

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

BRENA TALITA CUEL

**CAMINHOS DA REDE:
A EXPERIÊNCIA DE UMA REGIONAL DO SUS NA ORGANIZAÇÃO DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)
A QUEM FAZ USO DE DROGAS**

SÃO CARLOS
2016

BRENA TALITA CUEL

**CAMINHOS DA REDE:
A EXPERIÊNCIA DE UMA REGIONAL DO SUS NA ORGANIZAÇÃO DA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)
A QUEM FAZ USO DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, Linha de Pesquisa “Redes Sociais e Vulnerabilidade” sob orientação da Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano.

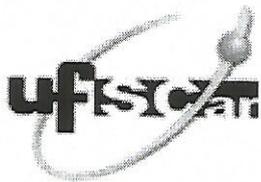
SÃO CARLOS
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C965c Cuel, Brena Talita
Caminhos da rede : a experiência de uma regional
do SUS na organização da Rede De Atenção Psicossocial
(RAPS) a quem faz uso de drogas / Brena Talita Cuel.
-- São Carlos : UFSCar, 2016.
111 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Drogas. 2. Intersetorialidade. 3. Serviços de
saúde mental. 4. Terapia ocupacional social. 5.
Redes sociais. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Brena Talita Cuel, realizada em 29/01/2016:

Ana Paula Serrata Malfitano

Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano
UFSCar

Isabela Aparecida de Oliveira Lussi

Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
UFSCar

Renata Bellenzani

Profa. Dra. Renata Bellenzani
UFMS

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela serenidade durante o percurso, pelas orações a ele ofertadas quando o cansaço bateu e por me inspirar a fé naquilo que busco.

À minha orientadora, Ana Paula, pelos momentos de orientação e caminhos a ser percorridos na pesquisa, por me aceitar como orientanda e não desistir quando no decorrer alguns imprevistos surgiram, por acreditar que eu conseguiria chegar até aqui.

À professora Roseli, por me acompanhar desde a graduação e ser peça fundamental nos momentos que precederam o mestrado, me incentivando aos estudos e trilhando o caminho que poderia nascer esta pesquisa.

A minha família, por me incentivar na busca de meus estudos e de minha formação pessoal e profissional, me ensinar valores os quais certamente percorreram parte desta pesquisa, em especial, Pai e Mãe por se esforçarem para que seus filhos tivessem estudos quando muitas vezes a comida faltava em casa, agradeço cada esforço de vocês.

Aos meus irmãos, pelo apoio e disponibilidade de cuidar e estar comigo, em especial ao Natan por ter contribuído no processo de desenvolvimento de algumas etapas, por dirigir quando eu não podia e me acompanhar quando necessário.

Ao meu marido, Pablo, pelo amor ofertado, pelo tempo cedido, pelo cuidado diário, por ter vivido o casamento junto com o Mestrado, o trabalho e, ainda, por me permitir ser mãe e não desistir do sonho de concluir a pesquisa, por me auxiliar na escrita, nas leituras, nos gráficos e na estrutura desta pesquisa, por resgatar parte do texto perdido e me confortar quando achava não conseguir dar conta de tantas coisas juntas e, acima de tudo, por ser meu lado positivo neste caminho, meu amigo, companheiro e cúmplice em todas as loucuras, agitações e mudanças que te coloquei nestes quase dois anos.

Aos amigos de trabalho, por compreenderem minha escolha em fazer Mestrado e manter os dois empregos e, assim, auxiliarem nas minhas ausências do trabalho, tempo este necessário à pesquisa, por cederem parte deste tempo para que eu conseguisse o caminho da pesquisa e, acima de tudo, aos meus coordenadores por acreditarem que a formação acadêmica refletiria em meu trabalho e, assim, me possibilitaram o tempo de trabalho e dedicação ao Mestrado.

À equipe da regional de saúde em que trabalho, aos trabalhadores, coordenadores e gestores, por possibilitarem o campo deste trabalho e serem atores fundamentais desta análise, pelas conversas informais e mais do que isso, pelos vínculos criados e fortalecidos para se avançar numa saúde mental humana e intersetorial.

Aos amigos da turma do Programa de Mestrado, em especial, Camila, Pamela, Rodrigo, Maria Luiza e Thamires, pelos momentos de reflexão e auxílio no desenvolvimento do texto, pelas leituras partilhadas e discussões necessárias para compreensão do tema em estudo, além das parcerias que extrapolaram o estudo e se tornaram momentos de descontração e lazer.

À Letícia, por me auxiliar na pesquisa e no desenvolvimento de algumas etapas em um dos municípios em estudo.

Ao grupo de estudos Metuia, pelos momentos de debates e leituras e contribuições nas reflexões do tema.

A todos os professores do PPGTO, que foram fundamentais na formação acadêmica.

À banca, Isabella e Renata, por me auxiliarem nos erros e acertos e apontarem caminhos finais.

Enfim, ao meu filho que nascerá em breve, por ser a força que procurei e o motivo que me manteve fiel a pesquisa, por ele dedico esta pesquisa.

A todos, que estiveram comigo neste caminho e que mesmo que não citados fizeram parte.

Muito Obrigada!

