguido nas nossas próprias reuniões em que a gente faz quando tem por exemplo algum residente, ou da multi, ou da residência em psiquiatria, traz algum assunto relacionado ao cuidado do usuário em álcool e outras drogas, e a gente vê por exemplo a presença de profissionais, dos outros serviços, [...] hoje dá pra dizer que é o que tem facilitado, por que hoje já assimilou mais a ideia da política de redução de danos, de não se estigmatizar o usuário, um olhar mais ampliado ao usuário de substâncias, ao acolhimento desse usuário, não simplesmente encaminhar ao serviço especializado atendê-lo no seu território (T1).

Durante a observação de campo pude acompanhar alguns desses momentos de educação permanente proporcionados pela residência nas reuniões de equipe do CAPS AD. Uma dessas atividades foi parte de um projeto de intervenção de um dos residentes da psiquiatria e teve a participação do hospital, do CAPS AD e do CAPS infantil, cujo tema foi “cuidando do cuidador”.

O tema previamente proposto na educação permanente partiu de uma necessidade dos trabalhadores, devido ao aumento do número de atestados em decorrência de possíveis doenças psicossomáticas, algo que estava chamando a atenção da equipe. Percebe-se que esse espaço de educação permanente, ao integrar a rede, fortaleceu a compreensão das dificuldades do trabalho em saúde mental enfrentadas pelas diferentes equipes, como a sensação de incapacidade frente a complexidade dos casos, a sensação de não cumprir as funções burocráticas, clínicas e de articulação exigidas pelo trabalho, a fragilidades no diálogo, a necessidade de olhar e cuidar do colega e de si, promover espaços de diálogos entre equipe compartilhando problemas, casos, sentimentos e anseios. Dessa forma, percebi que educação permanente promovida pela residência com os diferentes serviços possibilitou uma melhor compreensão dos problemas que afetam as equipes na área de álcool e drogas e também uma outra forma de integração, pois os profissionais estão mais “acostumados” a se reunir pra discutir casos, resolver situações, planejar ações, estavam tendo um momento de escuta e valorização do seu cuidado (DC).

Assim, é possível perceber que a presença da residência é uma estratégia que facilita o cuidado em rede, pois os residentes estimulam as equipes ao envolvimento e responsabilização nas articulações, por meio reflexão sobre a rede, dos casos acompanhados, e projetos de intervenção e educação permanente. Ao mesmo tempo, os residentes também são motivados a buscar, nos dispositivos da rede, formas para o desenvolvimento articulado de suas práticas em formação. Assim, o processo de interação entre profissionais e residência amplia as possibilidades de efetivar o cuidado em rede, em que ambos buscam corresponder às necessidades e exigências do trabalho.

Estudo realizado por Wetzell et al., (2018) demonstra que as Residências Multiprofissionais trazem, aos serviços, a possibilidade de construção de outros modos de olhar e de outras posturas éticas dos trabalhadores, consoante aos princípios do SUS e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O encontro trabalhador-residente se mostra potente para enunciar processos instituintes de mudança no trabalho em Saúde Mental do serviço, constituindo-se a partir do compartilhamento e trocas de saberes entre os trabalhadores, essenciais para a produção de cuidado em Saúde Mental, para o avanço da Reforma Psiquiátrica e para a reorientação da formação e do modelo de atenção à saúde.

As equipes, ao assumirem o compromisso de proporcionar campos formativos, preocupam-se em se atualizar e buscar, nas políticas de saúde, as normas preconizadas para nortear o trabalho, visando uma formação qualificada nos diferentes aspectos do cuidado, desde a avaliação clínica, e também a organização do trabalho em rede. Com a residência no município também se observa a qualificação da rede em seu aspecto estrutural de recursos humanos para o trabalho. Os residentes, apesar de terem funções diferentes do trabalhador, assumem responsabilidades do cuidado junto às equipes e participam do processo de trabalho, seja no atendimento clínico, visitas, oficinas terapêuticas, reuniões de equipe:

[...] hoje, com todo esse processo que a nossa RAPS tem, de ensino e pesquisa, isso nos ajuda porque a gente tem recursos humanos. Porque o ensino nos proporciona também nós termos recursos humanos no cuidado. A residência nos dá uma obrigação de nós mantermos um ensino qualificado dentro daquilo que a gente acredita. Aonde a gente possa formar pessoas capazes de cuidarem bem. E cuidar bem, é com todas as instâncias. Desde a clínica, uma clínica bem feita [...] e também tenha essa formatação de nós estarmos no território (G1).

O estudo de Cheade et al., (2013) demonstra que o processo formativo da residência, ao buscar desenvolver a clínica ampliada, assistência multiprofissional e implementação de projetos terapêuticos, tem explorado novos horizontes da integralidade, preenchendo algumas lacunas dos processos de produção de saúde local. Embora o processo possua falhas, a maneira como estão estruturadas as residências tem possibilitado maior capacidade de atender os princípios de resolutividade do SUS, demonstrando que esses processos devem continuar sendo incentivados e fortalecidos.

Atualmente, a inserção da residência nos espaços da Rede local ocorre de forma integrada, mas nem sempre foi dessa forma. A lacuna nesse processo é mais bem contada por uma das profissionais em um encontro que reuniu residentes de Porto Alegre, São Lourenço do Sul, profissionais dos serviços da rede São Lourenço do Sul e eu, como pesquisadora. Esse encontro foi uma roda de debate, após os residentes da Escola de Saúde Pública serem recebidos nos serviços de São Lourenço do Sul, permitindo-lhes conhecer um pouco sobre a rede. Nesse espaço, um dos residentes da ESP questionou:

[...] por que em São Lourenço do Sul as coisas funcionam? Essa receptividade que os residentes têm no serviço, a gente não vê isso em outro lugar. Em Porto Alegre temos bastante dificuldade de nos integrar às equipes dos serviços, parece que aqui os residentes são ouvidos em seus locais de atuação. Lá acabamos sendo atropelados, cada um trabalha na sua caixinha. Propomos várias ações para os serviços e não somos bem aceitos, eu quero vim pra São Lourenço do Sul (DC).

Então, os profissionais presentes do CAPS AD relataram que esse processo de integração profissionais-residência foi construído mesmo diante dos conflitos presentes nessa relação. Isso aparece no relato de C1:

Quase adoecemos, “eu mesmo quase fui parar num psiquiatra”, por que a residência não conseguia se comunicar com a equipe, não tinham sensibilidade com o trabalhador. E a gente também tinha dificuldade de compreender a percepção dos residentes, por que nossa intenção era fazer o certo, pensávamos estar fazendo o certo, queríamos fazer o certo, então tínhamos dificuldade de lidar com uma percepção diferente. [...] Mesmo diante de muitas dificuldades não desistimos, e hoje a gente vê a residência de outra forma, a gente vê o quanto foi importante, trouxeram muitas coisas positivas para o serviço, também estamos mais maduros para esse processo, foi algo construído que não é de agora (C1).

Dessa forma, percebe-se que a relação entre profissionais-residência, apesar dos desafios enfrentados, pode ser construída e se estabelecer como um espaço de mediação essencial para a construção de práticas de cuidado em saúde mental. Mesmo em momentos em que essa relação pareça balançar ou fragilizar o processo de trabalho, é preciso reinventar formas de se relacionar e dialogar.

Essas estratégias podem auxiliar para que o conflito não leve à cisão entre os profissionais e a residência, o que, em seus reflexos, representa a hegemonia do modelo cartesiano que tende a separar as possibilidades de integração, e fortalecer a dicotomia ainda muito presente entre o interprofissional e o uniprofissional, a formação e o serviço, a teoria e a prática, além da evidente fragmentação da dimensão clínica e política, as quais envolvem o trabalho em saúde (WETZEL et al., 2018).

Diante do exposto, observo que, no contexto do estudo, o processo de formação em residência na RAPS é uma estratégia sensível e que tem contribuído para superar a fragmentação do cuidado, com a construção de novas formas de envolver e articular os profissionais. Essa realidade, única em São Lourenço do Sul, traduz perspectivas inovadoras e alinhadas às premissas da atenção psicossocial e do trabalho para o SUS.

8.1.2 Estrutura de diferentes serviços na RAPS: “tu consegue dispor para o usuário um leque bem grande”

A estrutura da rede local em sua composição de diferentes dispositivos de cuidado também é identificada como um dos aspectos que facilitam o cuidado em rede na atenção os usuários de drogas, uma vez que o usuário tem possibilidades de ser cuidado em suas diferentes necessidades. É uma rede considerada bem estruturada, em termos de composição de serviços.

Nessa composição destacam: estratégias de saúde da família com cobertura quase total da população (99% de cobertura); serviços especializados de cuidado no território, como internação no hospital geral, CAPS AD III, acompanhamento com a redução de danos, inserção em atividades de geração de renda pela Lokomotiva; CAPS infantil, CAPS I, assistência social, escola, entre outros:

Acho que a própria rede já é um potencial de tu ter todos os serviços, acho que tu consegue dispor para o usuário um leque bem grande, olha tu está disposto a passar por um período de internação no hospital pra desintoxicação tu tem, tu quer fazer um tratamento dentro do CAPS ad então que tem menos restrições que uma internação tu tem, que é o CAPS 24horas, enfim tu tem muitas opções de cuidado assim, e por ser tudo muito próximo então tu consegue fazer as visitas domiciliares, assim, acho

que isso são loureço consegue, essa rede consegue dispor muito, e facilita, porque facilita o cuidado, é próximo (C3).

[FACILIDADE] Muitos serviços, todos os serviços disponíveis, um município pequeno como esse ter CAPS infantil, ter CAPS ad, ter todos os serviços, (TI 4).

[...] eu acredito que o município em ter essa estrutura já, ter buscando, [...], não havia o CRAS, o CAPS infantil, o CAPS ad, agora o município foi buscando, eu acho que o que facilita é essa estrutura, é essa estrutura que o município buscou, foi buscando aos poucos porque agora tem o CRAS, tem o redução de danos, tem CAPS, tem e postos em todos os bairros e no interior também, no interior esse serviço se estende obviamente, que o nosso interior é muito maior do que a cede., e é estendido tanto ao pessoa do interior. Eu acredito que o que facilita a cumprir a missão é essa busca por todos, que tem que ter, tinha que ter CRAS, já tem, [...] [...] mas a gente vai na capacitação de conselho tutelar, e as pessoas que são mais experientes que estão agora fazendo essas capacitações, [...] que já passaram muito, que já tem bastante vivência e convivência e bastante conhecimento de órgãos como o CRAS e CREAS, eles perguntam sempre “no teu município, o município de vocês tem isso, tem CRAS tem CREAS, o município tem CAPSi, e as veze não tem, muitos município que não tem, então tu fica avaliando assim como o município está bem porque buscou essa estrutura, e como eu disse nunca vai nada vai ser 100 por cento, nunca vai se chegar a isso, que sempre quando tu mais tu vai colocando mais qualidade mais vai querendo, então acho que é isso, acho que a estrutura é que possibilita cumprir a missão, a estrutura geral, tanto física como de profissionais, as pessoas, a própria administração que tem que ter todo o aparato desde transporte veículo, tudo motorista, tem que ter tudo, e eu acho que isso que vai facilitar cumprirem a missão (TI 5).

Acho que essa rede bem estruturada, um município tão pequeno tem três CAPS, tem o hospital com ala psiquiátrica, acho que toda essa estrutura, a questão de ter bastante unidade básica de saúde, de ter praticamente estratégia de saúde da família quase todo o município acho que toda essa estrutura faz com que se chegue nesse objetivo e os demais serviços todos também que compõem essa rede (TI 2).

Eu acho que são esses órgãos o CAPS, o CREAS, o CRAS, as secretarias, a assistência social, a nossa secretaria o nosso olhar para a escola, então eu acho que é um conjunto que a gente espera um benefício (TI 7).

[...] os CAPS, que fazem um trabalho super importante. Eu acho o trabalho da nossa Santa Casa voltado à saúde mental bem legal também, e o trabalho da Lokomotiva fantástico, os guris da Redução Show[...]. Trabalhamos com os agentes de saúde que focam nisso, também quando percebem, quando se é solicitado atendimento, eles dão orientação, da parte da orientação [...] (C11).

Acho que assim, pro tamanho da cidade, pro número de habitantes, a gente tem bastante dispositivos, a gente tem várias ferramentas, estratégias saúde da família, são 3 CAPS, tem hospital, tem uma rede grande pra pedir ajuda, e acho que isso é muito legal. A gente precisa talvez qualificar o pessoal, a mão-de-obra mesmo, pra que... Se a gente se unir, a gente consegue cuidar de todo mundo. E eu acho que isso é um ponto positivo, assim, as estratégias e o número de dispositivos que têm (T10).

Sabe-se que o trabalho em rede não se configura apenas pela estrutura de serviços, mas especialmente com a integração dos pontos de atenção, ou pela “união” conforme destaca uma das profissionais. No entanto, a estruturação de serviços, conforme aqui é apresentada, contribui para pensar a qualificação do cuidado em rede, por meio ampliação do acesso do usuário a

diferentes possibilidades de cuidado em rede que possam responder as suas necessidades, bem como auxiliar na adesão ao tratamento.

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 (MENDES, 2011).

Percebe-se que a estrutura de rede destacada pelos profissionais é de uma rede comunitária, com integração a saúde, assistência social, educação e geração de renda, ou seja, “tem uma rede grande pra pedir ajuda”, considerando também que o fato de ser um município pequeno favorece a conexão entre esses dispositivos.

Amarante e Nunes (2018), em uma análise da construção dos serviços substitutivos na atenção psicossocial até a configuração do que hoje se denomina RAPS, destaca a necessidade de reconhecer os avanços ocorridos com a Reforma Psiquiátrica, entre eles a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Além disso, os investimentos em serviços de atenção psicossocial, especialmente em CAPS, podem ser demonstrados a partir dos gastos com a atenção hospitalar, que caiu de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que, revertendo a política, os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período.

O autor também destaca que, apesar da importância da RAPS e da organização articulada da rede que ela instituiu, para as atividades de cultura e trabalho e geração de renda não foram definidos recursos orçamentários, revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser melhor utilizadas. Na perspectiva do autor, a partir de 2015, vem se observando uma mudança de cenário, com início de um processo que pode resgatar o modelo manicomial e a desmontagem do que foi construído ao longo de décadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE; NUNES 2018).

Assim, considera-se que deve haver um investimento na estrutura de serviços comunitários da rede, atenção básica (ESF, Redução de danos), CAPS, leitos especializados em hospital geral, iniciativas de geração de renda, serviços da assistência social, enfim um “leque de possibilidades” no território, uma vez que essa estratégia tem se mostrado importante para o cuidado em rede na área da atenção aos usuários de drogas.

Além disso, no estudo de Ribeiro et al., (2016), é possível perceber que o desempenho das políticas de saúde mental é fortemente dependente da estrutura e da qualidade dos serviços do SUS. Segundo o autor, o sistema público de saúde enfrenta restrições em termos de um financiamento adequado e o aumento de gastos enfrenta limites de caráter fiscal e macroeconômico. Este conjunto de circunstâncias obriga às lideranças setoriais comprometidas com os princípios da reforma psiquiátrica a investir em inovações e no aproveitamento ao máximo das instalações disponíveis, de forma a evitar que estratégias de internações prolongadas ou compulsórias, além do abandono das famílias à própria sorte, configurem um padrão dominante no quadro político.

Nesse sentido, a estruturação das redes, não garante a efetivação do trabalho, mas sustentam os pontos para que haja essas articulações, devendo se investir em estratégias de ligação entre eles, que possam aproximá-los entre si e com as necessidades dos usuários. Assim, busca-se uma proposta de construção de redes, que não esteja restrita aos aspectos estruturais, mas possa ser uma das vias de inclusão e melhoria contínua das articulações na busca de um cuidado universal, integral por meio do trabalho em rede.

8.1.3 Apoio da gestão: “Foi muito tempo de investimento e hoje a gente está colhendo”

O apoio da gestão é destacado pelos profissionais como um dos aspectos que facilita o trabalho em rede no município. O apoio da gestão, da forma como é apresentado, não remete apenas ao momento atual, mas ao apoio ao longo da história do cuidado em saúde mental no município e que reflete nas atuais práticas de cuidado em rede.

São Lourenço do Sul é conhecida por suas práticas de valorização do cuidado em saúde mental ao longo de aproximadamente 30 anos, por meio de propostas que se aproximaram dos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica, de substituição de um tratamento que tinha quase que exclusivamente a opção de um sistema asilar e excludente para a construção de práticas comunitárias de um tratamento em liberdade.

No que se refere à construção do trabalho em rede, a saúde mental sempre foi tema incluído com prioridade, sendo pauta importante nos debates e em eventos estratégicos promovidos pelo município, como o Mental Tchê. Dessa forma, os trabalhadores consideram que a saúde mental é uma política integrada à rede, reconhecida e valorizada no âmbito do cuidado em saúde.

Bom, eu acho que uma das primeiras facilidades é que São Lourenço do Sul tem uma história de saúde mental de muitos anos. Então é diferente de tipo assim, um processo que tivesse iniciado há pouco tempo. Então há um entendimento da gestão de que saúde mental faz parte da rede de saúde, que não é a realidade de outros municípios, assim. Então há uma certa prioridade junto com a Atenção Básica, junto com a média complexidade, ela não é uma política à parte. Trabalhadores, também, que conhecem a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, que conhecem as políticas públicas, que em algum momento tiveram acesso à política da redução de danos, e a outras políticas de cuidado em liberdade. Vamos botar o Mental Tchê, vamos botar em seminários de formação, sempre foi colocado essa questão (G3).

[...] Eu acho que a, não vou chamar de tradição, a história. Eu acho que facilita. [...] Eu acho que a comunidade... Por exemplo, esse ano eu acho que já fui umas três vezes na Câmara de Vereadores falar de algum assunto relativo à saúde mental. Três, quatro: foi duas do relatório de gestão, uma sobre suicídio e outra sobre o SAMU Mental. Foi tranquilo. Foi tranquilo por que? Porque todos os vereadores ali, em algum momento, já lidaram com essa questão da legislação, da nossa história de cuidado, as pessoas admiram o serviço, a gente tem uma boa de uma entrada, também, dentro da comunidade, é um serviço reconhecido, a nossa história. [...] Eu acho que isso é facilitador. O fato de tu estares aqui fazendo uma pesquisa, um trabalho de tese, de doutorado, isso pra nós é bom. [...] Tu pode até achar coisas que não sejam adequadas e contribuir pra gente corrigir. Mas tu não tá aqui se não fosse porque tem uma história (G1).

[...] eu vejo assim que a saúde mental aqui no município, eu sinto assim que a gente está sempre um pouquinho na frente, por que eu noto assim, na outra especialização que eu faço as colegas trazem dificuldades que já foi a nossa um dia, e coisas que a gente não tem mais (C5).

De acordo com os depoimentos acima, também é possível perceber que muitos profissionais inseridos na RAPS participaram da construção do cuidado em saúde mental no município, tendo contato com o movimento político da Reforma Psiquiátrica desde suas concepções iniciais, vivenciando as conquistas e os desafios desse movimento. Durante a observação de campo, percebi que alguns desses profissionais estão inseridos nos serviços especializados e cargos de gestão, e em muitos momentos de encontro entre a rede e esses profissionais foi possível resgatar a história da construção do cuidado em liberdade e as “práticas criativas e inventivas” do município.

Pode-se dizer que, no município, a sensibilização para a saúde mental presente na caminhada da atenção à saúde local contribui para que o assunto do cuidado nessa área seja colocado em pauta com maior abertura dos profissionais e facilitar o trabalho em rede. Além disso, os investimentos realizados pelo município, ao longo do tempo, na área da saúde mental refletem-se no cuidado que atualmente é ofertado, com melhorias de estrutura, qualificação das equipes, e “amadurecimento” dos serviços na compreensão de seus papéis na rede:

[...] o investimento que o município faz em treinamentos, cursos fora do município,, na área daquele profissional, a infraestrutura dos serviços; todos os postos foram reformados até o ano passado, então a gente trabalha num ambiente melhor, equipes grandes, profissionais coesos, com o mesmo discurso, foi muito tempo de investimento

e hoje a gente tá colhendo o que não dá pra achar que está tudo pronto por que nós temos muitas coisas a serem melhoradas na rede (C1).

Eu acho que mais do que encontros, do que reuniões, fiquei pensando nisso assim, eu acho que quando se tem os espaços definidos e cada um sabe bem qual sua função, fica mais fácil de haver as articulações, de saber até onde eu vou, onde tu pode ir, o que que a gente troca, o que que tu me ajuda sabe, e acho que pelo amadurecimento dos serviços, como um, como unidades isso, isso facilita, facilita, toda essa, a organização dessa articulação, como uma forma de, de traçar rotas, ou de pensar como vai se fazer essas trocas assim, eu penso que isso é o principal facilitador (T5).

Entre as práticas de gestão que facilitam a integração da rede, os entrevistados mencionam a “porta aberta” da gestão municipal para os trabalhadores da rede; o incentivo à integração; a inclusão dos serviços nos processos de articulação da rede; a busca pela resolução dos problemas apresentados, e a prioridade de atividades voltadas para a saúde mental na rede de saúde, entre os quais os eventos na área.

[...] eu acho que nós temos uma abertura muito grande com a gestão, com a secretária da saúde, sempre tentando resolver, e articular de alguma forma que a gente não fique, que não seja uma unidade isolada do restante do serviço, [...] e o apoio da gestão, que a gente tem um apoio muito bom (C13).

[...] É a questão da gestão, e dos próprios profissionais, que essa é uma região que seja um trabalho que seja de continuidade, e que a gente consiga ser resolutivo, e consiga resolver, consiga encaminhar, o paciente não ficar de um lado pro outro. A gente tem um apoio da gestão, eles querem melhorar, eles querem que cada vez seja melhor, eles vêm e sabem que tem. [...] Daí eu acho que é mais ou menos isso, assim, que a gente tenta fazer o possível, o trabalho em conjunto (C15).

Eu acho que São Lourenço o Sul tem um diferencial, assim, em relação à saúde mental, ao usuário de drogas, porque tudo que se faz, se faz voltado pra esse tipo de problema, sempre. Se tem esses encontros, que nem agora teve o SAMU Mental, que foi debatido todo, muitos assuntos assim, relacionados (C14).

Dessa forma, o desenvolvimento de estratégias de gestão para integração dos serviços parece ser fundamental para as amarrações entre a rede, promovendo também a sensação de pertencimento à RAPS e de escuta das necessidades do trabalho em rede.

Em seu estudo, Pinho et al., (2017) discorre sobre a falta de articulação da rede e a fragmentação do cuidado que representam um problema de gestão, e de monitoramento/avaliação do processo. Entre as estratégias incentivadas, repensando uma gestão do cuidado e do sistema, os autores propõem práticas de gestão que incluam os protagonistas nessa relação, como o matriciamento, o fórum intersetorial e as atividades de educação permanente.

Na rede de São Lourenço do Sul também foi possível observar que o apoio da gestão ao trabalho em rede é uma estratégia para superar os problemas decorrentes da crise que afeta o município, sendo uma via para otimizar os recursos humanos materiais e qualificar o trabalho.

Sim, acho que o que facilita isso, é a proposta de gestão, uma das agendas prioritárias da gestão e do atual prefeito, secretários, é o trabalho intersetorial, isso lógico é uma proposta pra se pensar e foi criado pra se pensar a situação de crise do município, a crise financeira, a crise de gestão, a crise de articulação. Nessa caminhada desse pensar isso, e de fazer o diagnóstico dos serviços, uma das questões levantadas, foi isso de cada um trabalhava muito voltado para o seu setor, para o seu serviço, e não tinha articulação entre os serviços. Então, foi uma das propostas, assim dos pedidos da gestão atual, que se trabalhasse de forma intersetorial, articulada, então tem vários programas hoje que são desenvolvidos de forma articulada, com as secretarias já, desde a gestão do programa até a execução na ponta... Então, acho que isso sim, e a gente é cobrado sempre pra trabalhar de forma articulada, e isso tem trazido pontos importantes, porque isso também facilita o gerenciamento dos recursos, dos recursos humanos, dos recursos materiais, e acho que isso a comunidade só tem a ganhar nesse sentido, dessa proposta de se trabalhar de forma, de forma intersecretarias (TI 1).