RESUMO

O debate atual acerca do “problema das drogas” na sociedade tem sido tema das principais ações políticas e sociais. Recentemente, tanto o Ministério da Saúde quanto o Governo do Estado de São Paulo têm implantado medidas de caráter de urgência para combater tal problemática. Uma das diretrizes dessas ações tem sido a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como forma de propor uma reformulação nos serviços de atenção e cuidado às pessoas com transtornos mentais e que fazem uso de álcool e outras drogas, buscando uma articulação entre serviços territoriais para que possam responder satisfatoriamente às demandas de cada região. Nesse contexto, propõe-se conhecer como tem ocorrido a implantação da RAPS numa determinada Regional de Saúde no estado de São Paulo, especificamente, no que tange ao cuidado aos usuários de drogas, a partir da visão do técnico do serviço de saúde mental. Embasase na metodologia do campo da Terapia Ocupacional Social acerca da discussão sobre o papel social do técnico, com recorte aqui para o técnico do setor de saúde. A regional em tela soma 26 municípios e 29 serviços especializados de cuidado em saúde mental. Foram aplicados 135 questionários com os técnicos dos serviços, realizou-se uma entrevista com o gestor regional de saúde mental, aplicaram-se oito questionários com os gestores municipais de saúde mental e foi realizada uma conversa dialogada junto à equipe técnica de um serviço especializado (um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS-ad) de um dos municípios que compõe esta Regional. Tal estudo mostrou que o processo de implantação da RAPS ocorre de maneira vertical e hierárquica, dificultando a efetivação de uma rede articulada entre os técnicos, assim como a discussão sobre intersetorialidade e o trabalho em rede. A área de saúde mental apresenta conteúdo teórico ainda restrito aos seus serviços, atuando de maneira setorializada, distante do conceito de redes e de intersetorialidade. Também, traz como resultados o papel ambíguo que o técnico ocupa, ora sendo reproduzidor de uma técnica e, com isso, mantenedor da ordem social; ora desempenhando papel central para o cuidado àquela população. Refletem-se aqui caminhos e possibilidades para se pensar formas de gestão e da equipe técnica, por meio da valorização das redes sociais e do cuidado ao sujeito, individual e coletivo.

Palavras chaves: Drogas. Intersetorialidade. Serviços de Saúde Mental. Terapia Ocupacional Social. Redes Sociais.

ABSTRACT

The current debate about the "drug problem" in society has been the subject of major political and social actions. Recently, both the Ministry of Health and the Government of the State of São Paulo have provided urgently measures to combat this problem. The Psychosocial Care Network (PSCN) has been deploying as a guideline of these actions, in order to propose a redevelop of the health care services for people with mental disorders and other, who are addicted to alcohol and other drugs, seeking an articulation among territorial services to provide an adequately response to the demands for each region. In this context, it is proposed to know how the implementation of the PSCN in a determined Regional Health of the State of São Paulo has occurred, specifically on the care of the drug users, from the view of the mental health service technician. The methodology of the field in the Social Occupational Therapy is grounded on the discussion of the social role of the technician with special attention to the health technician. The regional in discussion has 26 cities and 29 specialized care services in mental health. 135 questionnaires were applied to the service technicians, an interview was conducted with the regional manager of mental health, eight questionnaires were applied to the municipal managers of mental health and a conversation was held with the technical team of a specialized service, CAPS-ad (Center of Psychosocial Care – Alcohols and Drugs), which is from a city that take part in this Regional. This study has showed that the process of the PSCN implementation is vertical and hierarchical, which hampers an effective articulated network among the technicians, even as the discussion about the intersectoriality and networking. The mental health area displays a restricted speech to its services, acting in a sectored way, away from the concept of networking and intersectionality. As a result, this study also brings the role ambiguous that the technician has, sometimes reproducing a technical and with it keeping the social order; sometimes illustrating the central role in the care of that population. Thus it has reflected ways and possibilities to think of mode of management and technical team, through the improvement of the social networks and the care of the person, individual and collective.

Key words: Drugs; Intersectionality; Mental Health Services; Social Occupational Therapy; Social networks.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS-i	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CINAPSI	Centro Integrado de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação de Municípios da RAPS com os serviços de saúde mental	37
Tabela 2 – Coordenadores: Estratégias construídas como plano da RAPS em nível municipal	72
Tabela 3 – Coordenadores: Serviços que devem ser pensados na rede de cuidados ao usuário de drogas	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Área de Atuação Profissional dos questionários respondidos pelos técnicos.	47
Gráfico 2 – Composição dos dados dos questionários por municípios	48
Gráfico 3 – Técnicos: Implantação de estratégias de atenção ao usuário de drogas	49
Gráfico 4 – Técnicos: Conhecimento sobre a RAPS.....	51
Gráfico 5 – Técnicos: Participação dos técnicos nas reuniões de estruturação da RAPS	52
Gráfico 6 – Técnicos: Concordância com as estratégias municipais.....	54
Gráfico 7 – Técnicos: Concordam com internação para usuários de drogas adultos	60
Gráfico 8 – Técnicos: Concordam com a internação para crianças e adolescentes	60
Gráfico 9 – Técnicos: Local de internação para adultos	61
Gráfico 10 – Técnicos: Local de internação para adolescentes.....	61
Gráfico 11 – Técnicos: Serviços que atuam efetivamente na rede.....	67
Gráfico 12 – Comparativo das respostas dos técnicos sobre a rede, entre os municípios Z e D.....	70
Gráfico 13 – Técnicos: Ações presentes na estratégia de cuidado municipal	71
Gráfico 14 – Técnicos: Serviços que deveriam ser incluídos na rede de cuidados ao jovem usuário de drogas	73
Gráfico 15 – Técnicos: Visão sobre drogas.....	76
Gráfico 16 – Técnicos Município Z: Implantação de estratégias de cuidado aos usuários de drogas no município.....	78
Gráfico 17 – Técnicos município Z: implantação de estratégias de cuidado no município separado as respostas por instituições	79