Percebo que a complexidade que envolve os problemas sociais e econômicos vivenciados pelos municípios exige, dos gestores, estratégias de práticas articuladas entre os setores, visando à eficiência dos recursos e à qualificação das ações.

De modo geral, as redes têm sido apontadas como respostas a uma pluralidade de problemas, sejam estruturais ou relacionais, referentes à concretização de ações, projetos e políticas públicas. Contudo, ao mesmo tempo em que a rede é considerada uma forma ideal de organização dos serviços e ações em álcool e drogas, inúmeros problemas surgem em sua concretização, entre os quais a própria compreensão do trabalho (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

O trabalho em rede intersetorial, conforme é destacado pelos participantes, envolve “desde a gestão do programa até a execução na ponta”, fazendo refletir que a articulação deve ir além do compartilhamento de informações, em um processo de articulação dos setores para o planejamento das ações, organização dos recursos, estratégias e ação. Assim, o apoio da gestão deve investir e viabilizar formas de articulação que viabilizem o desenvolvimento em todas as etapas desse processo.

No estudo de Silva (2010) é possível perceber que a organização do sistema em rede tem sido considerada um importante fator de racionalização dos gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser bem aproveitados, desde que sejam aperfeiçoados mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso aos usuários aos diferentes serviços, além do bom aproveitamento da capacidade instalada dos serviços e a ampliação da gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial.

Na área de álcool e drogas, o trabalho em rede intersetorial perpassa a necessidade de uma visão multifacetada dos problemas que envolvem o uso de drogas; o reconhecimento da política setorial fracassada e excludente que promoveu efeitos sobre os usuários, afastando-os

das ações sociais de saúde e o desenvolvimento de práticas intersetoriais, visando à garantia dos direitos dos usuários, inclusão social e redução do estigma (LAPORT; JUNQUEIRA, 2015).

Apesar do reconhecimento dos diferentes fatores que influenciam o trabalho em rede na área, Dimenstein et al., (2015) destacam que, nos últimos anos, o debate sobre a descentralização e regionalização na saúde mental, acompanhando o debate nacional na saúde pública, ganhou força com o propósito de fortalecer a participação dos municípios na construção de uma rede integral de serviços, priorizando ações territoriais e de base comunitária. Nesse sentido, se destaca a importância do apoio dos gestores locais nesse processo de construção de redes.

Conforme os achados do presente estudo, o apoio da gestão local é identificado como uma prática facilitadora para o trabalho em rede, propiciando uma costura entre os pontos por meio do fortalecimento de práticas de cuidado no território; priorização desse cuidado junto à rede, e também o fortalecimento do trabalho em rede em sua configuração intersetorial, visando otimizar os recursos e qualificar as práticas.

Dessa forma, urge que os processos de gestão municipal invistam cada vez mais no trabalho em rede, buscando, junto aos entes estaduais e federativos, novos e diferentes recursos e a sua manutenção. O debate da descentralização e regionalização na saúde mental ainda precisa ser fortalecido, aprofundando a discussão sobre a organização de recursos financeiros permanentes e de incentivo, e também o investimento na rede de serviços comunitária, visando à sustentação da RAPS, voltada à integralidade, universalidade e equidade no cuidado em rede. Esse aspecto poderá fortalecer o apoio do município na gestão de suas RAPS.

Além disso, a gestão em rede, ao incorporar a ideia de integração e território, deve considerar o saber, a participação e a ação dos usuários na gestão de redes, de forma que possam assumir um papel ativo nesse processo, colaborando na identificação dos problemas e soluções. Assim, considero que a participação dos usuários deve ser parte dessa costura entre profissionais, o território e as necessidades, de modo que esses atores não sejam meros receptores das práticas de gestão, ou mesmo pontos isolados, externos à rede. É com essa perspectiva que o município também serve de exemplo para processos inovadores em outras realidades, como laboratório vivo e promotor de práticas atreladas às premissas reformadoras na saúde mental.

8.1.4 Acesso entre serviços

O acesso aos serviços da RAPS também é apresentado com um dos aspectos que facilitam o cuidado em rede na área da atenção aos usuários de drogas. A dimensão do acesso apresentada pelos participantes se refere ao acesso aos e entre os serviços, quando os profissionais buscam acessar outro serviço da RAPS visando à continuidade da assistência na rede e/ou resolutividade de alguma situação, o planejamento de ações conjuntas e a construção de um cuidado compartilhado.

A dimensão do acesso na perspectiva dos “usuários e serviços de saúde” já é tema bem conhecido na área, e apesar de seu conceito apresentar diferentes significados, vem sendo utilizado para se referir à capacidade de produzir cuidado e responder à necessidade de saúde de determinada população (DONABEDIAN, 2003).

No entanto, o acesso aqui apresentado refere-se à relação entre serviços, equipes, e profissionais, ou seja, uma dimensão ainda pouco conhecida, pois se refere às facilidades e às dificuldades dos profissionais ao acessar os pontos da rede. Trata-se da possibilidade de se conectar de um ponto a outro para produzir o cuidado, considerando as barreiras organizacionais, geográficas e/ou relacionais que possam vir a interferir ou mesmo facilitar para que essa articulação ocorra. A esse significado, prefiro utilizar o termo “Acesso”, respeitando a forma com que os sujeitos se referem ao buscarem o estabelecimento de articulações entre os serviços, com o objetivo de produzir cuidado aos usuários de drogas.

Os profissionais destacam que a proximidade geográfica entre as equipes é um elemento facilitador do acesso em saúde mental. Por ser um município com área territorial pequena, com limites geográficos bem delimitados e precisos, mas nem por isso menos intensos do ponto de vista da prática, os profissionais conseguem transitar com maior facilidade e rapidez entre os serviços da rede, permitindo maior aproximação com atividades coletivas, discussão de casos, reuniões e trocas:

[...] facilita acredito que seja o fato de o município ser pequeno, todos possuem fácil acesso junto aos órgãos que fazem parte da rede (TI 9).

[...] eu acho que municípios pequenos, tem a facilidade de contato diferente de um município de grande porte, metrópoles então isso facilita o diálogo e a participação em reuniões, a gente costuma também fora das reuniões da rede discutir casos sejam mais urgentes, situações mais urgentes graves não só esperar só pela reunião da rede faz isso antes [...] (TI 2).

Acho que existe bastante conversa, bastante reuniões, bastante troca de experiências, há uma proximidade entre as equipes, entre as pessoas, pelo jeito do município, pelas

características culturais, pelo tamanho, enfim, as pessoas, tem uma proximidade maior e que facilita também (T5).

Eu acho que é por que o município pequeno, eu acho que a nossa maior facilidade é o acesso, é se eu não tiver transporte da prefeitura as coisas são perto. Eu venho de carro trabalhar então se tiver que ir até um posto, ou se for aqui na zona urbana eu consigo ir de carro, acho que são essas coisas também (C5).

Uma grande potência é o município ser um município pequeno que todo mundo se conhece, eu acho que possibilita, parece que as coisas ficam mais fáceis porque tudo é muito perto, até o interior é perto, salvo algumas localidades que são mais longe [...] (C1).

Durante a observação de campo também foi possível perceber essas facilidades. É muito comum ocorrerem caronas entre as equipes, o contato fácil pelo telefone com o motorista que faz os transportes para a saúde mental, e uso de carro pessoal, embora esta última estratégia seja constantemente problematizada pelas equipes como não sendo uma forma indicada de conexão.

Mesmo que algumas localidades do interior sejam distantes da cidade, havendo a necessidade de transporte, a maioria das localidades na zona urbana é muito próxima. Assim, muitas vezes, na zona urbana, na falta de transporte, os profissionais conseguem fazer o trajeto caminhando até os outros serviços ou para alguma visita domiciliar, sem comprometer o trabalho. Já, no interior há dificuldade de acesso entre as equipes da cidade-interior devido à falta de transporte. O transporte que vai para o interior, muitas vezes, é utilizado para mais de uma ESF, além do NASF, PIM, Criança Feliz e Hemodiálise. Além disso, as equipes da cidade — do CAPS AD III — também enfrentam dificuldade para acessar o interior devido à falta de transporte. Essa é uma barreira de acesso entre a rede da cidade e do interior, a qual será discutida no capítulo que trata dos aspectos que dificultam o trabalho em rede.

Também há de se considerar que algumas localidades na própria zona urbana são distantes e há atividades que necessitam do transporte, como alguma visita domiciliar ou reunião em ESF mais afastadas. Entretanto, é importante ressaltar que o acesso, em sua dimensão geográfica, destacado pelos profissionais se refere, principalmente, aos serviços da zona urbana, e, sobretudo, à possibilidade de articular recursos, pessoas, pois os serviços são próximos, de fácil acesso, não havendo barreiras geográficas na zona urbana que impeçam que as articulações sejam realizadas.

[...] A facilidade é assim, por ser uma cidade pequena, as coisas todas se tornam mais fáceis, tu pega e tu liga pra um, que nem vocês mesmas, tu liga e o transporte tá à disposição. Eu não sei se em outros lugares funciona assim, se é assim, que tem todo esse acesso, e facilidade. Eu sei como é que é, mas aqui tu liga e "fulano, eu vou mandar um carro aí". Sempre tem alguém à disposição, sempre tem alguém assim,

não tem aquela coisa assim "não, não dá pra ser hoje, só outro dia". Não tem. Eu acho que tudo isso se torna mais fácil não sei se pela cidade ser pequena ou se é pelas coisas funcionarem mesmo. Ou se é as duas coisas juntos, o profissional bem comprometido mesmo, tem que chamar um carro, vou chamar agora e vou ir. Eu por exemplo sempre que eu precisei de um suporte, que eu pedi um carro, que nós fomos [...]. Nunca foi assim, de nunca mais ligarem, de nunca mais ninguém dar.. Que a gente precisa, agora mesmo a gente teve um caso que eu precisei da psicóloga do CREAS, todo mundo da assistência social veio...[...] . Se eu ligar assim, e "olha gurias, eu tô precisando que vocês venham aqui, pra me dar um apoio". Só se assim, se já tiverem alguma coisa, que já tava marcado e não tem como desmarcar, porque senão eles vêm (C6).

É muito comum também o contato telefônico pessoal através do uso de ferramentas eletrônicas, como WhatsApp, pois muitos profissionais se conhecem ou se comunicam através de grupos de trabalho, estratégias que estão sendo muito usadas e que facilitam a comunicação e o encaminhamento de situações consideradas mais urgentes, configurando-se como “comunicação rápida e sem burocracia”:

[...] Eu acho que isso é uma coisa muito boa no município. [...] Com certeza. Qualquer dificuldade que a gente tem, a gente faz o contato, seja através do telefone, ou através do memorando... nós temos os grupos, que eu acho que o Whats agora... quando ele é bem usado é bom, e nós temos uns grupos que são especificamente de trabalho, então a gente resolve coisas, agiliza muito. Acho que isso é uma coisa que nos ajuda bastante (C13).

Eu acho que é esse diálogo, eu diria que o principal essa boa comunicação entre os serviços e as unidades, uma comunicação como eu diria até sem burocracia, porque na maioria das vezes o que que a gente faz, é por telefone mesmo, oi vocês acompanham essa família, acompanham esse indivíduo, como é que ele tá, e assim a gente faz, eu acredito que a maior facilidade seja essa boa comunicação. [...] Claro que depois desse primeiro contato, a gente pede normalmente relatório quando tem um encaminhamento pra que fique documentado no prontuário daquela família ou daquele indivíduo, mas não é assim, quando a gente precisa mesmo é até por telefone. Eu considero que essa é uma das maiores facilidades (TI 3).

[...] o contato, tô com o WhatsApp, dos enfermeiros eu tenho quase todos telefones, então se eu precisar falar, o telefone do CAPS não tiver funcionando eu vou ligar do meu, eu acho que essas coisas que a gente tem assim de bom, de o município ser pequeno, por ser interior a gente conhece muitas pessoas (C5).

Além da área geográfica de um município pequeno, outro ponto destacado pelos profissionais é o conhecimento sobre o território. Profissionais e equipes conhecem os territórios, conseguindo identificar com mais facilidade os recursos de apoio na comunidade em que o usuário está inserido, como a ESF, os agentes comunitários de saúde daquele bairro, igrejas, escolas. Além disso, algumas famílias já são conhecidas das equipes, por seu histórico atendimento aos serviços da RAPS. Assim, o conhecimento do território e dos seus recursos disponíveis contribui para que a conexão entre os pontos seja mais fácil e rápida.

Entretanto, as facilidades geográficas de São Lourenço do Sul não garantem que o cuidado se efetive, pois a rede é uma construção permanente e também exige dos atores o trabalho conjunto, a comunicação e a disponibilidade para o trabalho em rede, aspectos que, além do âmbito geográfico estrutural, também envolve a relação articulada entre os pontos.

[...] a gente está bem articulado, conhece muito o bairro onde o usuário está inserido, isso facilita por que a gente sabe quem vai ser o agente de saúde, já se imagina. Quando a pessoa senta na minha frente diz aonde mora, eu já meio que imagino um mapinha na minha cabeça, quem tá perto, os recursos que tem pra acessar. Então acho que a nossa maior facilidade, que faz rede, é ter isso, eu acho que todos esses anos sempre teve um grande apoio na área da saúde pra crescer pra melhorar a rede, e eu acho que é uma cidade pequena que eu acho que as pessoas souberam usar o potencial ao longo dos anos e continuam usando [...]. Facilita, mas não garante, eu acho, eu acho que facilita, agora se a rede funciona bem não funciona claro que a gente tá sempre em busca de um ideal, tem muita a coisa a melhorar, mas que facilita, facilita (C5).

Eu acredito que a nossa aqui de São Lourenço do Sul, ela é uma rede que ela possibilita um fácil acesso, ela é rápida, então essa rapidez faz com que a gente ganhe tempo também, isso é importante, e com fácil acesso a todos, todos se conhecem, num município pequeno, conhecem a família, sabe onde o usuário está inserido, muitas vezes sabe quem é a família, tem um histórico grande ali, conhecido já, isso facilita muito, pra tratamento, então eu acho que isso é uma das coisas que o município pequeno tem, que pode se dizer facilita. Até a comunicação, os profissionais informalmente já têm essa liberdade eu vejo de ligar, não precisa esperar uma reunião muitas vezes. [...] Já chama, já busca, a busca ativa que eles falam, ir na casa do usuário quando o usuário não vai. Então assim oh, tudo isso é facilitado, por uma rede que tá bem articulada, num município pequeno. Mas assim, muitas vezes também eu já trabalhei, em outros municípios pequenos em que não existia essa articulação de rede, era pequeno o município, mas as pessoas ficavam perdidas, eles não tinham articulação, cada um tentava fazer de um jeito e muitas vezes nada de proveitoso saía, porque não tinha esse trabalho conjunto. O município pequeno então não garante, mas acredito que facilita. Depois que a rede é bem articulada eu acho que ele facilita o trabalho (TI 9).

[...] Nas atividades com os residentes de Porto Alegre e São Lourenço do Sul há uma discussão sobre por que o trabalho em rede funciona em São Lourenço do Sul e em outros locais não: preceptores da ESP de Porto Alegre falam que uma das facilidades de São Lourenço do Sul é o município pequeno, diferente da realidade deles em Porto Alegre “claro também não basta o município ser pequeno e não ter essa comunicação essa disponibilidade. Por exemplo, não adianta está todo mundo aqui hoje discutindo e depois cada um trabalhar no seu quadrado” reforça (DC).

Nesse sentido, no âmbito do município, o acesso na sua dimensão geográfica facilita as articulações pelo fato de ser um município pequeno, mas principalmente pela otimização desse recurso pelos atores envolvidos, os quais aproveitam o potencial desse recurso para organizar suas estratégias de cuidado e fortalecer as articulações nos espaços coletivos via telefone, e também para a compreensão do território.

Nessa perspectiva, é possível refletir que pontos próximos de uma rede talvez possam não se conectar entre si e nem com o território. Ao mesmo tempo, pontos distantes podem estar conectados. Dessa forma, as barreiras que se estabelecem entre os serviços e com o território

precisam ser consideradas não somente em sua dimensão geográfica, mas em suas estratégias utilizadas que podem fortalecer essas conexões.

No município, a dimensão geográfica facilita o acesso entre as equipes, entretanto, proponho uma reflexão que situe o acesso como elemento central, porque, independentemente de ser um município pequeno ou uma metrópole, o acesso entre os serviços deve ser um elemento importante na organização do cuidado. Nesse sentido, é preciso potencializar investimentos nesse âmbito, em estratégias que viabilizem essa articulação entre as equipes. Em municípios de maior porte, certamente deve haver um desdobramento maior de recursos e logística que precisam ser considerados em suas especificidades, o que, em municípios menores, podem ser mais bem gerenciados pela gestão municipal.

Dessa forma, ainda no âmbito do acesso, os profissionais também destacam que para o trabalho em rede é preciso haver receptividade do serviço para estabelecer as conexões, ou seja, “a Porta Aberta para o trabalho em rede”. A porta aberta, nesse sentido, não se refere ao aspecto estrutural, no qual o serviço está disponível para ser acessado pela rede, e sim ao aspecto relacional, na forma com que as equipes estão receptivas ao trabalho em rede, adotando uma postura “aberta” ao diálogo, trocas e conexões com o usuário. Estar com a “Porta Aberta” tem sido considerado uma das práticas que facilitam as articulações na rede em estudo:

[...] Eu acho que os profissionais, que são todos muito acessíveis, isso facilita bastante. A partir do momento que tu tem um problema e tu faz um contato, tu tem receptividade nos segmentos da Atenção Básica e também dos CAPS. E eu acho que isso facilita muito. Porque quando a gente não tem uma sintonia, aí que fica muito difícil. Eu vejo que isso aí é uma coisa que... Que é muito interessante. Quando tu tem uma rede harmonizada, que aí tu consegue (C18).

Eu acho que a facilidade que eu tenho no contato com os serviços, com a acessibilidade, como esse serviço recebe o meu encaminhamento (C13).

[...] a gente está sempre de portas abertas pra conversar e fazer essa troca de informações e experiências, e até então a gente também não tinha problemas como o município com relação a isso, acho que um ponto positivo é que essas entidades estejam todas abertas ao diálogo (TI 8).

[...] eu acho que ao mesmo tempo que é desorganizado a comunicação, que as vezes a gente se atravessa, eu acho que é um facilitador também, mesmo atrapalhada, eu acho que flui, eu acho que é uma coisa que flui bem, podia melhorar e muito, mas a disponibilidade facilita (T3).

Eu acho que a facilidade é o acesso desses serviços que podem fazer essa ajuda, é muito fácil o usuário acessar o serviço, as portas abertas de todos os serviços é o que mais facilita (C2).

Dessa forma, percebo que o acesso entre os serviços por meio da porta aberta requer uma compreensão ampliada da problemática que envolve o uso de drogas, reconhecendo a

necessidade de ações articuladas, o rompimento de barreiras que interferem na comunicação, fortalecimento de espaços de diálogo e responsabilização pelo trabalho em rede. Assim, a porta aberta dos serviços é uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, ou seja, uma forma de apoio para que a rede “continue acontecendo”.

[...] e uma outra coisa que eu acho que facilita é não ser rígido, é essa rede ser flexível, ela vai, mas ela volta também, acho que é um facilitador. De tu saber que ele deu alta, mas se precisar referenciar, ou precisar falar com um lugar especializado, está aberto, a gente e pode se comunicar, a gente pode ir lá, independente de ele não estar mais dentro do serviço, acho que isso também é um facilitador, é um apoio pra essa rede, continuar acontecendo, continuar [...] (T4).

Na política de atenção integral aos usuários de drogas, a continuidade do cuidado está relacionada à corresponsabilidade entre os profissionais e serviços, e, além disso, à construção do vínculo com o usuário e garantia de acesso entre usuário-serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Assim, diante das potencialidades dessas estratégias percebo a necessidade de investimento na organização das equipes e na qualificação dos profissionais, visando mudar a concepção de um cuidado fragmentado para o cuidado em rede. Para essas mudanças é preciso elaborar estratégias que visem “manter a porta aberta”, facilitando que as equipes, ao buscarem articulações com outros serviços da rede, sintam-se acolhidas, ouvidas em suas demandas e apoiadas para compartilhar esse cuidado.

Ressalto, nesse processo, o importante apoio dos gestores para a sistematização do trabalho em rede, na construção de espaços definidos entre a rede e a pactuação de fluxos de cuidado. Além disso, também é importante o investimento em educação permanente voltado a sensibilizar os trabalhadores sobre as necessidades de um trabalho integrado, pautado em concepções e práticas ampliadas sobre os problemas que envolvem o uso abusivo de drogas.

Dessa forma, é possível perceber que o acesso entre os serviços é um importante elemento das articulações que precisa ser problematizado em seus aspectos geográficos e relacionais, identificando as barreiras que possam interferir nessa relação, e também os recursos necessários e disponíveis para compor o cuidado.

8.2 Necessidades do trabalho: aspectos que dificultam o trabalho em rede

8.2.1 Preconceito e estigma relacionado ao usuário de drogas

Uma das dificuldades identificadas no cuidado em rede ao usuário de drogas no município é o preconceito que permeia as relações entre profissionais, usuários e comunidade. O preconceito foi um aspecto destacado em São Lourenço do Sul, dadas as características de um município pequeno, onde pessoas são próximas e os usuários de drogas são muito conhecidos na comunidade pelos rótulos de “drogado”, “bêbado” ou “maconheiro”.

Essa característica do município permeou a fala dos profissionais, os quais problematizam o preconceito como um dos aspectos que tem dificultado o trabalho em rede na área da atenção aos usuários de drogas, demonstrando o quanto precisa ser investido nessa questão para que haja uma mudança no cenário do cuidado.

O preconceito é um julgamento prematuro e inadequado sobre o uso e abuso de drogas. Esses usuários sofrem as consequências negativas por serem rotulados e estereotipados como pessoas indesejáveis e improdutivas, o que lhes confere um posicionamento mais baixo na hierarquia social e pode interferir negativamente em suas oportunidades de cidadão e de vida em sociedade. Desse modo, a perda de status em si torna-se a base da discriminação, ocasionando rotulação, estereotipia e separação (GOFFMAN, 1988).

No âmbito do trabalho em rede, os grupos de interesse destacam práticas profissionais que reforçam o preconceito e o estigma relacionado ao usuário de drogas. Ocorre que muitas vezes a avaliação do profissional é acompanhada de um julgamento pessoal e não pautada nas necessidades do usuário.

[...] acho que outra coisa negativa também, é tudo muito próximo, então tu não tem impessoalidade, então as vezes tu tem muito julgamento, tu julga porque ah fulano é meu vizinho, fulano não quer trabalhar, então isso é muito ruim por que tu julga, pelo teu olhar, pelo que tu entende, pela tua verdade, e não pelo que é a verdade da pessoa, [...] são algumas pessoas que fazem isso, não da pra agente generalizar, mas assim é isso assim ah, fulano bebe mesmo fulano não quer saber, fulano não quer saber por que eu sei porque ele é vizinho da fulana, e eu conheço a fulana e a fulana já me disse, e dentro da reunião de equipe, então tu tá olhando ele como teu vizinho e não como usuário do CAPS, como uma pessoa que chegou ali necessitando de tratamento. Bom não vamos julgar o que ele fez ou deixou de fazer, não, é um ser humano que tá aqui pedindo ajuda. É isso eu identifico assim que a cidade pequena, acho que, não São Lourenço do Sul, mas acho que toda a cidade de interior acho que tem mais isso.[...] E aí isso acaba atrapalhando as vezes nisso assim, tu acaba julgando muito o outro sem saber, julgando por ti, não pelo que realmente é, pela situação (C3).

[...] às vezes nesse primeiro atendimento já tem um julgamento, já tem um rótulo desse paciente. Infelizmente tem muito isso, é "ah, mas fulaninho eu conheço, fulaninho só quer tal coisa", é esse rótulo, e se eu falo isso pra ti, tu vai ficar com a mesma percepção que eu daquela pessoa, e aí toda uma equipe às vezes é contaminada por alguma coisa que é só uma percepção e que não é verdadeira, e aí eu não vou conseguir ajudar aquela pessoa. Então infelizmente isso acontece. Cidade pequena. [...] Tudo. Interfere em tudo. Eu acredito que interfere desde a resolução daquele caso... Tudo, tudo. E [...] sempre o paciente sente. O paciente sabe se ele tá sendo tratado bem, se a pessoa realmente quer ajudar ele, ou se a pessoa tá ali

simplesmente pra resolver aquele problema e se livrar dele... Se eu preciso de ajuda, se eu vou até um lugar pedindo ajuda, é porque alguma coisa tá acontecendo. Porque senão eu não estaria ali. E eu vou sentir, quando eu tô mais fragilizada, quando eu tô pedindo ajuda, eu realmente sinto qual é o tipo de ajuda que tão querendo me passar. Então eu acho que falta ainda isso (T10).

Percebe-se que o preconceito se reflete no trabalho, podendo interferir na forma com que determinado caso será conduzido na rede. Uma avaliação pautada no preconceito pode reforçar práticas pontuais e isoladas sem que se busque, na rede, formas de articulação que possam contribuir para a resolução dos problemas, atuação nas necessidades, e interferir na construção do vínculo com os usuários.

Esse aspecto também foi possível perceber durante os registros de campo, quando os profissionais problematizavam as dificuldades de vinculação do usuário aos serviços e às terapêuticas propostas devido ao preconceito das equipes:

Um profissional relata o preconceito dos profissionais ao atender a usuária C. no hospital. Conta que durante a internação os próprios colegas que fizeram o acolhimento estavam julgando a situação: tive que falar: “imaginem o quanto deve ser difícil pra ela, se coloca no lugar” (DC).

Bem difícil a articulação entre CAPS AD e Lokomotiva. Precisaria melhorar muito, muito, por que eu acho que lembra que eu falei anteriormente do preconceito, eu acho que lá é gritante.[...] Já foram barrados, por uma cara feia, um mal atendimento, então eles ficaram disseram que nunca mais, muito disseram que nunca mais colocariam os pés lá, acho que de uns tempos pra cá a gente tentou se inserir a gente chegou a um puto de desistir e agora acho que a gente está se inserindo novamente, por que está tendo cursos lá, então os nossos usuários participam, mas teve uma época que foi bem pior do que está hoje, eu acho que ainda é difícil. Precisaria melhorar a articulação, total (T3).

Nesse sentido, o preconceito precisa ser trabalhado na rede, sem atribuir o problema a um serviço ou profissional específico, porque na proposta do trabalho em rede busca-se um cuidado integral, de forma que o usuário possa transitar pelos diferentes serviços e se sentir acolhido. Conforme destaca a profissional T3, para manter o vínculo do usuário de drogas na RAPS é necessário que “todos sejam acolhedores, aqui e lá”. Nesse caso, trata-se do uso da mesma linguagem, no qual o preconceito deve ser reconhecido como uma barreira para o cuidado em rede, buscando-se estratégias que problematizem esse aspecto sem que haja ruptura entre os serviços.

No campo das drogas, por ser uma demanda complexa, com situações de recaída, conflitos do usuário com familiares e a comunidade, e situações de vulnerabilidade social, exige dos trabalhadores e equipes uma capacidade de constante reflexão sobre as práticas, de modo a

analisar a problemática em sua complexidade, evitando que sejam perpetuadas abordagens preconceituosas e excludentes.

[...] eu acho que não só de drogas, de drogas tu inclui o álcool eu acho que tem muito preconceito, é uma coisa muito gritante assim, às vezes a gente tem que se policiarem nós também, por que a gente tem os nossos preconceitos, acho que às vezes, a pessoa tá tão desestruturada que a gente às vezes não consegue, como é que eu vou te dizer, a gente deixa as nossas emoções, florescerem [...] a gente vai adoecendo aos poucos a gente vai, e às vezes a gente tem que se dar conta fazer uma análise do que tá acontecendo, e eu acredito que com toda rede seja assim, a gente ainda tem menos do que os outros, os outros serviços, por que a gente lida com isso no dia-a-dia, mas às vezes eu escuto outras pessoas falarem em termos pejorativos, e eu acho que aqui a gente talvez se policie até mais pra não falar [...] (T3).

A profissional destaca a importância da autorreflexão do profissional de saúde mental sobre as suas práticas, pois o preconceito permeia as relações, desmistificando a ideia de que o preconceito é algo realizado “pelo outro”. Essa autorreflexão reposiciona o preconceito para o âmbito do cuidado em saúde mental e tem a possibilidade de gerar subsídios para a construção de práticas pautadas na ética e na qualificação do cuidado em rede.

Além disso, esse reposicionamento é importante porque o preconceito dificulta a compreensão do sujeito em suas necessidades. No caso da rede em estudo, os profissionais demonstram que o estereótipo do usuário de drogas, que o considera uma pessoa sem compromisso e incapaz, dificultou que a rede “enxergasse” os papéis do usuário exercidos na sociedade.

Eu acho que interfere no cuidado em rede por que ah já teve um caso que por que a mãe bebia ela era ruim pra filha, e sempre foi uma mãe extremamente cuidadosa, naquele momento ela estava atrapalhada, mas a partir do momento que ela retomou o tratamento fluiu, hoje é uma supermãe ela vive num contexto bem complicado, mas ela tratava aquela filha bem e o [conselho tutelar] não conseguia enxergar dessa forma, então e acho que às vezes com o conselho a gente tem uma dificuldade, eu enxergo isso, [...] são casos que eu me lembro de que eu acho que ficaram marcados pra toda a equipe (T3).

[...] Preconceito no sentido de não entenderem que é uma doença, ah tão bebendo e as crianças tão acolhida, sempre tem um pouco disso. [...] E ela é uma mãe muito afetiva, muito afetiva, as crianças sentem muita falta dela, é bem difícil [...] é a verdadeira mãe com seus patinhos [...] (T1 4).

Interagir com o sujeito a partir dos rótulos que lhe são atribuídos impede a realização de ações ampliadas em rede que possam resgatar a cidadania e os projetos de vida. Nesse caso, corre-se o risco de desenvolver práticas pontuais, fragmentadas, com foco nos problemas relacionados ao uso de drogas e não nas necessidades. Uma dessas ações é o encaminhamento aos serviços especializados de todos os usuários de drogas que acessam a rede.

O preconceito atribuído, muitas vezes devido à fragilidade na formação e/ou falta de compreensão sobre as políticas públicas de atenção aos usuários, reforça a ideia de que qualquer pessoa em situação de uso de drogas necessita de um tratamento especializado.

[...] muitas vezes eu me pergunto e eu questiono, o que que traz mais sofrimento pra pessoa, são os sintomas do próprio sofrimento psíquico que ela é portadora, ou é o estigma que ela sofre pela família, e sociedade em relação ao rótulo que lhe foi dado. Eu noto que na questão do cuidado em rede, do usuário de substância, a gente precisa evoluir muito ainda nessa lógica da redução de danos, e de não rotular o sujeito, outros sofrimentos psíquicos, [...] mas não é tanto como o usuário de substância psicoativa que é muito rotulado pela sociedade, muito estigmatizado, e nessa lógica acaba sendo rotulado e estigmatizado pelos próprios serviços, por exemplo, até um tempo atrás quando [...] a pessoa mencionasse que usou álcool ou que usou alguma substância, ele não era nem atendido, ele já era encaminhado ele já era referenciado ao CAPS e hoje a gente sabe que é o CAPS é pra atender crise e no momento que a pessoa sair da crise ela tem que ser atendida no seu território só que pra isso nós temos que evoluir muito nessa questão, eu acho que a gente caminha pra isso, mas ainda temos muito que caminhar e esse estigma esse rótulo do usuário está relacionado à criminalidade, à violência, a roubo, à malandragem, à sem-vergonhice, isso ainda se passa muito no inconsciente coletivo da sociedade e isso acaba se reproduzindo muitas vezes, mas muitas vezes mesmo por parte dos próprios profissionais, então acredito que o cuidado em rede do usuário de substância psicoativa, do usuário de drogas, ainda tem muitos paradigmas que ainda precisam ser derrubados [...] (T1).

Eu acho que falta muito ainda. Eu acho que ainda existe muito essa coisa do "ah, tu tem, tu usa droga, tu tem algum problema psíquico, tu tem que ir pro CAPS". "Tu tem que. Tu tem que te tratar". Eu acho que falta muito assim, ainda, a conscientização mesmo, assim. Eu acho que o trabalho em rede (C9).

A dificuldade é a resistência, mesmo, que algumas pessoas têm com o novo, ou com o entendimento de que a política pública ela precisa ser seguida, ela não pode ser aquilo que, no achismo, ou muitas vezes aquilo que tu. Muitas vezes as pessoas pegam os seus preconceitos individuais assim, diários, e acabam misturando um pouco com o trabalho. Então eu acho que isso pode ser um certo impeditivo de fazer com que isso se consolide (G3).

Observa-se que houve avanços em relação à compreensão das políticas, mas de acordo com os trabalhadores ainda é preciso melhorar na construção de um cuidado longitudinal de forma que todos os pontos da RAPS se sintam responsáveis e capacitados para receber essa demanda e somente os casos graves e persistentes sejam encaminhados ao CAPS AD ou ao hospital geral.

Estudos no Brasil e em outros países da América do Sul também apontam a questão do preconceito em relação à assistência nos serviços da rede. O usuário geralmente é visto pelas equipes como uma pessoa sem compromisso, agressivo, violento, manipulador e resistente ao tratamento (HILDEBRANDT; MARCOLAN, 2016; BARRETO; BÜCHELE; QUEIROZ, 2015). No caso dos serviços da ESF, os trabalhadores dessas equipes comumente reclamam da pouca habilidade e competência para abordar usuários de drogas. O discurso dos profissionais

ainda é fortemente atrelado à periculosidade, o que tem levado as equipes a negar o acolhimento, sendo que a principal resposta dada é o encaminhamento ao serviço especializado (DIMENSTEIN et al., 2016).

Nesse sentido, entendendo que capacitações, ampliando a compreensão sobre as políticas públicas na área de álcool e drogas, da política de redução de danos e do suporte dos serviços especializados aos outros pontos da rede, podem melhorar a qualificação técnica e ética para o cuidado.

Os profissionais também reforçam a necessidade de trabalho junto à sociedade, visando conscientizá-la sobre o preconceito e estabelecer um processo de mudança, considerando as dificuldades de um município pequeno de origem pomerana:

Eu acho que São Lourenço do Sul, por ser uma cidade pequena, assim, tem facilidade, nesse cuidado, mas eu acho que tem assim muita dificuldade também, em função de, não gosto de usar essa palavra "preconceito", assim, mas as pessoas se conhecem, então elas têm essa distinção, "ah, o fulano usa drogas". Então se ele usa drogas, ele não serve pra mais nada. Então, existe muito isso. Aqui no bairro da Sete, como a grande maioria dos moradores é de origem alemã assim, eles acham que quem não vive pra trabalhar, algum erro tem. De alguma forma, a pessoa que usa droga, ela não presta pra mais nada. Mas muitas vezes eles não entendem que o álcool é droga também. Tem muito isso. Eu bebo todos os dias, mas é o teu filho que fuma maconha, que é usuário de drogas. [...] Muito, aqui no bairro tem muito disso, e a gente procura sempre trabalhar assim, de forma que eles entendam, que não é uma situação que as pessoas queiram viver. Mas que longe disso, uma pessoa que usa drogas é um inválido pra sociedade, isso aí eu acho que hoje em dia não cabe mais esse tipo de pensamento. Mas ainda têm muito aqui. [...] Ah "roubaram tal coisa". "Foi o fulano, porque usa drogas, ele fuma maconha". Aqui tem muito do "fuma maconha". Então, tem muito que se trabalhar assim, eu acho, a questão da conscientização, do usuário da droga (C9)

[...] os lugares também sempre tem uma restrição, uma coisa assim que é difícil a gente vê, e a gente vê isso como uma, é difícil tem pessoas também que, tem toda a trajetória deles, conhecidos na cidade, uma cidade pequena, são conhecidos como pessoas que roubam, pessoas que tão caídas no chão, muitos deles, então é difícil também a comunidade vim nesse processo de mudança, é algo que acho que vai demorar (T4).

Essa mudança é necessária, pois o preconceito em relação ao usuário de drogas também interfere na concepção sobre os serviços que atendem esse público, de modo que o CAPS AD muitas vezes é considerado pela comunidade como serviço para “louco”. Assim, com receio do julgamento e do preconceito, o usuário prefere não realizar uma avaliação e um tratamento no CAPS AD, constituindo-se uma dificuldade para a continuidade do cuidado na RAPS.

[...] Os serviços existem, estão de portas abertas esperando os pacientes. A dificuldade maior às vezes é o usuário ir. A gente já consegue acessar, orientar, mas quando tu fala que é pra ele ir pra uma consulta no CAPS, eles já frustram um pouquinho, eles acham "ah, mas eu não sou doente mental", "eu não vou ficar lá junto com aquele pessoal", e isso eu acho que é o maior limite. Hoje se têm um pouco menos

de preconceito, têm ainda, mas têm um pouco menos. Mas é essa dificuldade, eles gostariam que o profissional psiquiatra atendesse aqui, que o pessoal lá do CAPS AD viesse e atendesse eles aqui. Essa dificuldade, eles acham às vezes um pouco longe ir até lá, e eles acham que vão ver eles lá, vão dizer que eles são usuários de álcool, que eles são doentes mentais... Eu acho que essa é a maior dificuldade. [...] (C11).

Uma dificuldade, assim, porque os usuários que não frequentam serviço nenhum, eles geralmente eles têm um. Não é um preconceito, mas é uma vergonha, de chegar até os serviços. Até pela discriminação assim, da sociedade em geral. Então não são atendidas (T8).

São Lourenço do Sul é uma cidade pequena, eles já têm aquele preconceito de entrar no serviço, que eles tem medo que alguém julgue que são louco, aí se não tem a ética lá dentro, aí que eles não vão entrar. É mais uma barreira, mas assim eu não tô dizendo que não tem. Eu digo que isso é uma coisa que tem que sempre ser levantada, cada vez mais ter a ética, saber que a família não é nem aqui nem de lá, que a gente ta por um bem muito maior, nosso serviço é muito além do que a gente acha certo ou errado. Não fazer julgamento com essas pessoas, porque se elas tão lá é porque elas tão precisando (T1 6).

Durante a observação de algumas atividades realizadas pelo CAPS AD, como nas caminhadas pelos espaços da cidade, era possível perceber a preocupação dos usuários com o preconceito que poderiam sofrer da sociedade devido ao tratamento em serviço especializado:

Hoje na oficina de caminhada me apresso para vir mais a frente com o [usuário X] e [usuário Y]. Passamos na frente de uma loja de máquinas e [usuário X] comenta que vai deixar seu currículo ali, que tem um conhecido que já trabalha na loja, mas logo me explica sua situação: “eles não podem saber que eu frequento o CAPS, se não vão pensar que eu sou louco, por isso que eu venho na frente”, e durante todo o trajeto eles vêm separados do grupo de caminhada. Quando são feitas pausas para sentar nos bancos do calçadão ou entrar numa loja, eles esperam na esquina, ou sentam em outro local distante (DC).

Dessa forma, destaco o importante papel dos profissionais em promover o empoderamento do usuário nos espaços da comunidade, utilizando estratégias de inserção social que facilitem esse processo, reduzindo, assim, as barreiras do preconceito que interferem na adesão ao tratamento e na reinserção social.

[...] o quanto a gente tem que trabalhar em cima disso e mostrar pra eles que eles são capazes de estar em qualquer espaço, tu entende, que eles podem ocupar esses espaços, que não está escrito, eu sou usuário de álcool e drogas, que as pessoas vão olhar pra eles dessa forma, então eu vejo na minha área assim o desafio é ocupar o território cada vez mais mostrando pra eles que eles podem ocupar de uma maneira saudável tendo um outro olhar sabe, por que, partindo deles já, por que tu vê, eles tem muito isso, esses dias um usuário disse, ah eu não vou pro centro, vocês vão caminhar no centro eu não vou, um grupo assim já vão olhar pra mim e já vão dizer que eu tô lá no CAPS, que eu sou dependente de alguma coisa de drogas, alguma coisa, mas eu disse isso não acontece, a gente pode usar qualquer espaço qualquer lugar, é lugar pra nós. [...] a gente tem corrido atrás desse, de outras possibilidades tão se abrindo portas devagarinho, tão se abrindo (T4).

No entanto, a situação descrita, no excerto a seguir, pela profissional T4 demonstra as possibilidades de reinserção social e parcerias estabelecidas com o território, quando são promovidas estratégias que considerem o preconceito uma das dificuldades que envolvem os usuários de drogas. Buscar abrir as portas da rede, desmistificar preconceitos junto aos usuários e a comunidade e considerar as potencialidades dos sujeitos, colocando o uso de drogas entre parênteses em suas vidas são estratégias que devem ser desenvolvidas pelos serviços de saúde mental.

Eu e um colega meu da psicologia fomos ao SINE, sabe que até me surpreendeu assim, a moça do SINE é uma conhecida nossa, mas me surpreendeu a maneira que ela nos recebeu, totalmente assim, nenhum momento ela perguntou se o usuário era usuário de que, o que que a gente estava buscando a gente colocou pra ela, era uma oportunidade pros usuários do CAPS AD, em nenhum momento ela perguntou usuários de que, que tipo de droga era, sabe nenhum momento, ela pelo contrário falou colocou à disposição o SINE e disse que o que puder fazer o que puder o SINE através da pessoa dela, dar oportunidade pra essas pessoas que tão no CAPS, de voltarem a trabalhar, de ter uma oportunidade, eles tão abertos, eu achei fantástico [...] (T4).

Assim, no contexto deste estudo, os grupos de interesse problematizam o preconceito como um dos fatores que tem dificultado o cuidado em rede no âmbito da RAPS, pois ele interfere na condução dos casos entre os serviços; na vinculação do usuário com a RAPS; no compartilhamento do cuidado entre rede para além do serviço especializado; na oferta de atividades que não sejam centradas apenas no uso de drogas; e na inserção do usuário no território. Mas é possível tornar a sociedade mais sensível às diferenças, conforme o relato de T4. Isso fortalece a intenção de que é necessário (e é possível) maior investimento social de modo a (re) situar sujeitos e experiências.

Dessa forma, é possível identificar, neste estudo, que as redes precisam fortalecer estratégias de educação permanente que trabalhem a temática do preconceito e investir nos processos de reinserção social, informação, combate ao estigma e ao preconceito, constituindo-se como ponto de apoio capaz de movimentar essa problemática na rede, junto aos profissionais, usuários e à comunidade.

8.2.3 Cuidado em saúde mental na atenção básica

Neste estudo, os grupos de interesse avaliaram que outra dificuldade no trabalho em rede é o cuidado em saúde mental na atenção básica, considerado um ponto frágil da RAPS. Apesar de a atenção primária constituir-se como referência maior para a Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), há muitos entraves enfrentados por essas equipes no manejo das demandas de saúde mental e no estabelecimento de cuidados primários resolutivos e efetivos (DIMENSTEIN et al., 2016).

De acordo com os profissionais entrevistados, a ESF poderia apropriar-se mais do seu papel na RAPS, e articular-se com os demais pontos da Rede, pois alguns casos que poderiam ser cuidados na ESF são encaminhados para o serviço especializado.

Eu acho que a Unidade básica tem que se apropriar mais da sua função do que que é unidade básica, o que a unidade pode fazer, por que eu não sei, eu acho o CAPS AD também pode pensar nisso, de como a gente pode dar esse suporte, de que maneira a gente pode melhorar isso [...]. E a unidade ainda acha que é de um serviço especializado por que ele bebe, por que ele usa drogas, mas se ele não quer, se ele não quer ir lá pro AD, nós vamos obrigar ele (T4).

Eu acho que a articulação melhorou muito, eu acho que funciona bem, mas eu ainda sinto que tem algumas falhas[...] sabe eu acho que as vezes, não sou eu que tenho que correr, só eu correr atrás, acho que também pode me passar informação [...] as vezes eles poderiam correr atrás também [...]. Eu acho, por que não é por que bebe que vai ser tudo por AD, eu posso dar informações, mas eu acho que alguns papéis que as pessoas podem desempenhar na atenção básica, algumas coisas eles podem fazer [...] (T3).

[...] e as equipes das estratégias também às vezes não conseguem dar conta, e também essa questão da saúde mental de álcool e drogas eles também já direcionam mais pro CAPS e acabam também não se apropriando tanto. Acho que já vem melhorando muito, acho que já melhorou muito desde que eu cheguei [...] muita coisa melhorou esse cuidado da unidade, antigamente não tinha isso era só o AD e hospital, e a mesma coisa nossa casa e SACI, agora não, a unidade tá se apropriando mais, mas ainda tem de que é só o CAPS que sabe tratar, a ideia. Ai alguns casos que poderiam estar sendo acompanhados pela unidade, daqui a pouco encaminha [...] (C3).

Entre essas dificuldades no cuidado em saúde mental na atenção básica, Paulon e Neves (2013) apontam a ausência de diretrizes práticas que orientem as ações e o discurso de profissionais, contribuindo para que estes se considerem despreparados tecnicamente para lidar com as demandas de saúde mental. Além disso, identificam-se outras dificuldades: planejamento das intervenções no território, apoio a situações de crise psiquiátrica, acompanhamento para o uso racional de medicamentos, prevenção de admissões desnecessárias em hospitais psiquiátricos, elaboração de planos de continuidade de cuidados, estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio comunitário, estímulo à participação ativa do usuário e família no cuidado, e articulação com a rede especializada de saúde mental.

Conforme esses autores, as práticas de atenção básica são voltadas para a clínica tradicional, com instrumentos de cuidado pouco definidos para o atendimento da demanda de saúde mental na ESF. As dificuldades observadas para a consolidação da ESF no cuidado em saúde mental são atribuídas à formação profissional, ao preconceito, à falta de ferramentas

específicas para consolidar essa política, à demanda de outros programas e à ausência de apoio institucional, em especial com o uso de estratégias de matriciamento ou formação em nível de residência:

Eu avalio que a rede ela tem um bom atendimento especializado, a nível de CAPS, a nível de leito em hospital geral, tem profissionais que conhecem a área, que dão conta daquilo que precisa, mas acho ainda que tem outros pontos que precisa desenvolver bastante, por exemplo, Atenção Básica. Não tem dispositivos de cuidado claros pra atender essa demanda, pra realizar o acolhimento, a avaliação, fica muito ainda na questão clínica, da questão tradicional. [...] Por vários motivos, por questão até mesmo de preconceito em relação ao uso de drogas, da questão da formação do profissional, de não saber lidar, da questão de não dispor de ações, de ferramentas específicas pra essa política, por conta dos inúmeros programas que existem numa Estratégia de Saúde da Família. São 14 unidades de saúde e 12 equipes de saúde da família. Dessas 12 equipes, umas quatro têm um trabalho um pouco mais avançado, seja porque tem apoio matricial mais contínuo, seja porque tem a residência de saúde mental, que dá um suporte, mas, por exemplo, na zona rural não tem residência, só tem o apoio do NASF e de algumas idas do CAPS. Então acaba não tendo o atendimento muito contínuo. Claro, acolhe, vê essas questões, monitora, mas ainda acho que poderia melhorar, e bastante (G1).

Além disso, os participantes destacaram o desconhecimento da RAPS e do seu funcionamento, sendo que um dos fatores relacionados a esse aspecto é a rotatividade de profissionais nas equipes de ESF:

Eu noto que às vezes funciona, mas às vezes eles acham que tu tem que ser nós que temos que fazer, ah fulano tu está passando mal, vocês tem que vir, já aconteceu isso, e não funciona dessa forma, tem enfermeira tem pessoas capacitadas pra cuidar da pessoa, sabe teriam que ser eles a fazer isso, não é só um lado que funciona é os dois lados que tem que funcionar, [...], então eu acho que ainda falta conhecimento, não sei, por que as vezes pega umas enfermeiras novinhas que tão a pouco tempo lá e talvez elas não saibam ainda como funciona, mas eu acredito que às vezes eles acham que tem que ser nós que temos que resolver (T3).