Gráfico 18 – Técnicos município Z: concordam com as estratégias implantadas.....	79
Gráfico 19 – Técnicos município Z: amostra por instituição acerca da concordância com as estratégias implantadas.....	79
Gráfico 20 – Técnicos município Z: quais ações listadas estão presentes nas estratégias de cuidado no município.....	80
Gráfico 21 – Técnicos município Z: conhecimento da RAPS.....	82
Gráfico 22 – Técnicos Município Z: participação nas reuniões da RAPS	82
Gráfico 23 – Técnicos do município Z: quais serviços deveriam ser pensados na rede cuidados.....	85
Gráfico 24 – Técnicos município Z: Quais serviços atuam efetivamente em seu município	85
Gráfico 25 – Técnicos Município Z: A questão das drogas é um problema	86
Gráfico 26 – Técnicos do município Z: Concordância com internação adultos	87
Gráfico 27 – Técnicos município Z: local para serem realizadas as internações de adultos.....	88
Gráfico 28 – Técnicos município Z: concordam com internação de crianças e adolescentes.....	88
Gráfico 29 – Técnicos município Z: local para internação de crianças e adolescentes..	89

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. REFERENCIAIS EM DISCUSSÃO.....	12
2.1 O técnico dos serviços de saúde mental e a inspiração de Antônio Gramsci e Franco Basaglia: à guisa de um diálogo.....	12
2.2 O cenário das políticas públicas ao cuidado de quem faz uso de drogas no Brasil: o setor saúde em foco.....	18
2.3 Intersetorialidade, Redes Sociais e o Cuidado em Saúde.....	26
3. OBJETIVO.....	32
4. METODOLOGIA.....	33
5. MÉTODOS DE PESQUISA.....	36
5.1 O campo da pesquisa.....	36
5.2 Etapas da Pesquisa.....	38
5.3 Caracterizando a RAPS em estudo.....	42
6. RESULTADOS.....	46
6.1 O que dizem os técnicos e os gestores.....	46
6.2 Reunião devolutiva dos dados iniciais da pesquisa com a equipe de um CAPS-Ad, localizado no município Z.....	78
6.3 Enfatizando algumas discussões.....	95
7. CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES.....	107
APÊNDICE 1.....	108
APÊNDICE 2.....	109
APÊNDICE 3.....	111
APÊNDICE 4.....	114
APÊNDICE 5.....	116

APRESENTAÇÃO

O presente estudo nasceu a partir da minha experiência como técnica de terapia ocupacional em dois serviços de saúde mental de municípios que compõem uma Regional de Saúde do estado de São Paulo. A atuação como terapeuta ocupacional nessas unidades me colocou em contato com ações e discussões acerca do cuidado em saúde dos usuários de drogas, em especial dos jovens, resultando em minha participação na elaboração de um plano de atenção e cuidado municipal ao usuário de drogas, bem como no processo de elaboração dos projetos de criação de serviços de atendimento específicos à população usuária de drogas.

O processo de trabalho em uma dessas instituições iniciou-se no ano de 2010, a partir da minha aprovação em um concurso público, no qual assumi o cargo de terapeuta ocupacional numa unidade de saúde mental. Neste local, surgiam demandas de atendimento à população usuária de drogas e, por afinidade pessoal, acabei optando por assumir este cuidado e desenvolver um projeto de criação de um serviço especializado de atenção a essa população (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas - CAPS-ad). A partir de então, passei a me dedicar tanto à prática profissional quanto aos estudos teóricos, realizando cursos de capacitações e grupos de estudos especializados, culminando no desenvolvimento da presente pesquisa de mestrado.

No ano de 2013, finalmente, nascia a implantação do projeto criado no ano de 2010, do CAPS-ad. Nesse processo, frente à demanda de articular a rede de cuidados municipal, a pedido da Secretaria de Saúde do município, fiquei a frente na discussão e na elaboração de um Plano de Cuidado em Saúde Mental direcionado aos usuários de álcool e outras drogas daquele município. Objetivavam-se pensar estratégias de cuidados, especialmente de crianças e adolescentes, trazendo em pauta discussões sobre o processo de internação e as clínicas de reabilitação naquela Regional, capacitação do Conselho Tutelar e das escolas, articulações por meio de reuniões dialogadas para se firmar um protocolo de ação e cuidado com esta população.

Paralelo a este trabalho, também atuava como terapeuta ocupacional em um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) em outro município dessa mesma Regional de Saúde. Iniciei o trabalho nessa instituição no ano de 2011 e, apesar de a demanda de atendimento naquele estabelecimento ser a população denominada pela psiquiatria de psicótica, os usuários de drogas também estavam presentes para o cuidado e, por opção, assumi parte desse cuidado, participando de reuniões de gestão municipal e regional como representante daquele município. Nesse trabalho, iniciaram discussões sobre o

processo de implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em nível regional e municipal e estive a frente pelo período de um ano nessa articulação entre município e Diretoria Regional de Saúde (DRS).