Eu acho que a gente já teve melhor, eu tenho a impressão que de 2009 a 2015 os serviços parecem que estavam mais preparados pra receber. Quando eu cheguei em São Lourenço do Sul em 2002, e quando eu entrei no CAPS em 2005 a percepção que eu tinha era mesma, se estava intoxicado ou internava no hospital ou vinha pra o CAPS. Em 2009 nós conseguimos fazer um treinamento com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, então os usuários chegavam intoxicados no serviço ou buscando qualquer outro tipo de ajuda, por quem? chegava na estratégia com pressão alta já se fazia uma pseudo leitura que era devido ao alcoolismo, então encaminhava pro CAPS, e de 2009 a 2015 o que que aparecia? As equipes ouviam, faziam uma escuta qualificada, faziam alguns encaminhamentos no próprio posto e só chegava no CAPS quem realmente tinha indicação [...] (C1).

Olha eu acho que a gente, assim oh, que que eu vou te dizer, acho que nós estamos bem, mas tem momentos assim que eu vejo o seguinte, existe aquela questão, a especialidade está ali, então algumas pessoas, eu não sei se isso é por que a rotatividade de pessoas nas unidades básicas, no serviço é grande, parece que quando as coisas tão num patamar X que todo mundo está conhecendo a rede, sabe como é que funciona e tudo mais, entra alguém novo, e diz assim, não aquele usuário

tem que ir lá pro AD, na realidade o usuário não é do AD, ele é da rede toda, então por que ele teria que ir pro AD se ele nem chegou lá ainda [...] (T4).

No contexto de São Lourenço do Sul, parece que a atenção básica ainda não encontrou seu “lugar” nessa rede. Os profissionais percebem que houve avanços no cuidado em saúde mental na atenção na básica, entretanto, esse ponto ainda precisa ser mais bem amarrado para que os diferentes pontos da rede se sintam responsáveis e qualificados para o atendimento dessa demanda.

A construção das redes de atenção à saúde (RAS) realça o peculiar trabalho realizado pela APS, que tem como prerrogativa a coordenação do cuidado e a ordenação das diferentes redes em seu território. Nessa perspectiva, não devem ser estabelecidas hierarquias entre os diferentes componentes. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente (VARGAS, 2018). Nessa lógica de trabalho, entendo que as fragilidades da APS em se constituírem como ponto de cuidado em saúde mental devem ser compartilhadas com os outros serviços, sobretudo com o CAPS AD, que possui profissionais especializados para dar esse apoio.

Nesse sentido, é problematizada a necessidade do CAPS AD “buscar mais os serviços para que todos façam essa rede”, por meio da qualificação das equipes, visando, assim, ao fortalecimento da ESF enquanto porta de entrada da RAPS e a continuidade do cuidado no território.

[...] Encaminhamento para o CAPS AD muito disso se da a questão da medicação, que tem medicações que são específicas pra os CAPS, então o usuário está no território e tem um problema de depressão, [...] mas ele sendo usuário do CAPS ele tem acesso a medicação mais especializada em saúde mental, antidepressivos mais modernos na farmácia básica só tem fluoxetina, no CAPS tem Sertralina, então assim oh a gente está precisando olhar pra isso de novo, por que a gente não pode cair na banalização da medicalização, buscar o CAPS porque lá ele tem o remédio mais moderno, acho que a rede tem que afinar de novo.[...] (C1).

O que que a gente faz quando o usuário tá em alta, a gente liga pra unidade básica daquele usuário e conversa, e explica, explica que ele que está em alta, mas nada que aconteça ou que alguma coisa precise do CAPS que ele não possa retornar, ou retorna ou que a unidade básica converse sobre ele, ou que nos chame, isso a gente tem feito sempre. O que que a gente viu, quando a gente começou a fazer esse movimento [alta do CAPS], a gente viu que algumas unidades básicas, em alguns momentos não estavam preparadas para aquele movimento de alta do usuário [...] (T4).

No encontro entre os residentes de São Lourenço do Sul e de Porto Alegre, a coordenadora do CAPS AD fala da dificuldade que são as altas, por que ainda existe aquela lógica, o paciente é meu, o paciente é teu, na verdade o paciente é da rede, só por que ele vai dar alta do CAPS que agora ele é só da atenção básica. E se a atenção básica não ta conseguindo cuidar desse usuário no território esse problema é nosso, por que é nós que temos que dar o suporte para atenção básica (DC).

Apesar das dificuldades do cuidado em saúde mental na atenção básica, a política de matriciamento parece ter movimentado a rede, aproximando os serviços e proporcionando melhor compreensão do papel da atenção básica e do CAPS AD no cuidado em saúde mental do território.

[...] a princípio eu acho que todos os casos de saúde mental, não eu acho, mas eu vejo que as pessoas, inclusive a rede de atenção básica, o pessoal ainda tem isso, que tem que ser do CAPS atender, que tem que ir pro CAPS... Mas com a política do matriciamento a gente percebe que muitos casos, não digo a maioria, mas muitos casos conseguem sim ser trabalhados e serem ajudados pela Atenção Básica, pelo pessoal do posto, em conjunto com o NASF, os ACS acho que acabam nos ajudando muito nisso, e acho que têm sido uma desconstrução. Antigamente, quando eu pedia ajuda pra algum profissional agente de saúde eles achavam que não conseguiriam fazer nada, e agora eles já veem que às vezes a coisa é mais sentar com o paciente, se colocar à disposição dele, essa simples mudança dos ACS já tem ajudado muito pra essa rede de atenção psicossocial se unir mais e cada vez mais se ajudar. Porque o CAPS sozinho não consegue estar no território, o CAPS não consegue entrar dentro das casas, saber como é a vida daquela família, e isso com a ajuda das equipes de ACS tá acontecendo agora (T10).

[...] Aqui mesmo, os profissionais vêm todas as semanas no posto de saúde, tão aqui na unidade, se precisar fazem visitas, vão até o território mesmo, porque a gente vê outra realidade. Se a gente fica só dentro do CAPS, eu vou conhecer o que o paciente me trazer. Mas se eu sair e for até a casa do paciente, vou conversar com o familiar, vou estar mais acostumado ali, eu acho que isso o matriciamento têm feito e têm ajudado muitos casos, até porque chega ao ponto de os pacientes se negarem a ir ao CAPS. Então eu acho que ajuda muito.[...]. É uma pena a gente não conseguir, porque se a gente for ver, são três postos que tem matriciamento. Os outros onze não tem. Então ainda fica uma boa parte sem essa ajuda, mas esses que têm, eu acredito que isso aconteça também porque não adianta ter quantidade e não ter qualidade, então esses três que tem, tem a qualidade que precisa pra resolver de verdade aqueles casos, e isso tem acontecido, eu acho [...] (T10).

No contexto deste estudo, os profissionais caracterizam matriciamento quando há apoio nas reuniões de equipe da ESF dos profissionais dos serviços especializados e da Residência em Psiquiatria. Apenas em uma das ESF ocorre esse matriciamento sistemático, que também conta com a participação do NASF, da redução de danos e da preceptora da residência. Em outras duas unidades ocorre apenas a participação dos redutores de danos e da Residência em Psiquiatria. Já nas demais ESF não ocorre matriciamento, a equipe recebe apoio do NASF, e, às vezes, a redução de danos e o CAPS AD participam das reuniões. Nas estratégias em que o matriciamento ocorre, os profissionais percebem um cuidado mais avançado em saúde mental, constituindo-se como uma estratégia efetiva que tem contribuído para o trabalho das equipes.

No âmbito das articulações entre a ESF e o serviço especializado, outro ponto problemático é o fluxo assistencial do sistema de referência e contrarreferência. Por relações de referência compreende-se o encaminhamento do usuário para serviços que mais se adaptem às suas necessidades e às características pessoais, isto é, à complexidade de seu caso. A

contrarreferência é o processo por meio do qual esse último serviço fica responsável por prestar o cuidado necessário e encaminhar a pessoa de volta para o serviço inicial, viabilizando o cuidado compartilhado (COSTA, 2015).

Em São Lourenço do Sul, a contrarreferência do hospital para a Atenção Básica não vem ocorrendo. A atenção básica, muitas vezes, fica sem informações da internação e com dificuldade de manter continuidade do cuidado, tanto para a família que está no território quanto para o usuário após o período da internação:

[...] Com o hospital é muito difícil, digamos, a relação no sentido de ter a informação do paciente [...] o paciente quando sai do hospital, não sai com uma contrarreferência pra unidade, sai com uma referência direto pro CAPS. Então a gente só vai ter uma referência do paciente quando o paciente receber alta do CAPS. A gente não sabe mais nada do que tá acontecendo, a gente não é comunicado, digamos, pra ver o que tá acontecendo lá na família, pra ver o paciente ou fazer tal coisa (C17)

Olha, eu acho muito bom. Eu acho que funciona tudo. Um exemplo que eu te dei, a contrarreferência, que a gente recebe do CAPS sempre, quando. Porque às vezes tem que ter, a gente manda a referência quando encaminha daqui, e a contrarreferência tem que vir. Só de um lugar que a gente nunca recebe contrarreferência, nem ligações, é lá dentro do hospital, quando vai pra lá [...] (C14).

Assim, é possível perceber que entre as dificuldades nesse processo está a organização do próprio fluxo estabelecido, pois os usuários, muitas vezes, são referenciados do hospital direto para o CAPS AD para a continuidade do tratamento no acolhimento 24 horas, ou seja, sem retornar para o território de moradia. Entretanto, de acordo com os profissionais, a contrarreferência seria importante, não pelo documento em si, mas pela troca de informações sobre o usuário, sua internação e o processo de alta do hospital, de forma que, mesmo havendo continuidade de tratamento no CAPS AD, essa troca poderia ser realizada via telefone, visando ao melhor acompanhamento das necessidades da família pela Atenção Básica.

Em relação à articulação entre ESF e CAPS AD, o sistema de referência e contrarreferência já parece fazer parte da rotina que envolve esses serviços, havendo, além da comunicação por documento, o uso de telefone, com o repasse das informações das ações que foram realizadas:

[...] Funciona bem, em minha opinião assim [...] quando eu preciso aqui, porque eu tenho certeza que se eu tivesse um usuário, e tivesse aqui, e precisasse entrar em contato com o serviço deles, logo viriam, ou a gente ia poder encaminhar e eles atenderiam. A gente tem uma boa resposta pro que é encaminhado, porque, por exemplo, hoje eu encaminho, é atendido lá e logo na parte da tarde eu já tenho um retorno da enfermeira ou de alguém que atendeu. E quando chega alguém nosso lá

também. Porque às vezes eles vão direto, eles não passam por nós aqui; eles [CAPS AD] logo me ligam também, e que identificaram o problema com aquela família, perguntando se a gente pode acompanhar aqui, ou só pra nos passar o caso mesmo [...] (C14).

[...] não temos nenhuma dificuldade, nenhum problema, a gente encaminha, e chegou até nós, a demanda chega até nós. Como eu te digo, a nossa demanda ainda é espontânea, de eles chegarem até nós, e atendidos aqui por mim, se a médica não tá, e se faz o sistema de referência, e nós procuramos de não só fazer o papel, mas de fazer o contato por telefone, já dizer o que se passou, que eu acho que é melhor do que tu mandar um papel. E a gente tem essa facilidade do telefone, então a gente sempre liga, dizendo que tá encaminhando um paciente assim, assim... que eu acho que facilita. Não temos problema com a rede. A gente consegue tudo, [...] em relação à rede do município, tranquilo (C13).

[...] Ah, eu acho que funciona. Tem um trabalho, geralmente quando precisa a gente vai fazer esse encaminhamento, muitas vezes volta com a contrarreferência com a gente, pra gente [...]. Geralmente eles [CAPS] dão a contrarreferência. E geralmente eles vêm nos procurar [...] eles é que procuram assim, a gente. Ou eles procuram o pessoal e dizem, "ó, o fulano deu alta, pode seguir pelo posto?" "Não, pode" (C19).

Conforme destacam os profissionais, o contato telefônico, com a troca de informações, é mais efetivo do que o documento, pois se não houver comunicação entre as equipes fica o critério de utilizar o documento de referência para procurar o serviço. Essa situação, muitas vezes, acontece e tem sido percebida como uma falha de comunicação entre os serviços da rede:

[...] O paciente, vêm com o paciente, o paciente traz um sistema de referência, de contrarreferência na verdade, o paciente é que nos procura. E aí ele traz um documento, onde diz das necessidades dele, da medicação que faz uso, e a gente continua o cuidado aqui. [...] Isso é uma falta bastante grande, assim. Se o paciente não vem por ele, ele vai vir quando precisar de algum tipo de assistência. Não tem um contato assim, do CAPS pra nos dizer, "o fulano teve alta, ele vai precisar disso". Não teve, por enquanto (C9).

A fragilidade na comunicação pode dificultar a continuidade dos cuidados que serão realizados, correndo-se o risco de reforçar a lógica de um cuidado fragmentado, no qual o indivíduo é atendido entre diferentes serviços da rede, mas estes não se comunicam, não organizam as ações para a tomada de decisão compartilhada.

Em seu estudo, Dimenstein et al., (2016) identificam que a coordenação do cuidado não vem sendo implementada pela Atenção Básica, pois, ao encaminhar para outros serviços, a Atenção Básica não consegue acompanhar o itinerário percorrido pelo usuário ao longo da rede. Isso prejudica a amarração necessária entre os serviços, de modo que o usuário acaba se perdendo dentro do sistema.

Para estreitar essa relação entre CAPS AD e ESF, uma das estratégias organizadas pelas equipes do CAPS AD foi a organização em técnicos de referência, na qual cada técnico do CAPS AD tornou-se referência para determinada equipe da ESF:

O CAPS ele tem cada profissional técnico é responsável por duas unidades. Então a gente uma vez por mês vai até a unidade, seja zona rural ou urbana e a gente discute os casos, quando a gente não consegue ir, com alguma dificuldade, por que o tempo tá limitado, ou por dificuldade de transporte, a gente faz contato telefônico, mas a gente não abre mão desse contato.[...] Então assim, oh com a atenção básica ela pode melhorar, tem profissionais que investem mais tempo nessas discussões (C1).

Com essa forma de organização, os profissionais percebem que as equipes da Atenção Básica se sentem mais apoiadas para o cuidado em saúde mental. Entretanto, o contato por telefone ainda se estabelece como principal meio de comunicação, e também nem todos os técnicos de referência realizam o contato com os territórios:

Eu faço meio culpa, eu não vou desde junho na UBS. E acho que acontece mesmo, aí é horrível tu dizer, mas eu acho que também está assim com os meus colegas (T3).

[...] a gente tem uma referência em cada CAPS, e aí na verdade era pra vir, essa referência era pra vir uma vez por mês, pra gente conversar, discutir casos, mas não tá acontecendo mais. E o hospital também (C15).

Como é que eu vou te dizer assim, eu acho que depende de cada território. Eu acho que tem lugares que a rede é mais fechada, está mais tramada, por que não adianta, eu sou eu, profissional, o outro é o outro profissional e cada um vê de um jeito, cada um tem uma formação diferente, busca coisas diferentes, entende rede diferente, então asso está colocado, está posto na mesa, então dependendo de cada caso um consegue dar mais atendimento[...]. Eu sou referência pra todos que são de lá, e na reunião eu pergunto um a um [...] eu acho que nós temos os compromisso, de quando ir na reunião, às vezes tu pode não ter nada pra falar mas tu tem os nomes de cada, aí tu saber que é o agente comunitário que faz visita em qual quadra, da uma chegadinha lá ver como ele está pra mim, é uma forma de busca ativa, por que se tu não tem transporte tu tem que usar outros meios, os meios que existem e os meios que existem são esses [...] (T6).

Com o CAPS a gente tem alguns retornos, assim [...]. Às vezes depende de algum paciente, se precisa falar sobre algum caso. Mas não é esta ligação assim, direto. Mas já foi melhor [...]. A gente vai, faz as visitas domiciliares quando tem alguma demanda, e o acompanhamento na unidade, e aí tem as consultas, quando a gente encaminha e vai pra CAPS, mas elas são muito espaçadas.[...]. Eu vejo um déficit assim, das pessoas que não vem aqui na Unidade os outros pontos da rede (C15).

A organização em técnico de referência traz para a reflexão as necessidades de sistematizar o trabalho de apoio especializado as equipes da atenção básica. No entanto, esse modo de organização exige algumas reflexões como: ampliação dos recursos humanos do CASP AD; os limites da organização em referência por profissional, bem como, os desafios e potencialidades da organização em referência por microequipe.

Apesar da necessidade de avanços, a organização em técnicos de referência para o território tem provocado a reflexão sobre a importância do CAPS AD em buscar essa comunicação sistemática com a Atenção Básica, entendendo que essa é uma de suas responsabilidades enquanto serviço especializado da rede. Essa estratégia também é uma forma

de melhorar a compreensão dos processos de trabalho dos serviços, contribuindo para que as equipes e os usuários não se sintam perdidos ou frustrados na rede.

O que às vezes eu acho que. [...] Como é que eu vou te dizer, se hoje eu quiser ligar pro CAPS AD, ou pra qualquer outro CAPS, Nossa Casa e tudo, às vezes falta a gente ter uma referência com quem vai falar. [...] [...] sabe, a quem tu vai referenciar? Vou ligar pro CAPS e qualquer um que atender o telefone pode discutir o caso comigo? Então às vezes eu fico. Eu acho que a gente meio que fica de mãos atadas, a quem procurar? Toda vez que eu ligar eu procuro a mesma pessoa, ou toda vez que eu ligar vai ter alguém disponível pra eu poder passar o caso tudo de novo? (C19).

A dificuldade também nossa é porque eu não sei, quando eu cheguei já estava tudo estruturado; é saber como funciona o CAPS. Porque a gente sabe mais ou menos como é pelo que o paciente nos fala, mas a gente nunca sabe, a quantas consultas tem de acolhimento antes da consulta com o médico, a gente nunca soube. A gente não sabe como que funciona o serviço deles lá. Então a gente acaba esbarrando nessa, e depois a gente não sabe depois explicar pro paciente. Se a gente já explicasse isso pro paciente, ele, digamos, não chegaria tão frustrado aqui de volta, como foi da primeira vez que chegou lá achando que iria resolver o problema dele e ele viu que não. Então, acaba esbarrando nessa questão. De saber como funciona [...] (C17).

Nesse sentido, no contexto deste estudo, os profissionais destacam a necessidade de melhorias na relação entre CAPS AD e Atenção Básica, buscando estender a comunicação para além das demandas de discussão de casos pontuais, ações específicas, ou mesmo do sistema de referência/contrarreferência. Dessa forma, os profissionais acreditam que deve haver uma melhor articulação entre esses serviços, de forma que o CAPS AD esteja mais presente na unidade, prestando o apoio especializado às equipes.

8.2.4 Cuidado em saúde mental na zona rural

A articulação entre a cidade e a zona rural é problematizada pelos participantes como uma das dificuldades do cuidado em rede na atenção aos usuários de drogas, sendo disparador para refletir sobre os “nós” da rede.

Um dos desafios do SUS e sua gestão em redes é a universalidade da atenção, por meio da garantia de acesso aos diferentes serviços da rede e de um cuidado integral. Esse desafio torna-se ainda maior em locais repletos de dificuldades, como é o caso do cuidado em saúde mental no interior. Nele, encontra-se um cenário marcado por problemas de acesso (estradas, transportes, unidades de saúde) e pela ausência de políticas específicas de saúde mental para a população rural, que considerem as especificidades de suas condições de vida, trabalho, e

dificuldades de atendimento especializado a esses moradores do meio rural (DIMENSTEIN et al., 2016).

É nesse cenário nacional que se insere a RAPS de São Lourenço do Sul, com suas particularidades de cultura, acesso, fluxos, equipes. Uma das peculiaridades do município é sua extensão rural que corresponde a praticamente metade do município. Em relação à cultura, os participantes destacaram o uso exacerbado de álcool no meio rural. É comum depois do trabalho, os homens irem até as famosas “vendas”, onde fazem uso de álcool, socializam e jogam cartas como uma forma de lazer e recompensa pelo dia cansativo de trabalho na lavoura. As festas e comemorações são regadas a muita bebida, como cerveja e Chopp. Além disso, o uso de bebida também é feito na frente das crianças e adolescentes, os quais, nessa fase, muitas vezes são incentivados a experimentá-la.

[...] É muito forte. A cultura alemã. E eu acho também assim, que talvez um pouco de lazer.[...] tu vai sentir isso assim, mais no interior quando se distancia muito da sede do município, onde a gente pega as pessoas, por exemplo, que trabalham durante o dia na lavoura, porque é a agricultura, a grande fonte de renda do interior do município, na zona rural, é a agricultura, e eles final de tarde vão pro comércio, que eles chamam de vendas, e ali é onde tem, vende bebida de álcool, tem aquelas mesas de sinuca, e eles ficam jogando, e isso a gente sabe que tem muito. E isso é uma questão cultural [...]. Porque desde pequeno os pais também incentivam um pouco os filhos já oferecendo a bebida. Por exemplo, tinha muito um campeonato de futebol, e a premiação eram engradados de bebida de álcool. Isso já é uma estimulação desde o adolescente, desde a criança. E aí eles crescem naquele meio, vendo o pai fazendo isso, e eles seguem fazendo isso (C13).

[...] isso sempre foi um problema o uso de álcool na zona rural, e aqui principalmente na região, é que o ambiente que é utilizado pra diversão é o mesmo do consumo (T5).

E tu vai ver que pro interior eu acho que ainda é pior, porque eu acho que ainda lá, a mulher ela submete e ela acha aquilo normal, sabe, a coisa do homem. Aqui tem muito mais, aqui tem muita droga, mas o uso do álcool no interior é muito forte. O homem vai todos os dias na venda, volta tarde. Então isso é uma violência, é uma violência pra esposa, que fica em casa sozinha, às vezes cuidando dos filhos; e é uma violência pra ele também (C11).

[...] Eu vejo que no interior praticamente é um uso de álcool, não tem outras drogas. Não sei se é uma impressão só minha, mas as drogas é muito na cidade mesmo. No interior, o colono, que tá lá, ele consegue ir até a venda e comprar a cachaça, e aí ele vai beber. Mas o uso de drogas mesmo, acaba que praticamente acho que não acontece lá fora, acho que é mais na cidade. Acho que essa é a grande diferença [...], tem toda a questão cultural. [...] Vamos pensar lá no interior mesmo, o interior, o pessoal que vai pra lavoura, que trabalha com agricultura mesmo, faz um trabalho bem pesado, é um trabalho bem cansativo, é um trabalho sem nenhum tipo de respaldo, eles passam o dia de pé, eles ficam no sol, eles comprometem a saúde em vários sentidos. Então o único lazer deles é poder ir na venda, conversar com um amigo, eles têm muito jogo no interior, eles se reúnem pra jogar carta, e aí eles acabam que durante esses eventos, que na cabeça deles é lazer, fazendo uso de alguma bebida. Então eles têm a bebida associada ao lazer. É o que eu vejo, assim, e aí acaba que "ah não, coitado, trabalhou tanto, deixa ele tomar a cachaça dele", "deixa ele tomar a cerveja dele, ele tá descansando", e não enxergam que aquilo ali

pode ser o começo de alguma dependência. Porque é o que acontece, porque lá no interior as pessoas começam a trabalhar muito cedo, crianças com 10 anos já tão indo pra lavoura há tempo, e aí se um adolescente vai pra um baile e bebe demais, "ah, coitadinho, ele trabalhou tanto, ele mereceu" (T10).

De certa forma, uso de álcool faz parte de muitas práticas culturais, religiosas e sociais, e é percebido como prazer para muitos usuários. No Brasil, desde antes da colonização europeia, os povos indígenas produziam uma grande variedade de bebidas alcoólicas fermentadas a partir da mandioca e de frutos — o caju, o abacaxi e a jabuticaba. Sua utilização era destinada a rituais e festas determinadas pela cultura indígena, como nas comemorações pelo nascimento de uma criança, nos rituais de maioridade ou em orgias canibalescas (ALARCON, 2012).

Entretanto, o que fica em destaque na cultura pomerana é o uso de álcool de forma exacerbada, conferindo a essa prática a associação com a situação de violência, transtornos relacionados ao uso de álcool e suicídio (POTRAZ; COSTA; JARDIM, 2014; JAEGER, MOLA; SILVEIRA, 2018).

Um aspecto que chama a atenção na cultura pomerana é a relação entre a iniciação ao consumo do álcool na adolescência e o ritual de Confirmação da religião protestante, considerada a religião predominante no município (49,61%). A Confirmação, no meio rural, é uma celebração importante para as comunidades e famílias, pois é o momento que marca a passagem do adolescente para o mundo adulto comunitário, estando autorizado a ir a festas e a fazer o uso de bebida alcoólica (DREHER, 2005).

[...] aqui, depois que eles fazem a confirmação já podem beber, vão pra festa, vão pra tudo[...]. E começa, e gera uma coisa de cultura, de ver o pai beber todos os dias, até mesmo os pais já oferecem dentro de casa. Mas é como se fosse depois se eles virassem adultos, aqui fora (C19).

É uma demanda bem grande por que pela cultura pomerana, o primeiro porre digamos aceito pela família e isso demarca bem um rito de passagem, é quando o jovem aos 12 anos, 11 anos. Como a religião predominante no meio rural é a protestante o que seria a comunhão, a primeira comunhão no meio católico é a confirmação, a confirmação no meio rural é como se fosse uma festa de casamento, é um evento então naquele momento ali o adolescente ele ganha uma moto geralmente como presente e ele é liberado a tomar o primeiro porre e isso faz parte da cultura, então as próprias festas religiosas de comunidade em que a gente observa que todo o final de semana tem, por que o nosso município em extensão territorial, são quase três mil quilômetros de estrada de chão, então territorialmente, o meio rural ele é bastante extenso, se formos a festas de comunidade a gente vai ver que o consumo de álcool é exacerbado, muito exacerbado, então merece uma atenção especial (T1).

Ah, isso daqui, se tá com os pais na festa, às vezes antes dos doze já tão enchendo a cara. [...] Às vezes nem esperam confirmar [...] (C17).

Durante a observação participante também foi possível perceber muitos relatos de usuários do interior que justificavam o início dos problemas com o uso de álcool e outras drogas devido às dificuldades econômicas enfrentadas em períodos de condições climáticas adversas, prejudicando o trabalho no campo.

No Rio Grande do Sul, uma pesquisa realizada com 2.469 fumicultores, residentes em 219 propriedades rurais do município de São Lourenço o Sul, indicou uma prevalência alta de consumo de risco de bebida alcoólica e de beber pesado entre agricultores que plantam fumo, sendo de 4,7% e 1,09% em mulheres, e 30,8% e 4,8% em homens, respectivamente. Entre os fatores relacionados à alta prevalência destacam-se: o nível de diversificação na renda, o endividamento das famílias, as intempéries, as longas jornadas de trabalho pesado e os riscos ocupacionais ligados à manipulação de agrotóxicos (FÁVERO et al., 2018).

Diante da cultura de uso de álcool, o seu uso abusivo muitas vezes não é considerado pela comunidade como um problema que exige intervenção de saúde e/ ou necessidade de um tratamento. Dessa forma, os casos que chegam até as equipes de saúde já apresentam situações agudas, como doenças cardiovasculares, violência e/ou dificuldade de convivência no âmbito familiar e acidentes de trabalho.

[...] porque muitas vezes a gente só consegue ajudar quando o problema já tá instalado, e principalmente quando compromete a saúde clínica como um todo. Aí é "ah não, agora eu vou precisar me cuidar porque eu estou com alguma outra coisa", senão [...] (T10).

[...] às vezes tem áreas que não tem e a gente não fica sabendo. Ou quando eles vêm até aqui, ou quando já tá num limite, assim, e já tão. Vão ter que ir e ser internados já na psiquiatria ou em algum lugar. Aí sim eles entram em contato com a gente: "ó, tem um paciente teu que veio direto pra cá". [...] Isso pode acontecer (C14).

Realmente assim, procuram ajuda quando é aquela pessoa que já tá muito, muito doente mesmo, que bate, que se torna agressivo, e que aí o familiar ajuda, pede ajuda. Mas muitas vezes, não é que seja tarde, eu acho que nunca é tarde pra fazer o tratamento, mas não poderia, não precisaria chegar nesse ponto (C13).

A gente tem bastante dificuldade, geralmente os casos que vão chegar pra nós de alcoolismo assim é quando já tá com um problema no contexto familiar. Porque geralmente a mulher quer se separar, os filhos tão brigando, tá tendo toda essa função. [...] Muitas vezes vêm em função da família. Querer que faça tratamento, querer ajuda, por causa do contexto que se tornou em casa, difícil a convivência (C19).

As dificuldades das equipes em organizar ações de cuidado voltadas à zona rural perpassam diferentes fatores, entre os quais a ausência de políticas que possam nortear o trabalho. Na mais recente política pública voltada à atenção integral das populações do campo

e da floresta não há qualquer referência à saúde mental, seja para indicar as particularidades territoriais, sociais e culturais que marcam os modos de vida dessas populações, as necessidades de saúde, os modos de adoecer e de cuidado, seja para nortear o planejamento das redes de atenção psicossocial (DIMENSTEIN et al., 2016).

O município também possui cinco áreas quilombolas, e, de acordo com uma das participantes deste estudo, é “muito forte a relação dessa população com o álcool”, muitos casos já apresentam comprometimentos clínicos e sociais relacionados ao uso abusivo. Essas comunidades são acompanhadas pela ESF e pelas equipes volantes do CRAS. No entanto, a relação entre a comunidade e as equipes ainda parece distante.

É muito forte a relação dessa população com o álcool. E daí isso interfere em toda a questão social também, de não trabalhar, de não querer buscar o posto de saúde. Esse paciente mesmo que tem problema mesmo, com a bebida, ele não vem no posto [...]. Eles negam que tenha algum problema com a bebida, mas muitos também não vêm porque sabem que "não, porque o médico vai mandar eu parar de beber" [...], eu nem vou no médico então". Tá ruim, tá mal e não vêm por causa disso [...] (C17).

[...] a colega agora comentou [...] ela fez uma ação no quilombo na primeira hora da tarde e percebeu assim tinham vários homens que estavam sem trabalho, eles fazem bicos no fundo, naquela uma hora da tarde mais ou menos alcoolizadas, isso no interior acontece muito (T12).

Na perspectiva do cuidado em saúde mental na zona rural, os participantes problematizam principalmente as barreiras de acesso. Para o morador da zona rural, a dificuldade de transporte tem sido uma barreira para o acesso aos serviços especializados da cidade. Alguns usuários não têm condições financeiras para pagar o transporte, sendo utilizado, muitas vezes, o transporte via carona. Há também localidades nas quais o ônibus só passa uma vez por semana. Esses fatores interferem na participação desses moradores na rede de atenção psicossocial.

[...] Eles não têm uma boa adesão ao CAPS aqui na nossa unidade. Então a gente tenta resolver as coisas por aqui. Porque o CAPS ele funciona muito bem, mas pra área da cidade, [...]. Tem várias coisas que fazem não ter uma boa adesão da população rural ao CAPS. [...] É que tudo, pra população rural, se torna o acesso mais. [...] É porque tu viu como é longe, são 60 quilômetros. É bem longe. [...] E tem áreas que são 20 km a mais pra dentro aqui, ainda. [...] É, e tem uma boa parcela da população que [...] E ônibus tem lugares que é uma vez por semana. [...] Tudo isso torna difícil pra eles. Então, tudo que a gente puder ter uma resolução por aqui a gente resolve pra eles. [...] sem falar a questão financeira. A passagem se torna cara e às vezes acaba que o que eles iam gastar, eles acabam gastando bem mais. Porque acaba que o ônibus vai de manhã e volta só à tarde, então eles passam o dia inteiro. [...] Então acaba dificultando muito essa questão de acesso. [...] (C17).

[...] Às vezes, eu quando consigo mandar eles junto com a hemodiálise, eles vão nos dias. Mas fora isso, eu vou te dizer bem sinceramente: a Kombi não é minha, eu não tenho aqui [...] (C14).

As comunidades rurais, historicamente, sofrem com a falta de recursos que lhes permitam circular nos espaços da cidade, onde está localizada grande parte dos equipamentos de saúde, de assistência voltada à população em geral. O CAPS tem características de um serviço eminentemente urbano, que serve melhor “às pessoas da cidade”, e para que o morador da zona rural o utilize é necessário investimento, como dinheiro e transporte, recursos considerados decisivos para o acesso a esse serviço (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012).

Dessa forma, a necessidade de haver contrapartida dos municípios e das próprias equipes é visível, e sem o investimento em recursos para o transporte a situação se agrava e o acesso integral e universal aos serviços não acontece (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012). Nessa situação, o usuário assume posição periférica na rede, não conseguindo aderir às terapêuticas propostas.

O transporte também é problematizado como uma das barreiras de acesso na articulação entre as equipes do CAPS AD e a ESF, comprometendo a organização e o planejamento de ações conjuntas.

É pela distância. A gente consegue fazer o trabalho. Tem a dificuldade, porque o pessoal do CAPS tem mais a dificuldade de vir aqui fora, na Unidade. Então eu acho que a maior dificuldade é devido à distância mesmo, do interior. E aí essa ideia da vinda dos profissionais do CAPS, da gente não ter tanto o acesso. O acesso tem, pro CAPS, mas tem essa dificuldade deles virem (C15).

[...] eu acho que o interior ainda tá bem descoberto, cidade a gente consegue, a gente tem um contato bom assim, com o CAPS, mas é aquilo, nunca é o suficiente (T9).

É eu não vejo tanto o planejamento das ações em conjunto, na cidade sim, mas os da zona rural eu não vejo tanto a ponto de ser um planejamento das ações, vejo mais como equipe de suporte mesmo assim, acho que ainda falta, acho que pela lógica mesmo da distância, mas assim sempre com bastante cuidado, com empenho, contato telefônico se precisa um recorre ao outros, mas acho que falta planejamento conjunto com a zona rural (T5).

[...] a gente acaba fazendo o contato maior por telefone, porque não tem como esperar até conseguir se reunir ou não, aí a gente faz o contato por telefone. E quando é um caso mais grave mesmo a gente tem que se reunir, tem que achar um turno que dê, tanto pra um quanto pra outro, pra se reunir e discutir o caso da melhor maneira. Nós tínhamos um caso de um senhor idoso aqui, que teve uma denúncia. Que ele estava sofrendo maus tratos do filho alcoólatra. Então veio a enfermeira do CAPS AD, veio a assistente social, veio uma técnica de enfermagem de lá, e foi mais a assistente social do NASF junto também. Então vêm, quando tem esses casos assim, eles sempre vêm. Se arruma (C14).

Apesar do crescimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especificamente de CAPS em todo o país, a realidade da atenção em saúde mental no campo se configura como uma das principais fragilidades, sendo que o acesso ainda precisa ser tratado com prioridade na dinâmica organizacional da RAPS (SILVA; DIMENSTEIN; LEITE, 2012).

Nas barreiras de acesso entre as equipes, os profissionais destacam a falta de transporte do CAPS AD III para se deslocarem até a zona rural e desenvolver ações de matriciamento e apoio às equipes da ESF:

Não tem matriciamento no interior, é o NASF, com a equipe, aí a gente conversa, e se necessário a gente contata o CAPS, e aí ou a gente traz o caso pro CAPS, ou raramente acontece do CAPS ir até o interior, foram poucos, assim que eu me lembre, os casos que eu peguei, de discussão de caso na estratégia. Acaba sempre a estratégia vindo. Por ser do interior, o pessoal acha que o transporte é mais difícil (T9).

Aqui a gente não tem essas reuniões de matriciamento, nem reunião com o NASF e o CAPS como tem lá na cidade. Pela própria dificuldade de deslocamento, de lá até aqui. Então essa parte fica meio em defasagem pra gente, não tem. Seria bom que tivesse, se tiver reunião de equipe a gente ia conseguir saber de tudo, saber (C17).

E nós já temos dificuldade com o carro da prefeitura. Hoje mesmo, ele nos deixa aqui e vai fazer outras coisas, e se eu preciso ir num médico, fazer um atendimento de algum paciente numa casa, aí não dá. De álcool e drogas, essas coisas, tinha a psicóloga, vinha o Educador físico[...]. E eles gostavam (C12).

Durante a observação de campo foi possível perceber que o transporte do CAPS AD é dividido com os outros serviços de saúde mental. Assim, quando os profissionais precisam ir a alguma ESF do interior, o transporte geralmente é marcado com antecedência e organizado para que outras equipes de saúde mental, como CAPS I e CAPS i, também possam aproveitar a carona. No entanto, como muitas localidades são distantes, a visita ao interior é longa, deixando a equipe da cidade sem transporte para fazer outra atividade.

No meio rural, de acordo com os entrevistados, o NASF é um importante recurso de apoio para as equipes, desenvolvendo o acompanhamento nas atividades da unidade, e, muitas vezes, atuando como uma “ponte” entre rural e cidade, minimizando as dificuldades dessa articulação.

É, assim, o nosso trabalho junto com o NASF funciona bem. Assim, com o NASF tá ótimo. Eles vêm, mais de duas vezes no mês, os agentes tem um acompanhamento direto, acompanhamento dos grupos, reuniões de equipe; fazem parte[...]. Fazem parte da equipe. Porque os profissionais que a gente tem mesmo mais contato, realmente, é do NASF (C15).

Eu acho que a própria equipe NASF foi facilitadora, não sei o que as equipes das unidades tão dizendo dos trabalhos do NASF, mas eu acho que a gente consegue, principalmente, pro pessoal do interior. Porque a gente não vai todos os dias pro interior, mas às vezes a gente vai num dia e traz aqui na cidade coisas que a equipe não consegue sair de lá pra resolver. Coisas pequenas, de encaminhamento, de documento às vezes (T9).

A redução de danos também é outro dispositivo de apoio mencionado. Timidamente, esse serviço vem participando na discussão de casos do interior, e estabelecendo

uma ponte entre a ESF e o CAPS AD. Atualmente, há pouca participação da redução de danos na zona rural, mas a proposta é que todas as unidades sejam acompanhadas.

[...] eu acho que nesses casos, no interior, falta um pouco o trabalho da Redução de Danos, que a gente tenta, que a gente participa dos grupos, hipertensos, diabéticos, então a gente tenta através da Redução de Danos. "Ah, tu tá bebendo quanto, qual é a hora que tu bebe? Mas isso te faz bem? Quem sabe se tu beber num outro horário? Mudar aquela rotina da bebida" (T9).

Aqui uma época tinha, mas agora o pessoal da Redução de Danos trocou muito [...] ficaram dois anos e foram embora, depois não sei como é que ficou... começou agora esse mês passado no Boqueirão. E aí eles disseram que em seguida vai vir o pessoal aqui. Trabalhar[...]É. Pra trabalhar, nem que seja uma vez por mês com o pessoal, com a equipe de agentes de saúde (C12).

Para suprir a dificuldade de transporte, os profissionais relatam situações em que foi necessário utilizar o carro do próprio familiar, ou até mesmo visitas domiciliares ao meio-dia, horário em que o carro está disponível:

Às vezes a gente, não é nem o correto, às vezes as pessoas vêm nos buscar e sai e faz, ou vamos a pé, o que é próximo a gente faz a pé. O transporte é uma dificuldade, é uma dificuldade (C13).

[...] tá bem difícil, assim. Porque às vezes eu preciso do transporte pra fazer uma visita. Tipo agora de manhã, se me ligarem pedindo uma visita em algum lugar, seja por uma emergência, por uma denúncia, para um curativo, eu não tenho transporte aqui. Ele vai chegar aqui acho que umas onze horas, mais ou menos. Se chegar às onze horas, porque geralmente chega depois. Aí eu tenho as visitas programadas, a gente fica no horário do meio-dia, o que não deveria, porque é pra almoçar; fazendo visita, porque tem que ser feita, porque depois no turno da tarde eu tenho os grupos, de hipertensos e diabéticos, e é tudo longe. E que não é nunca pro mesmo lado do curativo, ou da outra visita, ou daquela denúncia que fizeram. A gente tá deixando de fazer certas coisas que deveria ser feita, às vezes os pacientes não gostam, ou reclamam, mas o transporte não tá aqui, o que é que eu vou fazer? (C14).

Uma das sugestões seria a disponibilidade de um transporte fixo para as equipes da ESF da zona rural, pois, além das ações programadas do território, o trabalho com pessoas é dinâmico e instável, sendo necessário o uso do transporte a qualquer momento. Há também o caso de pessoas que não têm como chegar até a unidade, sendo que a visita e o acompanhamento da equipe no domicílio são uma das únicas formas de acesso à saúde. Nesse sentido, o transporte fixo auxiliaria a qualificação do trabalho ao usuário de drogas no meio rural, contribuindo para a ESF cumprir sua função nesse ponto da rede.

A gente fala pra um motorista, fala pra outro, fala pro chefe dos Transportes, e cada um diz uma coisa diferente, parece que não[...]. Esse trabalho em rede nessa parte não tá funcionando. Mas eu espero que se resolva, porque realmente tá bem difícil, bem complicado essa parte. Eu, na minha opinião, como enfermeira da unidade,

trabalhando numa ESF, eu acho que tem que ter um carro à disposição da equipe todos os dias da semana. Como era. Nos anos atrás era assim, antes de começar a levar a hemodiálise, antes de ter PIM [Programa Infância Melhor], antes de ter o Criança Feliz. A Kombi ficava aqui. Tinha alguma emergência, não tinha [...]. O motorista poderia ficar a manhã inteira parado aqui. Mas tem dias que chega a ter duas ou três emergências aqui. Então o transporte, na minha opinião, tem que tá aqui (C14).

É, se digamos assim, eles conseguissem um transporte único pra hemodiálise, todas as unidades vão pro céu, porque todas referem o mesmo problema, de ter que deslocar o carro da unidade para a cidade, pra poder levar os pacientes. Ou seja, que daí vai todos os carros pra lá pra poder levar um paciente ou dois pacientes. Podia pegar os carros e fazer uma rota e juntar cinco, seis pacientes (C17).

A partir dos resultados expostos, entendo que a rede, no seu componente estrutural de acesso, não acompanhou a ampliação dos serviços, como a criação das ESF no meio rural, o Programa Infância Melhor, do “Criança Feliz”, e outras demandas de saúde que passaram a dividir, muitas vezes, os mesmos instrumentos de trabalho. Nesse sentido, a partir da ampliação dos serviços, torna-se importante rediscutir e planejar as necessidades, a ampliação dos recursos ou mesmo a sua otimização.

A dificuldade de acesso enfaticamente citada pelos participantes não envolve apenas a distância geográfica, que poderia ser facilitada pela disponibilidade do transporte, mas inclui também a dificuldade de acesso às redes de comunicação com outros serviços — telefone e sinal de internet. Em nenhuma das ESF do meio rural há internet, e o telefone utilizado, muitas vezes, é o do profissional, mas dependendo da localidade o sinal da rede é muito fraco.

Lá na cidade até dá porque tudo tem internet, fora até que eles consigam botar uma internet[...]. Porque nós não temos o acesso à internet. Sinal de telefone fraco, só da Oi. Nem o telefone, o telefone nosso foi a equipe mesmo que providenciou. Não tinha também (C17).

Aqui na minha unidade é a questão da [...] distância [...]. Porque a gente fica mais isolado, porque aí tem a questão do telefone, do não ter linha, e não ter internet, daí pra qualquer coisa que se precise [...]. Eu tento [...] eu consigo ali na janela. Do meu celular. É o que acontece. E aí já pega o Whats de alguns profissionais, que aí é mais fácil [...]. Dependendo. E aí conversa assim, mais por conta (C15).

Dificuldades relacionadas ao meio rural não se resumem à deficiência de estrutura, mas também à falta de propostas mais concretas de inclusão em ações de educação permanente, priorizadas para os profissionais da cidade:

[...] educação continuada. Mas é mais assim o que tem lá pro pessoal da cidade. Que eles fazem os eventos, as coisas, as atividades com o pessoal, com os postos da cidade é mais fácil eles fazerem esse trabalho do que aqui pra fora. É. Aqui. Pra colônia [...]. Até pela dificuldade do transporte, que eles não vêm trabalhar aqui fora,

com[...] Fazer essas atividades. E na cidade é mais fácil, eles não dependem do carro da prefeitura (C12).

Os profissionais também enfatizam a necessidade de fortalecer a ESF para o cuidado em saúde mental no meio rural. Por estarem mais próximas das famílias, essas equipes possuem um vínculo com seus membros, conhecem a dinâmica de relação entre eles, o papel da cultura e o ambiente familiar. Esses aspectos são considerados fundamentais para a abordagem do uso de drogas no interior, demonstrando o papel estratégico da atenção primária em ordenar o cuidado na zona rural.

[...] Como tem essa questão cultural, aqui fora assim, deles, a gente tem que saber muito como chegar e o que falar. [...] Cada um tem a sua particularidade, assim, que a gente tem que saber identificar isso, porque senão muitas vezes acontece de se perde totalmente o vínculo e depois é difícil recuperar de novo. [...] Ai tu acaba às vezes criando conflito entre eles, mas aí "ah, mas quem chamou, foi tu? Tu que ligou? Não era pra ter falado". Então é bem problemático, a gente tem que sempre senta, por isso que eu gosto que os ACS estejam junto, porque a gente comenta: "é fulano, o que vocês acham? Vocês tão acostumados a fazer a visita todos os meses lá, a gente conhece eles do posto aqui, mas da casa, quem entra na casa, quem senta e conversa é vocês". [...] Se a gente criar um conflito entre eles e não conseguir fazer nada ainda, piorar mais ainda a situação, é mais difícil, porque eles não vão querer receber outra vez e o problema vai continuar lá e provavelmente vai piorar [...]. Olha, o que dificulta [...] de às vezes não passar pela rede tudo, de se tentar resolver individual um caso. Alguém lá da cidade resolver um caso aqui do interior, ou no interior resolver o de lá, sendo que tu nem conhece a realidade. [...] A gente sempre tem que trabalhar em rede, isso melhora, a gente sabe que tem um resultado, e é positivo (C14).

O cuidado psicossocial conforme é destacado nas falas dos entrevistados deve ser comprometido com a vida das populações rurais: produzido no território, por tecnologias de cuidado singulares, contextualizado, sensível e eticamente voltado para as necessidades rurais. Dessa forma, na atenção primária é onde o cuidado psicossocial em saúde mental apresenta mais possibilidades de ser conduzido entre os trabalhadores e moradores do campo a partir da articulação de saberes e tecnologias. Nesse sentido, esse cuidado tem forte potencial de contribuir para o enfrentamento das iniquidades em saúde, das vulnerabilidades sociais e ambientais historicamente vivenciadas no campo (NETO; DIMENSTEIN, 2017).

Além disso, os usuários demonstram satisfação em serem atendidos em serviços locais, porque são mais acessíveis, menos estigmatizantes do que os serviços especializados em saúde mental e por conhecerem o contexto comunitário, portanto, são capazes de proporcionar um cuidado compartilhado e mais abrangente a essa população (RUUD et al., 2016).

Portanto, as estratégias de articulação para o cuidado do usuário de drogas na zona rural devem fortalecer a ESF na RAPS, priorizando ações articuladas às particularidades que

envolvem o rural e os diferentes elementos de acesso aos serviços. A produção de cuidado em contextos rurais revela uma diversidade de prioridades que devem ser investidas pelas políticas públicas e estratégias locais, considerando os modos de vida e necessidades dos serviços do campo em detrimento de práticas fragmentadas e pontuais.

Negociação e priorização sobre o conhecimento da situação atual

Na segunda etapa do Fórum Aberto foram apresentadas aos gestores todas as práticas consideradas necessárias para o trabalho em rede, na avaliação dos trabalhadores entrevistados. Foram apresentadas as ações/ atividades e instrumentos que facilitam o trabalho em rede, além das necessidades/dificuldades/desafios/, o que pode ser investido para melhorar o trabalho em rede. Nesse Fórum foram apresentados e discutidos os seguintes tópicos:

Quadro 5- Conhecimento da situação atual.

Ações/Atividades e Instrumentos já implementados que facilitam alcançar a missão da RAPS	Dificuldades / desafios / o que pode ser investido
Disponibilidade de diferentes dispositivos de cuidado	Cuidado em saúde mental na atenção básica
Residentes inseridos na rede: provocando reflexões e ajudando a repensar e articular o trabalho em rede	Matriciamento em todas as ESF: compartilhamento do cuidado entre CAPS e AB
Comunicação sem burocracia: contato telefônico/ município pequeno/ todos se conhecem	Contrarreferência: contato por telefone com a ESF
Matriciamento em algumas ESF Urbanas	Cuidado em saúde mental na população rural
Apoio da gestão municipal para o trabalho em rede	Rede de transporte: cidade e interior
Apoio do NASF nas ESF	Comunicação entre os serviços pra desenvolver ações em conjunto
Apoio da Redução de danos nas ações da AB e do CAPS AD	Estigma e preconceito social relacionado ao usuário de drogas
Espaço do Colegiado Gestor	Construção de ações preventivas e promotoras de saúde

A partir das construções sobre o conhecimento da situação atual, os gestores destacaram que uma das principais fragilidades da rede para o alcance da missão é o cuidado em saúde mental no interior do município, elemento a ser priorizado como perspectiva futura para o planejamento e a intervenção.