Diante dessas experiências profissionais, nasciam indagações sobre como ofertar um cuidado que caminhasse na direção de um trabalho em rede, com a articulação de outros serviços. Nas discussões advindas das reuniões de trabalho para enfrentamento de tal problemática, percebia falas de alguns técnicos, dos quais aparentemente apresentavam algo na contramão daquilo que muitas vezes perpassa o trabalho profissional: o julgamento moral implícito na maneira como cada profissional interpretava a problemática das drogas ali colocada, seja em suas falas ou em suas próprias ações, percebendo assim um valor moral que o uso de drogas acarreta.

Nesse momento, encontrei-me diante de um cenário tradicional no campo dessa problemática: a temática da droga está no campo da saúde individual ou da esfera social? Discute-se muito hoje sobre o quanto o cuidado em saúde mental, direcionado ao usuário de drogas, é atravessado pela visão social que este carrega em si, uma vez que muitos dos que buscam tais serviços de apoio têm vivenciado na sociedade, conforme colocado por Castel (1998), uma zona de vulnerabilidade social, uma vez que enfrentam fragilidades em relação à inserção no trabalho e na família. Ainda, muitos já se encontram em uma zona de desfiliação quando acabam por se desfiliar da sociedade em virtude de rupturas, via o trabalho e os laços familiares (CASTEL, 1998).

Nesse contexto, o presente estudo foi pensado com o objetivo de tecer uma análise acerca da estruturação da rede de cuidados aos usuários de drogas dentro dos municípios que compõem uma determinada Regional de Saúde paulista. Focam-se a maneira como se trata dessa problemática e a possibilidade de estruturar as ações de cuidado em saúde, especificamente da saúde mental, ao usuário de drogas, a partir das discussões nascidas da Rede Regional de Atenção Psicossocial (RAPS).

Junto às discussões sobre o trabalho em rede, propôs-se refletir sobre o que dizem os técnicos de saúde mental acerca do tema das drogas, como compreendem seu papel nessa rede de cuidados e no trabalho direcionado àquela população. Parte-se do princípio de que o técnico de saúde mental é ator central neste processo e, assim como na Reforma Psiquiátrica, quando teve papel importante na desconstrução da visão social do “louco”, pode ser um ator que auxilie na constituição de ações e políticas mais efetivas e que de fato consigam implementar um cuidado humanizado, desconstruindo a visão estigmatizante hoje em cena acerca do usuário de drogas, como o “noia”,

“vagabundo”. A partir da perspectiva defendida por Franca e Franco Basaglia (BASAGLIA, BASAGLIA, 1977), Franco Basaglia (BASAGLIA, 1985) e Gramsci (1982), trata-se da defesa da efetivação da realização do papel técnico e político frente à demanda social e aqui especificamente da problemática das drogas.

A dissertação encontra-se apresentada em *sete capítulos*.

O *primeiro capítulo* introduz o tema pesquisado, abordando os conceitos introdutórios da discussão teórica apresentada nesta dissertação.

O *segundo capítulo*, faz uma revisão breve sobre o referencial bibliográfico em estudo que fundamenta as análises dos dados e suas discussões. Este capítulo foi subdividido em três subitens. O primeiro discursa sobre o papel do técnico, apoiado no referencial de Franca e Franco Basaglia (BASAGLIA, BASAGLIA, 1977), Franco Basaglia (BASAGLIA, 1985) e Gramsci (1982). Os autores destacam que o técnico pode alcançar duas funções: o de ser agente do consenso e mantenedor da ordem social, criando conhecimento técnico que embasa a segregação social daquelas pessoas, ou um agente para mudança do lugar social dessa população, conforme ocorreu na Reforma Psiquiátrica, analisada por Basaglia (1985). Em continuidade, o segundo subitem enfoca o cenário teórico das políticas públicas nacionais e estaduais relacionadas ao uso de drogas, destacando como tais políticas foram implementadas no Brasil e quais avanços devem ainda ser construídos para que se tornem efetivas. No terceiro subitem, contrapondo a estratégia da atenção clínica individualizada e biomédica, apresentam-se os referenciais de um trabalho intersetorial, na perspectiva de um cuidado em rede e sob a lógica de atenção territorial como forma de reorganizar e potencializar o trabalho dos diferentes serviços sociais. Busca-se refletir sobre o conceito de intersetorialidade como uma proposta compartilhada entre diferentes saberes, tendo em vista uma fala recorrente sobre esse tipo de ação, seja nas ações de políticas públicas, seja na literatura com foco na discussão sobre o trabalho com os usuários de drogas (DUARTE, 2014; RONZANI et al., 2015). Entende-se que a compreensão de um trabalho intersetorial possa contribuir para uma melhor eficácia para a população a que se dedica uma determinada intervenção, ofertando subsídios para pensar estratégias de cuidado a ser ofertada à população que faz uso de drogas.

O *terceiro capítulo* descreve o objetivo da pesquisa.

O *quarto capítulo* apresenta a metodologia de análise do trabalho, a partir de referenciais da Terapia Ocupacional Social, por meio de estratégias de investigação que visam uma melhor apreensão da realidade, tendo como foco a discussão do papel do

técnico e de seu papel social. Também, traz referenciais de Bourdieu (2003) acerca da metodologia da objetivação participante, no contexto específico de realização do estudo.