9 PLANEJAMENTO PARA O FUTURO - CONTRIBUIÇÕES PARA MELHORIA DA RAPS

Neste capítulo serão apresentadas sugestões para a melhoria nas articulações da rede, levando em consideração a priorização das fragilidades identificadas pelos grupos de interesse em relação ao conhecimento da situação atual. A partir da identificação deste ponto, os grupos de interesse demonstraram, no Fórum Aberto, disposição para planejar ações futuras, com base em um plano de ação.

Considerando que a organização de estratégias de cuidado depende de vários fatores, os gestores foram incentivados a planejar estratégias do futuro que estivessem dentro de suas possibilidades locais.

Nesse aspecto, os profissionais reforçaram a necessidade de colocar em prática um cronograma de matriciamento com as equipes da zona rural. A ideia é que esse cronograma seja construído junto com as equipes da Atenção Básica e a prefeitura do município para melhor viabilizar os horários entre as equipes e o transporte:

Nesse ponto da ação da zona rural, é uma das coisas que a gente já vinha conversando ao longo do ano no Nossa Casa e aí lá nessa capacitação acho que nasceu e a gente está elaborando um projeto pra apresentar pra conseguir e a gente tem o apoio matricial nas estratégias mas nada com cronograma, nada certinho assim, até pela questão do transporte, a gente se compromete aí chega aquele dia a gente não consegue ir para o interior, na nossa ideia lá do CAPS para o ano que vem é a gente ter um cronograma e aí por exemplo todas as quintas-feiras no turno da manhã, não sei são seis, sete estratégias na zona rural, então que a gente consiga pelo menos uma vez a cada dois meses ir na estratégia e discutir os casos específicos, organizar isso com o pessoal da enfermagem antes pra ver se dá, se é viável pra ver se elas acham que isso vai ser algo bom, ou se daqui a pouco elas vão me dizer, não eu prefiro que ir até o serviço, vê o que também demanda, mas uns dos nossos planos pra 2018 é essa assim, mas claro que pra isso a gente também pensa na questão do carro por que a gente quer que seja algo que venha e fique, a gente não quer abandonar, não quer chegar na quinta-feira o paciente teve uma crise e aí bah a Kombi não dá pra ir pra fora, e aí também a gente perde a credibilidade com quem a gente faz o contato, então por isso a gente tá elaborando um projetinho pra encaminhar pra gestão e ver essa questão [...] organizar o matriciamento no meio rural. Isso, a nossa ideia é essa pegar os novos casos, tipo uma matriciamento (FA).

Além disso, para melhorar o cuidado em saúde mental no interior, os gestores também planejam o investimento na informatização da rede, com tecnologias, por exemplo um *tablet* com *chip* para aproximar as equipes da cidade e interior. Esse investimento poderia contribuir para a troca de ideias, informação e orientação sobre os casos, porque muitas equipes do interior não têm telefone no serviço e enfrentam dificuldade de acesso ao sinal de internet. Esses

instrumentos de trabalho poderiam ser comprados com o dinheiro destinado à educação continuada das equipes.

[...] Já tô aqui construindo uma história, a gente tem o chip e não tem o telefone, tô tentando ver se pelo dinheiro da capacitação, a gente oferece aqui que vai ser pra capacitação continuada e comprar tablet com chip, e vira um telefone, ainda um telefone que ninguém vai usar pra casa, fica no serviço, e a gente consegue antes de toda a rede lógica tá funcionando, por que watts app chega em quase todas as áreas, inclusive lá no Santa Tereza eles roubam nos vizinhos o sinal, e aí a gente chega antes de tudo isso e aproxima a rede rural, por que tem coisas que muitas vezes a gente vai até o posto de saúde é muito mais gasto de tempo, dinheiro combustível, do que fazer esse contato pelo watts app. Por exemplo hoje, o marido de uma paciente minha do interior, ele me mandou um watts app hoje muito interessante, ele bota assim: Bom dia, comprei esse medicamento pra minha esposa, ele é genérico tem problemas ou pode ser esse mesmo. Aí perguntei por que? E ele disse não por que ela não ficou legal, aí quando eu cliquei ali na foto, Geolab, eu digo nunca ouvi falar nesse laboratório. E o que eu tinha te dado? A tu tinha me dado a amostra tal, eu digo então vou te deixar mais amostra aqui, e tu dispensa esse aí por isso que ela piorou, e isso rápido, tu imagina se é uma piora ter que vim aqui, marcar consulta, etc., aí ele mandou a foto da caixa de remédio, bem simples, e isso pode acontecer na conversa de orientar e uma série de coisas, só que aí tá toda. A informatização viria pra ajudar em todos esses itens (FA).

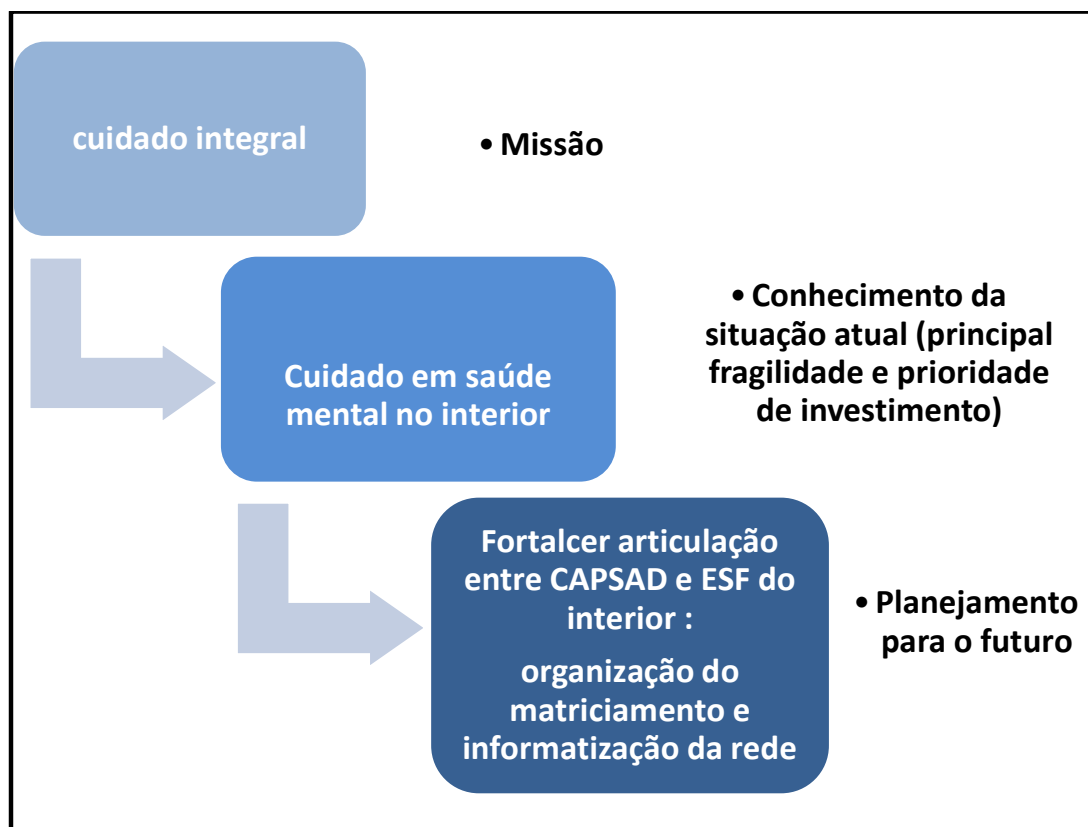
Uma das profissionais ressalta a preocupação em criar estratégias de aproximação entre as equipes para além da informatização dos serviços e palestras, destacando a importância do trabalho de sensibilização, compreensão das dificuldades do trabalho das equipes da Atenção Básica, e disponibilidade para o trabalho em rede.

[...] eu vejo além, eu acho que as pessoas têm que entender o sentido do trabalho delas, por que a gente fica olhando pro externo e para o que falta, mas tem coisas que são gratuitas como por exemplo o treinamento, uma sensibilização, uma leitura de qual são as dificuldades delas. Há um tempo atrás a gente fez um treinamento com o suicídio, que até o doutor Tiago fez uma explanação, e todo mundo preocupado suicídio, suicido, suicídio, e aí eu sento com o doutor Flávio e perguntei pra Saúde Mental, quantos se sentiam a vontade pra avaliar suicídio, seis e nós somos 40, ou mais? Então assim na questão da Atenção Básica, se não tão treinados a culpa é da saúde mental, por que nós não podemos exigir deles que eles saibam saúde mental, assim como tem muita coisa de atenção básica que eu não sei, mas a quem que eu vou recorrer? A eles, se a gente tiver, a referência deles são os serviços especializados, se a gente tiver fechado ou eles não se sentirem a vontade, de nos perguntarem, de ligarem a qualquer hora, ou de nós irmos até lá, não vai melhorar, eu acho que pode ter informatização dos serviços, palestrantes de fora, tem que ser ali oh unidade por unidade, e nós ver como é que nós vamos dar conta [...], mas nós tentar se fazer mais presente. Mas eu acho que é ouvi-los em primeiro lugar, o que que eles sabem, se eles se sentem à vontade, por que em 2005 chegavam alcoolizados no posto ia direto pro CAPS ninguém fazia escuta, e aí a gente foi treinando, só um pouquinho não é todo mundo que bebe que vai pro CAPS, então começar do, eu tô chegando a uma conclusão tem que começar no caso de álcool e drogas, começar do zero por que mudaram pessoas, e as pessoas muitas tem problemas nas suas famílias então é difícil ouvir e encaminhar as demandas de álcool e drogas (FA).

Dessa forma, parece haver maior engajamento dos profissionais da saúde mental em se fazerem mais presentes na Atenção Básica da zona rural, com metas acessíveis e concretas. Uma delas, em curto prazo, envolve a construção de cronogramas de acompanhamento da equipe do matriciamento. Em médio prazo, destacam o investimento na informatização da rede e o desenvolvimento de processos de educação presencial com as equipes.

Assim, visando uma organização do material advindo da produção de dados, apresento uma síntese das informações que compuseram as etapas de priorização e negociação do Fórum Aberto (Figura 13).

Figura 13 - Síntese das informações negociadas e priorizadas no fórum aberto



Fonte: Santos, E. O., dos, 2019.

Durante o Fórum Aberto também houve o retorno sobre a importância do processo de pesquisa na qualificação da assistência. Um dos profissionais destacou que a minha permanência em campo, com o desenvolvimento de uma pesquisa de doutorado, ajudou os

gestores a refletirem sobre o cotidiano do mundo do trabalho e a incluírem, em suas agendas estratégicas, ações de planejamento institucional para as necessidades atuais:

[...] então esse tipo de proposta, ela é extremamente interessante, eu gosto muito de um termo que os administradores privados usam planejamento estratégico, o Wilson Carvalho que foi um dos idealizadores do SUS, ele aplicou o planejamento estratégico ao SUS, esses itens aqui da pra ser ponto todos eles de planejamento estratégico, o apoio a redução de danos e ações da atenção básica mais CAPS AD, bom um problema, tempo para resolução, qual seria o plano, qual seria a solução do problema, o tempo pra isso e quem é o responsável por isso, pra ter uma linha, por que se a gente olha assim, é um monte de problema e a gente se apavora e eu peço demissão hoje, mas se eu dividir isso e botar tempo pra cada um deles, eu posso colocar que em três anos eu posso executar tudo isso. Então eu acho que se a gente conseguir transformar isso num planejamento estratégico, seria um show de bola, a gente pode até sentar e pensar nisso (FA).

Eu acho que a gente pode colocar isso na agenda, e tentar seguir esses itens esses itens. Qual é a minha sensação sobre isso? Isso me pareceu um quite de planejamento, metas a serem alcançadas (FA).

O Elitiele, eu estou pensando aqui cá meus botões, a riqueza do trabalho, pra isso estávamos dizendo, a gente teve alguns trabalhos do mestrado e doutorado aqui em São Lourenço do Sul, mas vocês vieram fazer trabalho de campo de acompanhamento, a riqueza disso que vocês estão nos trazendo desses dados, por que a gente não tinha feito uma pesquisa com esse teor de escutar esses monte de profissionais, de as pessoas serem ouvidas e de tu está promovendo esse momento de reflexão [...] (FA).

A partir do exposto percebo que o Fórum foi importante mediador para a priorização e planejamento das ações para o futuro, mobilizando os profissionais à tomada de decisão de modo participativo e reflexivo, com ações mais acertadas e pautadas nas necessidades dos diferentes atores da RAPS e possibilidades de investimento local. Essas considerações são importantes, pois estimulam os gestores a um planejamento pautado em evidências regionais, considerando as capacidades de suas RAPS e dos seus recursos disponíveis.

Considero que os gestores são grupos privilegiados para a tomada de decisão, podendo estimular mudanças nos processos de trabalho e reorientar modelos assistenciais. Nesse sentido, considero que o Fórum Aberto é um instrumento potente, não somente do ponto de vista da pesquisa avaliativa, dando voz aos interesses dos grupos, mas também como ferramenta de apoio aos gestores, tornando-se um mediador para relações mais democráticas, inclusivas e negociadas.

Até o momento de finalização da redação desta tese, os gestores e profissionais haviam implementado mudanças estratégicas em processos da rede, entre as quais a aquisição de três carros para a Secretaria de Saúde, sendo que um carro foi destinado à Saúde Mental. A aquisição do carro, acompanhado de um adequado planejamento e organização do seu uso, tem potencial

para aproximar as equipes de saúde mental aos territórios da zona rural, promovendo também uma melhor articulação entre o eixo zona rural-cidade.

Também estavam sendo implementadas estratégias de apoio em saúde mental na Atenção Básica da zona rural com o matriciamento, grupos de promoção de saúde mental álcool e drogas nas salas de espera das ESF e atividade de conversa sobre prevenção de álcool e drogas nas escolas do meio rural.

Certamente, essas mudanças envolveram planejamentos orçamentários dos gestores, priorização de ações e envolvimento na concretização de propostas visando o cuidado integral. Sendo assim, são estratégias que precisam de um trabalho constante de ação, reflexão e mudanças, visando sistematizar essas ações nos diferentes pontos da rede e oxigenar práticas pautadas na Reforma Psiquiátrica e na construção de um cuidado integral.

10 CONSIDERAÇÕES DOS ATORES SOBRE A PESQUISA

No *estar com* a rede foi possível perceber os modos como as pessoas foram movimentadas pelo processo de avaliação, levando-as a tomar maior consciência de seus processos e de sua importância estratégica para o desenvolvimento de um cuidado pautado no respeito às diferenças e às distintas visões de mundo:

[...] eu espero ter te ajudado, espero ter contribuído, e que não é só vocês que saem diferente. Às vezes vocês tocam em pontos que a gente, que às vezes a gente tá tão no dia-a-dia, aquela coisa sabe, da rotina, que talvez a gente não perceba, e nas entrevistas a gente consegue "bah, será que eu não posso fazer diferente, será que eu não posso fazer tal coisa?" (T10).

[...] eu acho que nesse teu trabalho vai aparecer coisas pra melhorar, e pra [...] Implantar, implantar e implementar. Acho que sim. [...] Claro que sim, vai surgir algumas coisas. Porque tu é de uma realidade diferente (C18)

Eu acho é que essa entrevista foi boa, assim, pra poder demonstrar. Porque a gente trabalha bastante e não tem um momento pra falar de como a gente tá no trabalho, do que é que a gente pensa, quais são as ideias; é muita coisa corrida. Eu acho importante, assim. E cada pessoa que tu vai entrevistar vão ser ideias diferentes, ideias novas, inovadoras [...]. Boas, ruins [...] acho que é isso, acho que foi bem bom! (T8).

No Facebook, houve um importante agradecimento da equipe que tanto admiro, transposto para a Figura 14:

Figura 14 - Apresentação sobre a pesquisa no CAPS AD III



Fonte: Facebook, CAPSAD III Pérola da Lagoa.

Além disso, nesse estudo, identifiquei que o processo avaliativo também impulsionou ideias para a construção de um instrumento de avaliação que possa auxiliar os gestores no desenvolvimento de sistemáticas avaliações na RAPS:

Hoje na reunião do colegiado gestor quando estávamos falando sobre a pesquisa, um dos gestores comentou que: seria bom se conseguíssemos fazer um instrumento de avaliação inteligente que possa ser avaliado ao longo do tempo, não só no momento (DC).

[...] existe falha na rede quando não tem comunicação, quando não tem discussão e quando não tem avaliação por que a gente tem que discutir sim, mas a gente tem que avaliar nossa rede de tanto e tanto tempo ai vem ao encontro do que o (gestor) solicitou: uma avaliação de tanto em tanto tempo da nossa Raps, por que como eu disse no início, o fato de tu ter uma série de serviços uma rede completa em todos os serviços não quer dizer que é efetivo é efetivo quando a gente senta de tanto em tanto tempo e quando a gente olha pra ela e vê. É a gente não pode ficar na paranoia de ficar assim, o PIM errou, eu errei, tu errou, por que a vezes a gente busca um culpado. Quando um serviço erra a gente errou, por que? Por que a gente não sentou, por que a gente não avaliou as coisas não podem ser “ah está dado”, pode tá dado pra mim e não está dado pro nossa casa, que bom que a gente tem a reunião de coordenação, mas a gente precisa mais discutir as políticas e não só com a saúde mental, a atenção básica tem que conhecer a política de álcool e drogas e de saúde mental, então assim ela pode falhar. As pessoas que dizem que trabalhar em rede é difícil, eu acho que elas não conhecem a ideia de rede, mas não é culpa delas, a gente tem coordenadores das políticas no município que tem que investir em treinamento, reunião e avaliação, por que é processo de trabalho, é olhar para o processo de trabalho, e as vezes acontece assim o ad tomar uma conduta, e daqui a pouco a esposa de um usuário do ad ter outra orientação isso é lamentável, isso é falta de avaliação (C1).

Um instrumento de avaliação poderia auxiliar os gestores no desenvolvimento estratégias para institucionalizar a avaliação, considerando também a experiência que tiveram na avaliação de empoderamento, podendo articular instrumentos e tecnologias à processos comunicacionais, dialógicos e participativos nas suas avaliações.

Dessa forma, percebemos que essa abordagem também fortalece discussões em torno da institucionalização da prática avaliativa na RAPS, para que a avaliação torna-se um processo estratégico de gestão na construção de efetivas e contínuas mudanças assistenciais que superem o término dos cronogramas formais dos projetos.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos percorridos nesta tese produziram muitos desafios, aprendizados, construções, reflexão e envolvimento com a RAPS de São Lourenço do Sul. Assim, destaco aqui algumas considerações, que certamente não finalizam esta pesquisa, mas revelam a análise sobre o desenvolvimento do processo, outros questionamentos e novas ideias para futuras avaliações.

Definir, inicialmente, o objeto da pesquisa — a avaliação da RAPS — exigiu a aproximação com os diferentes conceitos e práticas que envolvem a pesquisa avaliativa e a rede de atenção psicossocial. Avaliar uma rede trazia como desafio a inclusão dos diferentes trabalhadores e gestores que participam dessa trama, conhecedores das necessidades e potencialidades do trabalho em rede e atores importantes dessas conexões.

Do ponto de vista metodológico, a avaliação de empoderamento apresentava o desafio de refletir sobre outros modos e propósitos da avaliação por meio da participação e da construção de espaços coletivos, visando ao empoderamento dos grupos de interesse, à apropriação do processo avaliativo, ao estabelecimento de prioridades e à tomada de decisão. Dessa forma, com o objetivo de promover o encontro entre a pesquisa avaliativa e a RAPS, e a partir disso, desenvolver um processo avaliativo que pudesse gerar reflexão e possibilidades para melhoria e qualificação das práticas na rede, construiu-se a presente pesquisa avaliativa em suas especificidades.

Estar com a rede, acolher as suas necessidades, e estabelecer relações com os atores foi fundamental para a condução de uma proposta participativa, favorecendo a compreensão da pesquisadora sobre o contexto local, garantia do uso de espaços da RAPS para dialogar sobre a avaliação e a confiança dos atores para se envolverem com a proposta. Assim, de um caminho que inicialmente se mostrava cheio de incertezas, a pesquisa foi tomando forma e assumindo espaço na rede.

Essa proposta provocou movimentos de deslocamento, tanto na rede que se organizou para me receber, me inserir em suas atividades, e compreender a proposta de uma avaliação participativa, quanto na avaliação em si, a partir de contornos e possibilidades de abertura locais. Essa relação construída permitiu a abertura para o novo, sustentando-se em momentos de trocas, aprendizado, experiências e planejamento.

Nesse *estar com a rede* estabeleceu-se uma relação não só com a situação atual da RAPS, mas também com a sua história, a qual se mantém viva nas narrativas de gestores,

profissionais e comunidade. A construção da RAPS no município tem uma história de 30 anos, alicerçada em articulações entre serviços comunitários de cuidado e ações intersetoriais.

No contato com as memórias de pessoas que vivenciaram a construção da RAPS foi possível perceber que, no município de São Lourenço do Sul, a estruturação e as especificidades da rede para a atenção aos usuários de drogas tardaram a ser pauta de discussão. Os primeiros serviços e ações tinham como alvo a abstinência com ações pontuais e funcionamento ambulatorial. Após a instituição da RAPS, ocorreram mudanças no funcionamento dos serviços e de suas propostas. Na rede foram inseridas as equipes de redução de danos, o CAPSAD, no seu funcionamento 24h, e a construção de uma ala especializada no atendimento ao usuário de drogas no hospital geral. A inserção desses serviços foi acompanhada por novas propostas que colocavam em questão os saberes e práticas até então instituídos de fragmentação na atenção aos usuários de drogas, desafiando os profissionais a trabalharem em conjunto, a se conectarem, e a estabelecerem uma linguagem pautada na política de redução de danos, envolvendo serviços que até então eram pouco incluídos nessa discussão — a ESF, o CAPS infantil e a Lokomotiva.

Dessa forma, compreendo que a instituição de redes no cuidado aos usuários de drogas em São Lourenço do Sul é recente e vem acompanhando as tendências de discussão de proposta nacional da organização da RAPS nas regiões de saúde. É possível dizer que experiência do município no cuidado em saúde mental, em serviços comunitários pautados nos princípios da Reforma Psiquiátrica, tem contribuído para fortalecer debates, propostas e reflexões de um cuidado em liberdade na atenção aos usuários de drogas. A partir dessa concepção, há o estímulo para que os profissionais reflitam, constantemente, sobre suas práticas e modos de organização, pois as fugas de um modelo instituído são desafios das RAPS e ainda há longos caminhos a serem construídos.

Ao caminhar na rede *com* os trabalhadores pude participar das articulações estabelecidas entre serviços, usuários e o território, percebendo que a construção de redes no município de São Lourenço do Sul ocorre de diferentes formas, envolvendo: reuniões entre equipes para discussão de casos, matriciamento, contato pelo telefone, elaboração de documentos, articulação para discussão de casos específicos, construção de PTS, oficinas na comunidade, reuniões no colegiado gestor, reuniões do CRAS.

Ao participar das atividades da rede pude auxiliar nas diferentes etapas que envolveram a missão, o conhecimento da situação atual e o planejamento para o futuro. Nesse processo de trocas, construiu-se como missão da RAPS de São Lourenço do Sul a proposta de um cuidado integral. A construção da missão permitiu que os profissionais refletissem sobre as práticas que

desenvolvem atualmente, compreendendo que para alcançar a missão de um cuidado integral são necessárias mudanças de práticas e das lógicas de atenção, centralizando o cuidado no sujeito e não na substância. Para essa proposta foram elencadas práticas preventivas, conectivas, de redução danos, voltadas para a dimensão social, e a manutenção da estruturação atual da RAPS em sua proposta de formação e cuidado em liberdade.