O *quinto capítulo* descreve o campo de pesquisa, as etapas e métodos utilizados durante a coleta de dados.

O *sexto capítulo* apresenta os resultados e análise dos dados encontrados durante as etapas, a partir da discussão teórica apresentada, demonstrados de forma qualitativa e quantitativa.

O *sétimo* e último capítulo encerra com as considerações finais, discutindo caminhos e possíveis novos questionamentos.

Espera-se que esta dissertação possa contribuir para o conhecimento e a discussão do campo científico em relação ao tema das drogas, de forma que possa refletir sobre a rede de cuidados, perspectivas e estratégias de ação, não apenas do campo da saúde, mas a partir de uma visão intersetorial que caminhe na direção contrária ao espectro estigmatizado do usuário de drogas ou da perspectiva farmacológica da droga, contribuindo com falas direcionados para a efetivação da garantia de direitos, por meio de um cuidado ampliado e humano, não preconceituoso ou repressor. Discute-se, aqui, o papel fundamental que os técnicos dos serviços de saúde desempenham e seu valor ambivalente na sociedade, entretanto, central neste cuidado.

1. INTRODUÇÃO

A problemática das drogas tem, na sociedade contemporânea, assumido discussões centrais no debate público, seja pela sua incidência e desafios para se encontrar formas eficazes de cuidado quando necessário, seja pela sua representação unilateral no imaginário social classificada como um “perigo” para a saúde coletiva, gerando a associação direta com a criminalidade e com a violência urbana. Esse viés da ameaça à saúde, à família e à ordem pública tem organizado parte da discussão sobre o tema e baliza encaminhamentos do proibicionismo e da repressão, compondo o cenário da “Guerra às Drogas” (SIMÕES, 2008).

Desde a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1961 (*International Narcotics Control Board*), o Brasil passou a fazer parte de um conjunto de países que adotaram a política de “guerra às drogas” (GIL, FERREIRA, 2008), iniciada pelos Estados Unidos, como única forma de combate à expansão mundial desse fenômeno (SIMÕES, 2008). Embora ainda influente no atual cenário das drogas no Brasil, em 2006, o país interrompe, formalmente, esta estratégia, por meio da aprovação da lei nº 11.343/06 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, no qual foram promulgadas e privilegiadas ações de cuidado a quem faz uso de drogas.

A demanda, entretanto, por ações de repressão e de controle por parte do Estado, fator preponderante da estratégia de “guerra às drogas”, é fortemente influente, principalmente, quando se aborda o uso das drogas na juventude. Para essa faixa da população, ganha força a retórica sobre a necessidade de controle da situação, o que tem gerado a implementação de medidas públicas que perpassam diferentes setores, desde o da segurança pública ao de saúde. Todavia, a combinação entre drogas, juventude e violência recai de forma diferenciada sobre os jovens de camadas populares urbanas, sobre os quais a repressão e a violência, praticadas por agentes do Estado, têm sido impingidas na continuidade da diferenciação social entre as classes socioeconômicas (SANTOS; SOARES, 2013).

Ainda, no âmbito das políticas públicas sociais, as discussões acerca da juventude têm assumido temas centrais, principalmente, no que concerne sobre a efetiva ou não incorporação das demandas juvenis pelo Estado ou se apenas se sucede a replicação da teoria sem ação. A questão do jovem, portanto, tem sido debatida socialmente, politicamente e, também, tem sido tema de recentes pesquisas (BRENNER et al., 2005; SPOSITO, 2003).

Quando se destaca a política de saúde para os jovens, no âmbito da política para a juventude, parece haver uma retórica predominante voltado para a questão das drogas. Em especial, direcionado aos jovens das camadas populares urbanas, uma vez que estes têm sido classificados como um “grupo de risco” e, portanto, de “perigo” e passível de controle. Ressurgem propostas higienistas em que a internação passa a ser vista como solução de tal problemática. A ideia da “retirada de vista” do jovem usuário de drogas, cabendo aos serviços de saúde mental a responsabilidade por tal ato, assume a centralidade naquilo que é denominado a “resolução” da problemática das drogas (PEREIRA; MALFITANO, 2012).

Santos e Soares (2013) apontam que o fato da juventude ser vista como uma fase de transição entre a adolescência e a idade adulta coloca os jovens numa fragilidade em que eles passam a ser vistos como despreparados. Nesse contexto, o consumo de drogas por eles passa a ser compreendido como risco, uma vez que compromete sua passagem para a vida adulta. A problemática das drogas, frente ao uso pelo jovem, passa a ser discutida no contexto brasileiro em um “tom alarmista, resultando um cenário confuso, pouco esclarecedor e repleto de desesperança a quem sente o problema de perto” (SANTOS; SOARES, 2013, p.50).

Percebe-se que as políticas para a atenção e o cuidado às drogas têm-se direcionadas tanto pelo apelo midiático como por respostas políticas e imediatistas a serem tomadas, a fim de sanar aquilo que a sociedade passa a apontar como problema, conforme aponta Tarso Araújo, jornalista, em sua fala durante o Fórum Permanente da Unicamp, “*Além da guerra às drogas: o desafio de novas políticas para o uso de substâncias psicoativas*”, realizado na cidade de Campinas-SP, em 30 de abril de 2014. Neste contexto, a problemática das drogas torna-se agravante, não apenas pelo que carrega por si só, mas muito pela construção distorcida criada pela mídia e pela visão social que o usuário de drogas, em especial o jovem, passa a representar.

Recentemente, na tentativa de combater a denominada problemática das drogas, tanto o Ministério da Saúde como o Governo do Estado de São Paulo implantaram medidas de caráter de urgência eleitas como prioridades na agenda pública. O Ministério da Saúde instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (BRASIL, 2010), por meio do decreto n.º 7.179/2010 que tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em acordo com os pressupostos do Plano Nacional sobre Drogas. Parte

desse plano é expansão dos serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos de ordem territorial, bem como da redução de leitos e fechamento dos hospitais.

Apesar de propor ações articuladas e integradas, tal plano contém elementos que desrespeitam os princípios já estabelecidos pelas políticas públicas de saúde mental do país, sendo avaliado por alguns pesquisadores como uma ameaça aos direitos humanos e sociais dos usuários (DELGADO, 2010). Ele apresenta ações por vezes invasivas, como as propostas de internações compulsórias e os tratamentos via medidas judiciais dos “menores” usuários de crack em um tratamento sanitário, buscando “varrer” e “tratar” as mazelas sociais (GOMES; CAPPONI, 2012, p.10).

Delgado (2014) coloca que, em dez anos – 2001 a 2010 –, foram incorporados aproximadamente trinta mil novos profissionais aos sistemas municipais de saúde mental, em virtude da expansão dos serviços. Porém, em geral, são trabalhadores jovens, recém-formados e que necessitam de supervisão e educação permanentemente asseguradas. É uma rede muito extensa, ainda bastante precária e cujos principais desafios citados pelo autor são:

1. Sustentabilidade financeira: aporte regular de recursos dos 3 níveis de gestão do SUS;
2. Sustentabilidade técnica: assegurar qualificação, supervisão, formação permanente, padrões técnicos de excelência, ampliação da capacidade de acolhimento de novos usuários;
3. Sustentabilidade política: apoio da gestão pública e da população usuária e enfrentamento das oposições que a proposta da reforma psiquiátrica enfrenta; e
4. Sustentabilidade científica: isto é, aprofundar os mecanismos de produção e divulgação do conhecimento científico sobre a saúde mental comunitária no Brasil (DELGADO, 2014, p.21).

Delgado (2014) assinala que, no ano de 2010, durante a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a saúde mental havia assumido definitivamente o cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas e que arrefecera, consideravelmente, no seio da sociedade brasileira, o fortalecimento de uma tendência à contramão da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a ideia de que os usuários de drogas precisam ser internados para se livrarem dos problemas por seu uso e por consequência “livrarem a sociedade de suas ações e comportamentos inadequados” (DELGADO, 2014, p.22). Assim, defende que o momento atual é de enfrentar as novas questões que desafiam a consolidação do modelo comunitário de saúde mental e de assegurar as garantias para os direitos de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental.

Rodrigues (2008) ressalta que a defesa da política do proibicionismo, como modelo eficaz para lidar com a “questão das drogas”, sob a ótica da medicina, e de

valores governamentais e moralistas, caminha na poeira de muitas outras batalhas que não têm como objetivo pura e simplesmente a erradicação de substâncias específicas e das práticas sociais a ela relacionadas, mas sim a manutenção de uma guerra infindável.

Santos e Soares (2013) evidenciam a equação dominante “droga-sujeito vulnerável, ou seja, a subjugação de sujeitos tidos como frágeis, por características biológicas e psicológicas dos efeitos psicoativos dominadores das substâncias” (SANTOS; SOARES, 2013, p.41), o que tem contribuído para o aumento recente de ações jurídico-morais na construção da guerra às drogas. Dessa forma, os autores explicam que o aumento significativo do consumo de psicoativos nas últimas décadas e um conjunto não desprezível de problemas sociais e de saúde associados requerem conjunção de conhecimentos capazes de revelar causas mais profundas de tais problemas, fugindo de explicações simplistas, individuais e fragmentadas.

No excerto elaborado pelo documento do Ministério da Saúde que traça o Plano de Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS (BRASIL, 2014), diz-se:

Na discussão sobre a saúde como um direito da criança e do adolescente é imprescindível o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes de atenção à saúde, de maneira pactuada entre as diferentes esferas de gestão e articulada intersetorialmente, de acordo com as especificidades de cada região, de forma as necessidades da população infanto-juvenil explícitas na análise da situação de saúde (BRASIL, 2014, p. 18).

As estratégias com foco na intersetorialidade aparecem como elemento centralizador das discussões, principalmente das questões relacionadas à problemática das drogas, uma vez que “é fundamental a construção cotidiana de rede de profissionais, ações e serviços para a garantia de acesso de jovens aos cuidados nesta área (BRASIL, 2014, p.19)”. O que torna, assim, imprescindível a convocação de um trabalho em rede, pautado em discussões do território e do cuidado ao jovem.