Em relação ao conhecimento da situação atual foram evidenciadas as potencialidades da rede local que tem contribuído para a construção de um cuidado integral, e também as dificuldades e necessidades para o alcance dessa proposta. Entre as estratégias que facilitam o trabalho foram realizadas reflexões sobre a organização da rede enquanto espaço de Formação em Residência, a estruturação da rede com diferentes serviços para atender as necessidades dos usuários, o apoio da gestão em propostas que visem fortalecer o cuidado em saúde mental, e as facilidades de acesso entre os serviços devido às características do município. A proposta para identificar as potencialidades da rede local também buscou fortalecer a manutenção dessas práticas, valorizando as propostas locais que contribuem para os trabalhadores da rede.

Entre as dificuldades e necessidades do trabalho em rede, na construção do cuidado integral, os trabalhadores destacaram reflexões sobre preconceito e estigma presentes, em relação aos usuários de drogas, as fragilidades de articulação no cuidado em saúde mental na Atenção Básica, as dificuldades da construção de um cuidado em saúde mental no interior do município.

Entre as dificuldades do trabalho os gestores priorizaram a necessidade de investimento na articulação entre o rural e a cidade, visando fortalecer o cuidado em saúde mental no interior. As reflexões sobre essa articulação permearam a compreensão de que as fragilidades de saúde mental na zona rural não envolvem apenas o acesso pela facilidade de um transporte, mas envolve também estratégias de organização para a inclusão do contexto rural nas ações da rede.

No planejamento para o futuro foram identificadas ações consideradas prioritárias, considerando a missão da RAPS e as dificuldades identificadas no trabalho em rede. As sugestões para o futuro envolveram estratégias de ligação entre os pontos da rede, visando fortalecer o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, em específico o cuidado em saúde mental na zona rural.

Planejou-se a organização de estratégias de apoio do CAPSAD as equipes da ESF da Zona rural por meio da construção de um cronograma de matriciamento. Além disso, construiu-se propostas para a informatização da rede por meio do planejamento de recursos e logística para a aproximação do rural e cidade por meios de comunicação rápida como o telefone e

internet. Problematizou-se a necessidade de investir em estratégias de aproximação entre as equipes para além da informatização dos serviços envolvendo principalmente trabalho de sensibilização, compreensão das dificuldades do trabalho das equipes da atenção básica, e disponibilidade para o trabalho em rede.

Nessa trama, percebo que a pesquisa avaliativa também foi um conector das redes, pois colocou em análise os processos e práticas de articulação local, aproximando os profissionais em torno dessas reflexões e da construção de propostas para o trabalho articulado.

Assim, os objetivos desta tese foram alcançados, pois foi possível avaliar a rede, conhecer sua dinâmica de funcionamento, as estratégias que sustentam e dificultam o trabalho, e as ações prioritárias para o fortalecimento da RAPS local, por meio de um processo avaliativo de empoderamento junto aos grupos de interesse. No caminhar na rede *com* os trabalhadores pude participar das articulações estabelecidas entre serviços, usuários e o território, percebendo que, para o trabalho em rede, a presença de dispositivos de cuidado é importante, no entanto, a construção da rede ocorre pela relação estabelecida entre os atores, em processos de comunicação, encontro, e planejamento como: reuniões entre equipes para discussão de casos, matriciamento, contato pelo telefone, documentos, articulação para discussão de casos específicos, construção de PTS, oficinas na comunidade, reuniões no colegiado gestor, reuniões do CRAS e Fórum Aberto.

Nesse sentido, a tese foi confirmada, pois a rede de atenção psicossocial demonstrou se constituir de relações entre serviços e pessoas em movimento, e não apenas pela presença de pontos específicos de atenção. A avaliação da rede indicou possibilidades para transformar práticas em busca de um cuidado integral e resolutivo articulado com as premissas da Reforma Psiquiátrica, mesmo diante das dificuldades, contradições e desafios que se apresentam no campo da atenção aos usuários de drogas.

A avaliação desempenhou um papel importante na compreensão da rede e decisões que estruturaram a tomada de decisão dos gestores, alicerçada em potencialidades, avanços, entraves e dificuldades a fim de alcançar melhores resultados no funcionamento da RAPS. Contudo, isso não é suficiente sem a mobilização contínua dos atores envolvidos nesse sistema e estratégias que estimulem sua participação e análise, valorizando-os enquanto sujeitos importantes dos processos de mudança.

Além de auxiliar a rede local, a avaliação também pode mobilizar decisões que estruturam o SUS, indicando caminhos para a construção de fluxos e organização, subsidiando, assim, a construção de redes integrais, acessíveis, e redes que considerem as necessidades dos

usuários de drogas, utilizando estratégias de redução de danos, de redução de estigmas e preconceitos, e a inserção social do usuário.

Uma das limitações da pesquisa foi não ter realizado a organização de mais fóruns abertos para acompanhar as ações que foram planejadas com o grupo de gestores. Pelo fato de o campo de pesquisa ser um universo novo para a pesquisadora, foi necessário um período de aproximação com o contexto do estudo. Esse processo precisou de algum tempo para ganhar a confiança dos participantes e o direito de entrada para a pesquisa. Além disso, optei por utilizar o espaço do colegiado gestor para realizar o Fórum Aberto, visando fortalecer esse espaço de construção conjunta e de organização sistemática do trabalho, respeitando, assim, a organização dos gestores e suas possibilidades de ofertar o espaço para a realização do Fórum Aberto no final da pesquisa.

Essas particularidades mencionadas levam-me a refletir sobre a avaliação de empoderamento e suas possibilidades de adaptação ao contexto local. Além disso, também possibilitam refletir sobre a avaliação de empoderamento, em suas diferentes formas de organização. No caso das avaliações de empoderamento realizadas por David Fetterman, idealizador da proposta, na maioria das vezes a pesquisa é uma encomenda institucional, de modo que os atores são convocados para participar do processo enquanto uma atividade parte do seu trabalho. Já, a avaliação de empoderamento aqui empreendida — uma proposta de pesquisa científica de uma pesquisadora externa —, por mais que os atores demonstrassem interesse pela temática do trabalho em rede e reconhecessem a necessidade de melhorias nas práticas de trabalho na RAPS foi preciso conquistar espaços, ganhar a confiança dos profissionais e gestores, buscar, em diferentes momentos, aproximação e espaço para refletir sobre a temática da rede.

Dessa forma, considero que, mesmo diante das particularidades apresentadas, a presente pesquisa cumpriu com sua proposta, pois possibilitou a apropriação dos envolvidos da pesquisa avaliativa, provocou movimentos de reflexão sobre o trabalho em rede, compreensão das dificuldades e potencialidades do trabalho, e a tomada de decisão para a priorização de ações para o futuro. Assim, o processo avaliativo revelou contribuições para a prática dos participantes envolvidos com a avaliação.

No processo avaliativo busquei respeitar os princípios da avaliação de empoderamento desde a parte teórica até a prática do processo avaliativo da seguinte forma:

Aprimoramento: sensibilização sobre a importância do trabalho em rede e motivação para sua melhoria. Estratégia realizada no encontro entre pesquisadora e participantes no

decorrer da pesquisa, principalmente nos espaços de pactuação da proposta da pesquisa, reuniões de equipe, reuniões de matriciamento, reuniões de rede, entrevistas, Fórum Aberto.

Apropriação por parte da comunidade: trabalhadores e gestores da rede envolvidos com a proposta da pesquisa, organizando possibilidades de inserção da pesquisadora nas atividades da rede, e buscando inserir a temática nos espaços de discussão.

Inclusão: envolvimento e participação dos gestores e trabalhadores inseridos nos diferentes pontos da rede, com diversidade de opiniões, ideias e percepções sobre o trabalho em rede.

Participação democrática: garantia do direito à participação de todos os trabalhadores inseridos na rede, respeitando os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, esclarecimentos de dúvidas sobre a pesquisa, participação voluntária, respeito a diversidades de opiniões sobre o trabalho em rede, transparência e busca de clareza sobre a pesquisa e os métodos utilizados.

Justiça social: identificação da representação de todos os serviços que compõem a rede, e a rede intersetorial, além dos gestores da rede. Observação participante garantindo o contato com usuários, familiares, e outros atores que participam da rede, visando uma compreensão ampla do objeto avaliado. Compromisso em analisar as necessidades do trabalho, as dificuldades e as especificidades locais de cultura.

Conhecimento da comunidade: valorização do conhecimento dos participantes, dos valores da comunidade de São Lourenço do Sul, cultura, hábitos, costumes, e formas de organização local. Os conhecimentos e saberes da comunidade foram considerados fundamentais para a compreensão da rede local.

Estratégias baseadas em evidências: uso de evidências científicas para a construção da pesquisa, debate e análise dos dados. Uso de pesquisas voltadas para a análise de redes, pesquisas avaliativas, saúde mental, e cuidado ao usuário de drogas.

Desenvolvimento de capacidades: utilização de instrumentos como a observação participante e o Fórum Aberto que contribuíram para auxiliar a reflexão e o planejamento das ações em rede; e também como uma forma de apoiar o desenvolvimento de capacidades de analisar a rede, por meio da compreensão do trabalho e identificação das prioridades.

Aprendizagem organizacional: experiência e vivência no processo avaliativo, sensibilizando os participantes sobre a importância da avaliação no trabalho e sua utilização como estratégia sistemática para refletir sobre a rede e melhorar as práticas. Identificação dos erros e acertos e modificações ao longo do caminho.

Responsabilização: compromisso da pesquisadora, mediante sua pesquisa, em buscar as mudanças na área da saúde mental, pautando-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Preocupação com a utilização dos resultados da pesquisa pelos participantes envolvidos, e também a responsabilização pela divulgação dos dados produzidos.

Os princípios da avaliação de empoderamento foram “lentes” que auxiliaram a olhar para a avaliação, ampliando o foco sobre alguns pontos norteadores a serem considerados e valorizados nesse processo avaliativo. Todos os princípios foram relevantes, estando presentes em diferentes momentos, desde a concepção da pesquisa até a finalização desta escrita, a partir da qual planejo formas de organizar os dados para apresentá-los à rede em estudo, além da produção de artigos para a divulgação científica, buscando garantir os princípios da responsabilização com os participantes do estudo e com a temática da saúde mental no âmbito das políticas públicas.

Reconhecendo os limites da pesquisa científica, devido ao tempo e aos recursos, e considerando os princípios da avaliação de empoderamento, lanço o desafio a outros autores para que novas pesquisas que utilizem a avaliação de empoderamento sejam realizadas e considerem, no princípio de inclusão, os usuários e familiares da rede. Esses atores são por demais importantes na gestão e na organização da rede, podendo auxiliar a construção de propostas locais e a enxergar aquilo que muitas vezes foge aos olhos do trabalhador. Proposta desafiadora para um novo ciclo que começa a partir desta tese.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ALMEIDA, A. B.; ACIOLE, G. G. Gestão em redes e Apoio Institucional: caminhos na tessitura de redes de saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde. **Rev Interface**, v.18, Supl.1, p. 971-81, 2014.

ALKIN, M.C. **Evaluation essentials: from A to Z**. New York: Guilford, 2011.

_____. **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences**. Thousand Oaks: Sage, 2004.

AMARANTE, P. **A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.

_____.; TORRE, E. H. 30 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B.; FONTE E. (orgs). **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise da experiência da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Universidade UFPE, 2010. p.113-36.

_____.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.2067-74, 2018.

AKERMAN, M.; FRANCO DE SÁ, R. MOYSES, S.; REZENDE, R., ROCHA, D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.11, p.4291-30, 2014.

ALVES, V.S. Modelos de Atenção à Saúde de usuários de Álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-19, 2009.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência saúde coletiva**, v.16, n.12, 2011.

ANGELIQUE, H.L.; REISCHL, T.M.; DAVIDSON, W.S. Promoting Political Empowerment: Evaluation of an Intervention With University Students. **American Journal of Community Psychology**. v. 30, n. 6, p.1-10, 2002.

ARAÚJO, M.R.; MOREIRA, F.G. História das drogas. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependência**. São Paulo: Atheneu, 2006.

BARD, N.D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.24, s/n, p.1-7, 2016.

BARRETO, M.S.; BÜCHELE, F.; QUEIROZ, L.A. A atenção prestada aos usuários de substâncias psicoativas em Unidades de Pronto Atendimento por enfermeiros e médicos. **Saude Transf Soc**, v.6, n.3, p.62-75, 2015.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____ ; et al. A. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

BERGMAN, A.G.H. **São Lourenço do Sul- cem anos, 1884- 1984**. São Lourenço do Sul: Hoftater, 1984.

BESCKOW, E. São Lourenço do Sul: Nossa Casa. **Saúde Mental Coletiva**, v. 1, n.1, p. 65-67, 1992.

BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.41-71.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F.J. Avaliação de Políticas, programas e serviços de saúde- Modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. (orgs). **Desafios da Avaliação de programas e serviços em saúde**. São Paulo: Unicamp, 2011.

BRASIL. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental**. Brasília, 2000.

_____. Resolução 217 A (III), de 10 de dezembro de 1948. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília, 1948.

_____. Lei 1.0216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001.

_____. Portaria nº 816, de 30 de abril 2002. **Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília, 2002a.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2002a.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 2002b.

_____. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2.ed. Brasília, 2004.

_____. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre drogas.** Brasília, 2006.

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Redes de Produção de Saúde. Brasília, 2009.

_____. Portaria nº 1.190 de 4 de junho de 2009. **Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010).** Brasília, 2009.

_____. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2010a.

_____. Portaria nº 7.179 de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. Rede de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2010b.

_____. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial.** Brasília, 2011.

_____. **Saúde Mental em Dados 12.** Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2015.

BROUSSELLE, A.; et al. Using the evaluation process as a lever for improving health and healthcare accessibility: The case of HCV services organization in Quebec. **Evaluation and Program Planning**, v. 55, p.134–43, 2016.

BURIOLA, A. A.; KANTORSKI, L. P.; SALES, C. A.; MATSUDA, L. M. Atuação do enfermeiro no serviço de emergência psiquiátrica: avaliação pelo método de quarta geração. **Texto contexto – enfermagem**, v. 55, n. 1, p. 1-9, 2016.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CARDEN, F.; ALKIN, M.C. Evaluation roots: an international perspective. 2ed. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, v.8, n.17, p.102-18, 2012.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saúde Pública*, v.20, n.4, p:1088-95, 2004.

CARLINI, E.A. et al. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: CEBRID, 2006.

CARVALHO, J.C. A criação da comissão nacional de fiscalização de entorpecentes: institucionalização e internalização do proibicionismo no Brasil. *Inter-Legere*, n.15, p.15-38, 2014.

CARVALHO, S.T.R.F. **Pesquisa-ação em Ciências da Saúde: Bibliometria e análise conceitual em teses e dissertações da Universidade de São Paulo**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COSTA NETO, M. C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. *Temas psicol*, v.25, n.4, p: 1653-64, 2017.

CECÍLIO, L.C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade e equidade na atenção em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ Uerj- Abrasco, 2011.

CHATAWAY, C. J. Negotiating the observer-observed relationship: Participatory action research. In: TOLMAN, D.L.; BRYDON-MILLER M. (orgs). **From subjects to subjectivities**: A handbook of interpretive and participatory methods. New York: New York University Press, 2001. p. 239 –55.

CHEADE, M.F.M., FROTA, O.P., LOUREIRO, M.D.R.; QUINTANILHA, A.C.F. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm*. 2013, v.18, n.3, p.592-5.

CONTANDRIOPOULOS, D.; BROUSSELLE, A. Evaluation models and evaluation use. *Sage Journals*, v.18, n.1, 61– 77, 2012.

_____ ; et al. Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: a narrative systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*, v.88, n.4, p.444–83, 2010.

_____ ; et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A (org). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COOK-CRAIG, P.G. From Empower to Green Dot: Successful Strategies and Lessons Learned in Developing Comprehensive Sexual Violence Primary Prevention Programming. *Sage Journals*, v. 20, n.10, p.1162–78, 2014.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.; YASUI, A. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (orgs). **Arquivos de Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2002.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA, P.H.A.; LAPORT, T.J.; PAIVA, F.S. **Perspectivas sobre o trabalho em rede: contribuições sobre o paradigma ecológico no processo de intervenção em álcool e drogas**. São Paulo: Cortez, 2015.

_____; COLUGNATI, F.A.B.; RONZANI, T.M. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: RONZANI, T.M.; et al. (orgs.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

_____; COLUGNATI, F.A.B.; RONZANI, T.M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3243-53, 2015.

COSTA, P.H.A.; MEDEIROS, A.X.; LOURES, B.P.; SILVA W.M.D.; RONZANI T.A.; COLUGNATI, F.A.B. Levantamento da rede de atenção aos usuários de drogas: Um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 160-71, 2017.

COSTA, P.H.A.; MOTA, D.C.B.; PAIVA, F.S.; RONZANI, T.M. Desatando tramas das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa de literatura. **Ciência, Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.395-406, 2015.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersectorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E., TANAKA, O. Y. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Editora: Hucitec; 2010. p. 271-9.

DAELE, T.V. et al. Empowerment implementation: enhancing fidelity and adaptation in a psycho-educational intervention. **Health Promotion International**, vol. 29, n.2, p.212-21, 2012.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2005.

DELGADO, P.G.G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v.63, n.2, p.114-21, 2011.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DIAS, A.; et al. Longitudinal Outcomes Among a Cohort of Crack Users After 12 Years from Treatment Discharge. **Journal of Addictive Diseases**, v.30, n.3, p. 271-80, 2011.

DÍAZ-PUENTE, J.M.; YAGÜE, J.L. AFONSO, A. Building Evaluation Capacity in Spain. A Case Study of Rural Development and Empowerment in the European Union. **Sage Journals**, p.1-29, 2008.

DICK, B. **What is action research?**, 2009. Disponível:
<www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/whatisar.html> Acesso em 15 jan 2017.

DIMENSTEIN, M.; et. al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN, **Polis e Psique**, v. 2, Número Temático, p.95-127, 2012.

DIMENSTEIN, M.; LEITE, J., MACEDO, J.P.;DANTAS, C. Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. São Paulo: intermeios, 2016.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DREHER, M.N. **História do povo luterano**. São Leopoldo: Sinodal, 2005.

DRUMMOND, M.C.C.; DRUMMOND FILHO, H.C. **Drogas: a busca de respostas**. São Paulo: Loyola, 2004.

ESCOHOTADO, A. **Historia Elemental de las Drogas**. Barcelona: Editorial Anagrama, 1996.

FÁVERO, J.L.; MEUCCI, R.D.; FARIA NMX.; FIORI, N.S., FASSA, A.G. Consumo de bebida alcoólica entre fumicultores: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.3, p:871-82, 2018.

FETTERMAN, D. M. **Foundations of Empowerment Evaluation**. New York: Sage, 2001.

FETTERMAN, D. M.; KAFTARIAN, S.J.; WANDERSMAN, A. **Empowerment evaluation**. 2 ed. New York: Sage, 2015.

FETTERMAN D.M; DEITZ, M.A.J.; GESUNDHEIT, M.D.N. Empowerment Evaluation: A Collaborative Approach to Evaluating and Transforming a Medical School Curriculum. **Academic Medicine**, v. 85, n. 5, 2010.

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. (orgs). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUCMinas, 2005.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.165-81, 2001.

_____; PASSOS, E.; ONOCKO CAMPOS, R.T. Avaliação de uma rede de serviços de saúde mental: efeitos de pesquisa. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. (orgs). **Desafios da Avaliação de Programas e Serviços de Saúde**. Campinas: Unicamp, 2011, p. 223-35.

_____ ; SILVA, L.M.V. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, n.12, p.2643-55, 2014.

FOSSI, L.B.; GUARESCHI, N.M.F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15 n. 1 p. 94-115 2015.

FOURNEY, A. et al. Building Evaluation Capacity in Local Programs for Multisite Nutrition Education Interventions. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v.43, n.4, p.130-36, 2011.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 5ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

FRANCO, M.A.S. **Pedagogia da Pesquisa-Ação. Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 29 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GARCIA, M.L.T.; LEAL, F.X., ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, v.20, n.2, p.267-76, 2008.

GIBBS, D. et al. Empowering Programs With Evaluation Technical Assistance: Outcomes and Lessons Learned. **Health Promotion Practice**, v.10, n. 1, p.38-44, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6ªed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, T.B.; VECCHIA, M.D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n. 7, p.2327-38, 2018.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 5ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.

GOMIDE, M.F.S, et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Comunicação saúde educação**, v. 22, n.65, p.387-98, 2018.

GOODMAN, R.M.; NOONAN, R.K. Empowerment Evaluation for Violence Prevention Public Health Programs. **Health Promotion Practice**, v.10, n.1, p.11-18, 2009.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. São Paulo: UNICAMP, 2011.

HAMMES, E. L. **São Lourenço do Sul**: radiografia de um município- das origens ao ano de 2000. v.1. São Leopoldo: Studio Zeus, 2010.

HAWKINS, S.R. Logic Models as a Tool for Sexual Violence Prevention Program Development. **Health Promotion Practice**, v.10, n.1, p.29-37, 2009.

HIRDES, A.; MARCON, G.; BRANCHI, R. N.; VIVIAN, A. G. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas e tratamento na Atenção Primária à Saúde em um município do Sul do Brasil. **Aletheia**, s/v, n.46, p.74-89, 2015.

HILDEBRANDT, L.M.; MARCOLAN, J.F. Concepções da equipe de enfermagem sobre assistência psiquiátrica em hospital geral. **Rev Rene** . v.17, n.3, p.378-85, 2016.

HORTA, A.L.M.; DASPETT, C.; EGITO, J.H.T.; MACEDO, R.M.S. Experience and coping strategies in relatives of addicts. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p.962-8, 2016.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p.102-10, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul, 2015**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em: 01 fev. 2017.

JAEGER, G.P.; MOLA, C.L.; SILVEIRA, M.F. Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.52, suppl.1., s/n, p: 1-12, 2018.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.1, p.15-22., 2007.

KINOSHITA, R.T. Saúde mental em dados. In: BRASIL. **Saúde Mental em Dados – 12**, nº 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.4-5.

_____. Em nome da proteção do cuidado que formas de sofrimento e exclusão temos produzido?. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília: CFP, 2013. p. 21-24.

KOERICH, M.S, et al. Pesquisa ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v.11, n.3, p.717-23, 2009.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S., et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

LAPORT, T.J.; JUNQUEIRA, L.A. A intersetorialidade nas políticas públicas sobre drogas. In: RONZANI, T.M.; et al. (orgs.). **Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015. p.67-84.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface Botucatu**, v. 10, n. 20, p. 281-98, 2006.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude sociedade**, v.26, n.1, p.155-70, 2017.

MACIEL, S.C.; SILVA, F.F.; PEREIRA, C.A.; DIAS, C.C.V.; ALEXANDRE, T.M.O. Cuidadoras de Dependentes Químicos: Um Estudo sobre a Sobrecarga Familiar. **Psic.: Teor. e Pesq**, v. 34, s/n, p.1-10, 2018.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JR., A. (orgs). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da História da atenção a saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História- Ciências, saúde- Manguinhos**, v.14, n.3, p.801-21, 2007.

MARTINEZ, M. M. **Redes do cuidado**: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas. 2016. 292f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de pós Graduação de Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos.

MARIN, M.J.S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.780-8, 2013.

MASSANARO, H.H.M.A, et. al. Dimensão ético-política da atuação da/o psicóloga/o na política de álcool e outras drogas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org). **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013.

MEDEIROS, K.T.; MACIEL, S.C.; SOUSA, P.F.; SOUZA, F.M.; DIAS, C.C. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Rev Psicol Estud**, v.18, n.2; p. 269-79, 2013.

MEDINA, M.G.; FILHO, A.N.; FLACH, P.M. Política de Prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

MELO, A.S.E; MAIA FILHO, O.N.; CHAVES, H. V. Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 153-9, 2016.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

MEIRELLES, M.C.P. **Avaliação dos processos de gestão de uma rede de atenção psicossocial à Luz da teoria da Ação Comunicativa**. 2016. 250 f. Tese (Doutorado). Programa de pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOTA, D.B.; RONZANI, T.M.; TÓFOLI, L. F.; RUSH, B.R. **Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas**: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. São Paulo: Cortez, 2015.

MOREIRA, M.R. et al. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack - contribuições para a agenda política. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.1047-62, 2015.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.1, p.185-90, 2006.

NOBREGA, M.; SILVA, G.; SENA, A. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, s/n, p. 41-49, 2016.

OLIVEIRA, M.A.F.; et al. **Processos de avaliação de serviços de saúde mental**: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v.38, n.101, p.368-78, 2014.

OLIVEIRA, M. V. As internações, as drogas e a lei. In: LANCETTI, A. et. al. (orgs). **Drogas e Cidadania**: em debate. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012. p.43-52.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo – salud mental**: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Biblioteca de la OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**: CID-10 Décima revisão. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

PAIVA, F.S.; FERREIRA, M.L.; MARTINS, M.Z.F.; BARROS, S.L.C.F.; RONZANI, T. M. A Percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 3, p: 696-706. 2014.

PASSOS, E.; et al. **A dimensão instituinte da avaliação**. In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. (orgs). **Desafios da Avaliação de Programas e Serviços de Saúde**. Campinas: Unicamp, 2011, p. 223-35.

PASSO E, et al. A dimensão instituinte da avaliação. In: CAMPOS RO, FURTADO JP, PASSO E, BENEVIDES R, organizadores. **Pesquisa avaliativa em saúde**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 209-30.

PAULA, M.L.; JORGE, M.S.B.; VASCONCELOS, M.G.F.; ALBUQUERQUE, R.A. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 223-233, 2014.

PAULON, S; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. 3 ed. London: SAGE Publications. 1997.

_____. **Developmental evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use**. New York: Guilford Publications, 2011.

PEDROSO, R.T.; ABREU, S.; KINOSHITA, R.T. Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. **Textura**, n.33, p.9-24, 2015.

PEITER, C.C.; SANTOS, J.L.G.; LANZONI, G.M.M.M; MELLO, A.L.S.F.; COSTA, M.F.B.N.A.; ANDRADE, S.R. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, n.1, p:1-10, 2019.

PENNA FIRME, T. **Os avanços da avaliação no século XXI**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004. Disponível em: <<http://www.redebrasil.tv.br/salto/boletins2004/dfe/tetxt4.htm>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

PEREIRA, M.E.C. Pinel: a mania, o tratamento mora, e o início da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v.3, n.3, p.113-116, 2004.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. 2º ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PEREIRA, A. M. M. et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 11-27, 2015.

PINHO, L.B. “**ViaREDE**”- **Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental de Viamão para atendimento a usuários de crack**. Relatório de pesquisa. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

PINHO, L.B.; SILVA, A.B.; SINIAK, D.S.; FOLADOR, B.; ARAÚJO, L.B.;. Análise da articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack. **Rev baiana enferm**, v.31, n.1, p:1-9, 2017.

PINSKY, I.; EL JUNDI, S.A.R.J. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30, n.4, p. 362-74, 2008.

PINTO, R.M.; R. RAHMAN, R., WILLIAMS, A. Policy advocacy and leadership training for formerly incarcerated women: An empowerment evaluation of ReConnect, a program of the Women in Prison Project, Correctional Association of New York. **Evaluation and Program Planning**, v.47, p.71-81, 2014.

PIRES, M.F.C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface**, v.1, n.1, P.83-94, 1997.

PITTA, A.M.F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4579-89, 2011.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

POTRATZ, T.P.; COSTA, A.A.; JARDIM, A.P. Pomeranos e violência: um estudo fenomenológico. **Brazilian Journal of Forensic Sciences**, v. 4, n.1, p:105-115, 2014.

RAMOS, D.K.R.; GUIMARÃES, J. Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 440-445, 2013.

REASON, P. Choice and Quality in Action Research Practice. **Journal of Management Inquiry**, v.15, n. 2, 187-203, 2006.

REASON, P., BRADBURY, H. Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration. In: REASON, P.; BRADBURY, H. (orgs). **Handbook of action research: Participative inquiry and practice**. London: Sage, 2001. p.1-14.

RIBEIRO, M.J.; MOREIRA, M.R; BASTOS, F.I.; INGLEZ-DIAS A., FERNANDES, M., B. Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas– o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.1, p: 71-81, 2016.

RIGHI, L.B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ROTELLI,F; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países avançados. In: ROTELLI,F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-60.

ROMANAÍ, O. **Las drogas. Sueños y razones**. Barcelona: Ariel, 1999.

RONZANI, T.M.;COSTA, P.H.A.; MOTA, D. C. B.; LAPORT, T. J. **Redes de Atenção aos Usuários de drogas**.- políticas e praticas. São Paulo: Cortez, 2015.

RUUD, T., et al. Erratum to: Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort. **Int J Ment Health Syst**, v. 10, n. 40, 2016.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Edusp, 2002.

SANTOS, M.C.; TESSER, C.D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.3011-24, 2012.

SANTOS, E.O. **A atenção Psicossocial e a Reconstrução do Sujeito (de direito)**. 2012. 80f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

_____. **A reunião de equipe enquanto espaço para a organização do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial**. 2014. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

SANTOUCY, L. B.; CONCEICAO, M. I. G.; SUDBRACK, M.F.O. A compreensão dos operadores de direito do Distrito Federal sobre o usuário de drogas na vigência da nova lei. **Psicologia Reflexão Crítica**, v.23, n.1, p.176-185, 2010.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria de Saúde de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.saolourencodosul.rs.gov.br/>> Acesso em: 01 fev. 2017.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul. **Encontro estadual de atendimento pré-hospitalar em saúde mental**. Disponível em:<<https://www.saolourencodosul.rs.gov.br/portal/noticias/0/3/800/ENCONTRO-ESTADUAL-DE-ATENDIMENTO-PR%C3%89-HOSPITALAR-EM-SA%C3%9ADE-MENTAL-ACONTECE-NESTA-SEMANA>> . Acesso em 20 fev.2019.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4ed. Thousand Oaks: Sage publications, 1991.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. B. Nas Rodas da Avaliação Educadora. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J.P. (orgs). **Novas Tendências e Questões Emergentes: Os Desafios da Avaliação de Programas e Serviços em Saúde**. Campinas: Unicamp, 2011. p.139-58.

SILVA, V.H.F.; DIMENSTEIN., LEITE, J. F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, vol.10, n.19: 267-285, 2012.

SILVA, et al. Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. **Caderno Terapia Ocupacional UFSCar**, v. 22, supl. especial, p. 145-52, 2014.

SILVA, L.L. **A questão das drogas nas relações internacionais**. Uma perspectiva brasileira. Brasília: Funag, 2013.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p:2753-2762, 2011.

SOUZA, M. M. et. al. Política nacional sobre drogas e saúde mental: percepções dos gestores e os desafios intersetoriais no arranjo político. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.5, n.11, p.67-87, 2013.

SOUZA, A. C.; ABRAHÃO, A. L.; GULKOR, A. P. A conformação da rede de atenção a saúde e a sua importância para a garantia de uma atenção integral ao usuário de drogas. In: SOUZA, A.C.; SOUZA, L.F.; SOUZA, E. O.; ABRAHÃO, A.L. **Entre pedras e fissuras- a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

STAKE, R. **Standards based e responsive evaluation**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

STUFFLEBEAM, D. “**Evaluation models**”, **New directions for evaluations**. São Francisco: Jossey-Bass, 2001.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Para onde caminhamos com avaliação no Brasil?. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. (orgs). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015

THIOLLENT, M. **Metodologia a pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v.31, n.3, p. 443-66, 2005.

TUMELERO, S.M. **Intersetorialidade nas políticas públicas**. In: III Congresso Internacional Ciencias, tecnologias y culturas. Santiago/Chile. 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2015**. United Austria: United Nations Publication, 2015.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Drogas: Marco Legal**. United Austria: United Nations Publication, 2015.

VARGAS, E.R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Rev Panam Salud Publica**, v, 42, s/n, p:1-6, 2018.

VASQUES, G.A. **Implantação da Residência Integrada Multiprofissional em saúde-ênfase em Saúde Mental Coletiva- da Escola de Saúde Pública/RS, em São Lourenço do Sul, uma narrativa de sentimentos coletivos e individuais desse processo**. 2013. 31f. Monografia (Especialização de Práticas pedagógicas em serviços de saúde)- Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

WETZEL, C. **Desinstitucionalização em saúde mental: experiência de São Lourenço do Sul- RS**. 1995. 216 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005.290 f. Tesde (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, v.13. n.4, p. 593-8, 2004.

WETZEL, C.; KOHLRAUSCH, E.R.; PAVANI, F.B.; BATISTELLA, F.S.; PINHO, L.B. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. **Interface (Botucatu)**, v.22, suppl.2, p:1729-38, 2018.

WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. **Revista Mutações Sociais**, ano 2, n.3P. 1-10, 1993.

WIESSING, L.; FERRI, M.; BĚLÁČKOVÁ, V. Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study. **Harm Reduction Journal**, v. 14; n. 19; p: 2-14, 2017.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____; LUZIO, C.A.; AMARANTE, P. From manicomial logic to territorial logic: Impasses and challenges of psychosocial care. **Journal of Health Psychology**, v.21, n.3. p. 400-8, 2016.

ZANARDO, G.L.P.; BIANCHETTI, D.L.C.; ROCHA, K. B. Dispositivos e conexões da rede de atenção psicossocial (RAPS) de Porto Alegre - RS. **Est. Inter. Psicol**, v.9, n.3 p: 80-101, 2018.

APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA
PESQUISA (Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde)

Estamos apresentando a pesquisa "AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS DE DROGAS" que será realizada como parte da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo tem por objetivo avaliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ao usuário de drogas em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul. Esperamos que a pesquisa contribua com as práticas de cuidado ao usuário de drogas e com o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, respeitando as orientações da política nacional de saúde mental em vigência no Brasil.

Para a coleta de dados, realizaremos observação participante no CAPS AD e entrevista semiestruturada com todos os coordenadores dos serviços que compõe os serviços da Rede de Atenção Psicossocial no município de São Lourenço do Sul/RS. A observação participante do CAPS AD objetiva a familiarização com o local, envolvendo suas rotinas e fluxos de articulação com Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A observação participante não será utilizada para levantar particularidades dos usuários do serviço, mas para identificar informações sobre a forma como CAPS AD se articula com os outros serviços da RAPS. Serão verificados dados provenientes de documentos e arquivos existentes no serviço, como: fluxogramas, atas de reuniões de equipe, protocolos internos e documentos cuja a pertinência esteja atrelada ao objetivo do estudo. Acredita-se que o uso destas fontes será útil para explorar a dinâmica das relações estabelecidas pelo CAPS AD com o território e demais serviços da RAPS.

A entrevista será realizada conforme roteiro previamente estabelecido, a ser aplicada em dia e horário acordado com você e no local de sua preferência. Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos sua colaboração nesse sentido. No entanto, não se preocupe, pois, todas as informações coletadas e transcritas serão mantidas em sigilo. Garantimos também que em nenhum momento da pesquisa você será identificado e que você terá acesso livre aos dados coletados por nós.

Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, e nós teremos o dever de destruí-las no momento em que isso acontecer. Caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito. Todos os procedimentos adotados

no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres Humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esperamos que a pesquisa contribua com as práticas de cuidado ao usuário de drogas e com o avanço do conhecimento científico no campo da saúde mental, respeitando as orientações da política nacional de saúde mental em vigência no Brasil.

Essa pesquisa envolve os benefícios de possivelmente contribuir para a produção de conhecimento na área de atenção aos usuários de drogas, na pesquisa qualitativa em saúde, e na elaboração de novas políticas públicas em saúde mental.

Os riscos e desconfortos da pesquisa incidem no diálogo feitos aos participantes para responder ao objetivo do estudo, o que poderá mobilizar sentimentos. No entanto, caso esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa. Informamos que, se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar essa situação.

Caso você tenha interesse em participar, autorize e assine o consentimento abaixo. Uma cópia ficará conosco e será arquivada; a outra, ficará com você:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos riscos e benefícios, e dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e que estou de acordo que não haverá pagamento de despesas, por parte dos pesquisadores, pela participação na pesquisa. Autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, e da segurança que não serei identificado

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DO COORDENADOR DA PESQUISA: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com:

Orientador da pesquisa- Leandro Barbosa de Pinho. Cel (51) 8137-1860 ou 8221-0103. E mail: lbpinho@ufrgs.br

Pesquisadora- Elitiele Ortiz dos Santos. Cel (51) 82494808. Email:

elitiele_ortiz@hotmail.com

Escola de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua São Manoel, 963 – Bairro Rio Branco. CEP: 90620-110 – Porto Alegre/RS. Comitê de

Ética em Pesquisa – UFRGS: Tel: 51-33083629

APÊNDICE II- ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Roteiro de observação

1) Observação da dinâmica de cuidado no serviço

- Atividades desenvolvidas (reuniões, atendimento individual, oficinas terapêuticas, acolhimento, visitas domiciliares).
- Atores envolvidos no cuidado
- Planejamento e organização das ações
- Construção do plano terapêutico singular (quem participa? Como é negociado? Como é avaliado? que critérios norteiam a construção do PTS)
- Formas de acesso (como chegou ao serviço/ qual foi a necessidade/ para onde foi encaminhado?).
- Características dos usuários atendidos (faixa etária, sexo, condição social e econômica, motivo do acompanhamento, serviços que já foi acolhido na rede).
- Como se dá a relação do usuário/família e equipe.
- Parcerias estabelecidas com outros serviços, setores e o território (quem são essas parcerias? como o serviço se organiza para realizar as articulações com os outros serviços/setores e o território? como são essas relações?).
- Como o serviço se organiza para realizar as articulações com a rede de saúde e intersetorial?
- Como os outros serviços/setores interferem no trabalho do referido serviço?

2) Observação da dinâmica de cuidado em rede de Atenção Psicossocial

- Funcionamento da rede de Atenção Psicossocial (serviços envolvidos, fluxos de encaminhamentos, ações intersetoriais desenvolvidas de forma sistemática- linhas de cuidado)
- Dinâmicas de relação entre serviços (diálogo, compartilhamento de experiências, construção do Plano Terapêutico Singular)
- Espaços de encontro entre os serviços e setores (dinâmica de funcionamento desses espaços, que atores participam, como se organizam)
- Casos discutidos entre serviços, os encaminhamentos e as ações intersetoriais
- Programas intersetoriais desenvolvidos no município.
- O envolvimento do usuário e família (formas de inclusão e participação na rede).

APÊNDICE III- ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Identificação da entrevista

Formação do Entrevistado: _____

Serviço da RAPS ao qual é vinculado: _____

Tempo de vinculação a RAPS: _____

Questões disparadoras:**Missão:**

1. O que você entende por Rede de Atenção Psicossocial? Em relação ao cuidado a usuários de drogas no município de São Lourenço do Sul/RS, como você avalia essa rede?
2. Qual é a missão da Rede de Atenção Psicossocial no cuidado ao usuário de drogas?

Conhecimento da situação atual:

3. Como você avalia a articulação do serviço que você está inserido com os outros serviços da RAPS?
4. Quais as facilidades encontradas no município para a consolidação de um cuidado em rede ao usuário de drogas?
5. Quais as dificuldades encontradas no município para a consolidação de um cuidado em rede ao usuário de drogas?

Planejamento para o futuro:

6. Quais as atividades já desenvolvidas que contribuem para o alcance da missão?
7. Quais estratégias que poderiam ser qualificadas ou implementadas no cuidado ao usuário de drogas?

ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

São Lourenço do Sul, 06 de Abril de 2017.

**Para Sra. Arita Gilda Hubner Bergmann
MD Secretária Municipal de Saúde - São Lourenço do Sul/RS.**

Pelo presente, solicitamos que seja apreciada a possibilidade de realizar uma pesquisa junto à rede de cuidado intersectorial ao usuário de drogas deste município. O projeto de pesquisa intitulado “**AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADO INTERSETORIAL AOS USUÁRIOS DE DROGAS**” é vinculado à tese de doutorado de Elitiele Ortiz dos Santos, CPF: 02238412000, matrícula 00259303, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pelo Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

Ressaltamos o compromisso ético de assumir, com os envolvidos na pesquisa, assim como com a instituição, o anonimato dos participantes, de acordo com a Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Solicitamos, respeitosamente, que, em manifestando concordância com o desenvolvimento da pesquisa, assinie este documento. Entendemos que o tema é relevante e pode trazer contribuições para qualificar o atendimento e as políticas de saúde mental em São Lourenço. Colocamo-nos à disposição para que possamos montar uma parceria estratégica para atingir esses objetivos.

Na certeza de contar com o seu apoio, desde já agradecemos e estamos disponíveis para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Elitiele Ortiz dos Santos.
Fone (51) 98249-4808.
Email: elitiele_ortiz@hotmail.com

Leandro Barbosa de Pinho.
Fone (51) 98221-0103.
E mail: lbpinho@ufrgs.br

Ciente e de acordo:

Arita Bergmann
Secretária Municipal de
Saúde

**ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DE SAÚDE
MENTAL**



**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

São Lourenço do Sul, 06 de Abril de 2017.

**Para Sr. Flávio José Machado Resmini
Coordenador Municipal de Saúde Mental - São Lourenço do Sul/RS.**

Pelo presente, solicitamos que seja apreciada a possibilidade de realizar uma pesquisa junto à rede de cuidado intersetorial ao usuário de drogas deste município. O projeto de pesquisa intitulado **“AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADO INTERSETORIAL AOS USUÁRIOS DE DROGAS”** é vinculado à tese de doutorado de Elitiele Ortiz dos Santos, CPF: 02238412000, matrícula 00259303, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, orientada pelo Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

Ressaltamos o compromisso ético de assumir, com os envolvidos na pesquisa, assim como com a instituição, o anonimato dos participantes, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Solicitamos, respeitosamente, que, em manifestando concordância com o desenvolvimento da pesquisa, assine este documento. Entendemos que o tema é relevante e pode trazer contribuições para qualificar o atendimento e as políticas de saúde mental em São Lourenço. Colocamo-nos à disposição para que possamos montar uma parceria estratégica para atingir esses objetivos.

Na certeza de contar com o seu apoio, desde já agradecemos e estamos disponíveis para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Elitiele Ortiz dos Santos

Elitiele Ortiz dos Santos.
Fone (51) 98249-4808.

Email: elitiele_ortiz@hotmail.com

Leandro Barbosa de Pinho

Leandro Barbosa de Pinho.
Fone (51) 98221-0103.
E mail: lbpinho@ufrgs.br

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Senador Pinheiro Machado 100
São Lourenço do Sul - RS
Ciente e de acordo:



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS DE

Pesquisador: Leandro Barbosa de Pinho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 72657617.7.0000.5347

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.322.028

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Tese apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem/UFRGS, de autoria de ELITIELE ORTIZ DOS SANTOS e orientação do Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho.

A pesquisa tem por objetivo avaliar a rede de atenção psicossocial ao usuário de drogas em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul.

Trata-se de uma avaliação qualitativa em saúde mental que utiliza como Referencial teórico-metodológico a Avaliação de Empoderamento, uma avaliação participativa, desenvolvida de forma estratégica para que os grupos de interesse se apropriam do processo avaliativo e construam estratégias de intervenção que possam gerar subsídios para qualificar o objeto avaliado.

Os participantes deste estudo compreendem os coordenadores dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial para usuários de drogas do município de São Lourenço/RS. Está indicado que serão cerca de 25 participantes.

Para coleta de dados (prevista para ser iniciada em 01/9/2017) será utilizado os instrumentos de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.322.028

observação

de campo, entrevista semiestruturada, e análise documental. A observação de campo terá início no CAPSad, e a partir desse serviço serão identificados outros serviços que compõe a rede de Atenção Psicossocial ao usuário de drogas e posteriormente será realizado entrevista semiestruturada com todos os coordenadores da Rede de Atenção Psicossocial do município de São Lourenço do Sul/RS.

Para análise dos dados será utilizado a Análise de Conteúdo Temática de Minayo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a rede de atenção psicossocial ao usuário de drogas em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul.

Objetivo Secundário:

- Desenvolver um processo avaliativo de empoderamento junto aos grupos de interesse vinculados à rede de atenção psicossocial de atenção aos usuários de drogas.
- Conhecer a dinâmica de funcionamento da rede de atenção psicossocial ao usuário de drogas, analisando as relações, os conflitos e as contradições do trabalho em rede.
- Analisar os elementos que sustentam e/ou dificultam o desenvolvimento do cuidado em rede ao usuário de drogas.
- Identificar as ações prioritárias para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial ao usuário de drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Está descrito no projeto e nas informações básicas da PB:

"Ressalta-se que, entre os riscos possíveis da pesquisa, na etapa da observação participante, poderá haver constrangimento por conta da interação da pesquisadora com o ambiente de trabalho. Nessa interação,

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.322.028

poderão haver questionamentos, para dirimir dúvidas sobre processos de trabalho e fluxos assistenciais. Ressaltamos que esse possível constrangimento será exaustivamente trabalhado com os participantes da pesquisa, nas reuniões de equipe e demais atividades assistenciais. Já os riscos e desconfortos da entrevista incidem nos diálogos feitos aos participantes para responder ao objetivo do estudo, o que poderá mobilizar sentimentos. Visando minimizar estes riscos, os participantes serão informados que poderão recusar-se em interagir com o pesquisador e/ou recusar-se a responder à qualquer questionamento. Poderemos retomar em outro momento ou deixamos livre a decisão em continuar participando ou não da pesquisa, sem prejuízo ou ônus. Informamos que, se ocorrer isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar essa situação. Esta pesquisa procurará contribuir para a qualificação das políticas públicas de saúde mental, em especial pela construção qualitativa de agendas técnico-políticas capazes de se articularem às reais necessidades do cenário. Em função do foco do estudo, como benefícios apontamos a participação efetiva dos atores na construção dessas agendas políticas e nas mudanças nos processos de trabalho, de modo a problematizar contradições e desafios no cotidiano da prática assistencial em saúde mental."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante, bem fundamentada teórica e metodologicamente, com aprovação de Banca Examinadora de Qualificação de Projeto de Tese.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- folha de rosto devidamente assinada;
- Termo de confidencialidade e compromisso dos pesquisadores em relação ao uso dos dados, devidamente assinado;

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.322.028

- Ata da sessão do exame de qualificação do Projeto de Tese (PPGENF/UFRGS), devidamente assinada;
- Carta de Anuência do Coordenador Municipal de Saúde Mental de São Lourenço do Sul, devidamente assinada;
- Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul, devidamente assinada;
- Roteiro para observação participante;
- Roteiro para entrevista semiestruturada;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da entrevista semiestruturada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer consubstanciado emitido em 18/9/2017 (segunda versão do projeto apresentado), constava ainda a seguinte pendência:

- não havia sido incluída a etapa da observação participante no TCLE e havia dúvidas a respeito dos participantes da pesquisa. Os autores esclareceram, na carta resposta da versão anterior, que a observação participante "não será utilizada para levantar particularidades dos usuários do serviço, uma vez que não se caracterizam como participantes da pesquisa, mas para identificar informações gerenciais sobre a organização e a articulação do CAPSad com a rede de atenção psicossocial." No entanto, não havia sido incluída no TCLE a informação relativa a esta estratégia de pesquisa.

Na versão agora apresentada (terceira), os autores atualizaram o projeto de pesquisa e o TCLE e incluíram informações relativas à realização da observação participante.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_970884.pdf	25/09/2017 22:14:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/09/2017 22:13:01	Elitiele Ortiz dos Santos	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



**UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO**



Continuação do Parecer: 2.322.028

Outros	Respostasaosrequisitos.docx	25/09/2017 22:12:06	Elitiele Ortiz dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodoutoradoalterado.docx	25/09/2017 22:11:19	Elitiele Ortiz dos Santos	Aceito
Outros	Respostaaosquestionamentos.pdf	04/09/2017 15:50:46	Elitiele Ortiz dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/08/2017 10:14:02	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTEDEANUENCIA_CSM.docx	03/08/2017 12:55:12	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTEDEANUENCIA_SMS.docx	03/08/2017 12:54:47	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termoconfidencialidade.pdf	03/08/2017 12:53:13	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTA.docx	02/08/2017 16:53:51	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Outros	ROTEIROOBSERVACAO.docx	02/08/2017 16:53:25	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Outros	examequalificacao.pdf	02/08/2017 16:52:34	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Orçamento	CRONOGRAMARECURSOS.docx	02/08/2017 16:41:00	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAATIVIDADES.docx	02/08/2017 16:40:21	Leandro Barbosa de Pinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Outubro de 2017

**Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)**

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br