Em relação ao que concerne à produção científica, buscou-se uma aproximação prévia com a temática, fazendo um recorte na produção que focava a população juvenil. Partiu-se do levantamento de teses e dissertações realizado por Marina Jorge da Silva (2014) que se voltou à produção *stricto sensu* na Grande Área da Saúde, de acordo com a classificação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sobre a juventude e a classificação decorrente dos trabalhos que abordavam o tema das drogas. Das 77 teses e dissertações elencadas, defendidas no período de 1987 a 2010 com a temática juventude e drogas, fez-se a leitura dos seus resumos, com o

intuito de analisar quais apresentavam questões que discursavam sobre os serviços de atendimento em saúde para usuários de álcool e outras drogas, bem como se apresentavam discussões sobre as redes sociais.

Dos 54 trabalhos encontrados (os demais não estavam disponibilizados em acesso público), 18 deles tinham como objetivo salientar questões sobre a prevalência de uso de drogas entre jovens e em apenas quatro foi possível encontrar questões sobre os serviços de atendimento e a rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas (PECHANSKY, 1993; VASTERS, 2010; PACHECO, 2009; ALMEIDA, 2010).

Pechansky (1993) buscou avaliar quais os problemas relacionados ao uso de álcool por adolescentes na cidade de Porto Alegre e discutir as implicações para os programas e estratégias para lidar com o abuso de álcool entre adolescentes e seus programas de prevenção.

Vasters (2010) avaliou as trajetórias de jovens dentro de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, CAPS-ad, e discutiu a questão da adesão e abandono ao tratamento, pontuando a necessidade de reformulação das propostas de tratamento oferecida nos serviços especializados.

Almeida (2010) buscou compreender de forma compartilhada a opinião de adolescentes atendidos nos CAPS-ad e pontuou a necessidade de construção conjunta da estruturação de novas formas de pensar o cuidado com os jovens usuários de álcool e outras drogas.

Pacheco (2009) buscou compreender os caminhos percorridos dentro de um serviço especializado (CAPS infantil), analisando quais as dificuldades enfrentadas nesse percurso.

Apesar da retórica sobre a rede ter sido um dos temas mais divulgados e debatidos no âmbito das políticas de saúde mental nos últimos tempos, ainda se configuram como escassas as pesquisas que se debruçam a compreender esse conceito no âmbito das teses e dissertações produzidas, salientando sua importância nas discussões em políticas públicas ao usuário de drogas.

Frente a esses referenciais, o presente estudo se propôs a analisar a problemática das drogas a partir do técnico de saúde, enfocando em como se tem dado o processo de implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial no cuidado ao usuário de drogas, na experiência de uma Regional de Saúde do estado de São Paulo.

Pontua-se uma reflexão da problemática das drogas que coloca em foco o quanto o saber técnico-científico pode ser moral, a medida que se tem visto ações de controle

da população socialmente marginalizada que ocupa as ruas das cidades, legitimadas por práticas de saúde de encarceramento, nas quais não se é pensado o cuidado do usuário que ali adentra, mas apenas a forma de esconder os problemas sociais (BASAGLIA; BASAGLIA, 1977).

Portanto, espera-se que a experiência de uma regional de saúde do interior do estado de São Paulo, por meio de suas estratégias intersetoriais de cuidado ofertado ao usuário de drogas, possa nos ajudar a refletir sobre os caminhos que devem ser ofertados e construídos frente a uma discussão de cuidado que opere diferente da equação elucidada por Santos e Soares (2013), a qual diz que a dificuldade hoje enfrentada em relação as questões do uso de drogas está no fato do foco das estratégias de tratamento e atenção terem se direcionado apenas ao setor saúde e nas potencialidades do sujeito e das drogas. Assim, espera-se que os técnicos que trabalham efetivamente junto a essa população nos disseram possa ofertar elementos para refletir sobre o cuidado, compreendendo a ação com quem faz uso de droga como parte de toda a conjuntura social envolvida, priorizando, portanto, a ação intersetorial entre os setores de saúde, segurança pública, educação e proteção social.

O trabalho de campo desta pesquisa voltou-se aos 26 municípios que compõe uma regional de saúde do estado de São Paulo. Os elementos de trabalho para a coleta de dados pautaram-se nas discussões presenciadas nas reuniões que compõem a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), com as coordenações municipais de saúde mental, por meio de questionário aplicado junto aos oito coordenadores presentes nas reuniões; aplicação de questionários com 87% dos técnicos que compõem serviços de saúde mental desta regional, com nível superior, alcançando 135 pessoas; uma entrevista com o coordenador regional de saúde mental; e um encontro dialogado com apresentação dos dados obtidos de um dos municípios que compõe a Regional, junto à equipe de trabalho do CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas).

Soma-se a estratégia de métodos para levantamento de dados o que Bourdieu (2003) nomeia de “objetivação participante”, diferenciando da observação participante, enfocando a primazia da participação e, a partir daí, a observação daquela realidade. Assim, uma vez que a pesquisadora é parte da pesquisa em questão, devido ao fato de ser trabalhadora desta rede de serviço que se propôs a investigar e que tal questionamento da pesquisa surgiu a partir dessa experiência como trabalhadora técnica nessa Regional de Saúde, compreende-se que tal método justifica parte das análises. Ainda para Bourdieu (2003), não existe neutralidade na pesquisa, uma vez que esta

sempre será atravessada pelas experiências que o pesquisador possui anteriormente. Portanto, parte das reflexões aqui apresentadas é atravessada pela experiência pessoal vivenciada neste campo, trazendo possibilidades de conhecimento daquela realidade e limites na sua interpretação.

2. REFERENCIAIS EM DISCUSSÃO

2.1 O técnico dos serviços de saúde mental e a inspiração de Antônio Gramsci e Franco Basaglia: à guisa de um diálogo

O dicionário Aurélio (2010) coloca como significado da palavra “técnico”: “adj: relativo a uma arte ou ciência; s.m: indivíduo que tem conhecimento prático de uma arte ou ciência, perito ou especialista numa técnica”. Neste sentido, podemos dizer que ao falar e discursar sobre o técnico da saúde mental, termo adotado aos trabalhadores dos serviços de saúde mental, estamos nos referindo a alguém que possui uma determinada técnica ou especialidade em sua função no campo da saúde mental.

Os serviços de atendimento ao usuário de drogas, denominados de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, CAPS-ad, têm em sua portaria GM 336/2002 a normativa de que a equipe técnica mínima para atuação nesses serviços deverá prever:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro; c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Com base nessa normativa, compreende-se que a equipe técnica de trabalho nos serviços de saúde mental especializados tem uma divisão centrada no técnico com nível superior e no de nível médio e que não é exigida aos trabalhadores com nível superior a formação específica em saúde mental, com exceção do médico, para quem é necessária a habilitação em psiquiatria.

Dessa forma, tal portaria indica que os profissionais de nível superior poderiam adotar técnicas específicas em suas funções, capazes de auxiliar no tratamento e na reabilitação do usuário de drogas. Já aos técnicos de nível médio, caberiam funções de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional com funções subjacentes ao cuidado ofertado pelo técnico de nível superior, quando pensado de forma hierarquizada a responsabilidade dentro do serviço. É sabido que tal hierarquia de funções perpassa qualquer instituição, principalmente instituições de saúde, em práticas que foram, por muito tempo, dentro dos hospitais psiquiátricos, centralizadas no saber científico.

O fato de não se exigir formação específica em saúde mental para os demais profissionais coloca em questão o saber e o conhecimento científico nas práticas nessas instituições, compreendendo que, a partir de uma formação generalista (formação dos profissionais de nível superior), parte dos que ali irão trabalhar pode por vezes desconhecer este campo de trabalho e as discussões de implantação de serviços aos usuários de drogas, bem como pode não ter o perfil profissional, a opção pessoal ou a afinidade para trabalhar com tal demanda.

Nesse sentido, Franco e Franca Basaglia (1977) e Basaglia (1985) nos convidam a pensar e refletir qual o papel do técnico da saúde mental nos serviços e qual o papel que se pode operacionalizar para além do campo científico, uma vez que o “saber técnico é um saber da ciência burguesa e que muitos destes usam desta ciência para legitimar atos opressores” (BASAGLIA; BASAGLIA, 1977 p.9). Outra questão, também abordada por Basaglia (1985), seria o quanto o trabalho no campo da saúde implica em muito mais do que atuar a partir de um saber científico, mas sim na disponibilidade de estar de fato com essa população. Essa afinidade advém do desejo individual de cada um, nas suas escolhas de campos de atuação, naquilo que se denomina de um perfil. O fato de não exigir a capacitação em saúde mental para essa equipe técnica pode ser um risco, uma vez que parte dos que ali atuam podem não ter a disponibilidade citada por Basaglia (1985) como essencial.

Em suas reflexões nas questões que levaram à reforma psiquiátrica na Itália, Basaglia e Basaglia (1977) colocam que o técnico teve papel fundamental, pois foi a partir de reflexões sobre as técnicas utilizadas dentro dos hospitais psiquiátricos que se passou a redirecionar o modo de cuidar da loucura, a entender que o aprisionamento e o isolamento não eram cuidados, mas sim uma higienização social, respondendo a interesses distantes das pessoas que habitavam aqueles locais. Assim, tal revolução foi impulsionada pelo saber técnico que pôde repensar suas práticas e lutar pelos ideais de quem ali vivia asilado.

Basaglia e Basaglia (1977) apoiam-se nos conceitos de Gramsci para definir técnico. A citação abaixo foi traduzida da obra intitulada “Antônio Gramsci de Atílio Monasta”, por Paolo Nosella (2010), em que diz:

Os intelectuais são os “comissários” do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político, isto é: 1) do consenso “espontâneo” dado pelas grandes massas da população à orientação impressa pelo grupo fundamental dominante à vida social, consenso que nasce

“historicamente” do prestígio (e, portanto, da confiança) que o grupo dominante obtém, por causa de sua posição e de sua função no mundo da produção; 2) do aparato de coerção estatal que assegura “legalmente” a disciplina dos grupos que não “consentem”, nem ativa nem passivamente, mas que é constituído para toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise no comando e na direção, quando fracassa o consenso espontâneo. Esta impostação do problema traz como resultado uma ampliação muito grande do conceito de intelectual, mas somente à realidade (NOSELLA, 2010, p. 98).

Neste sentido, o que Basaglia e Basaglia (1977) fazem pensar e refletir, a partir da discussão trazida por Gramsci, é a função intelectual do técnico, quem pode ocupar o lugar de mantenedor da ordem social vigente e reproduzidor de uma lógica social de classes ou de revolucionários da massa, atuantes como intelectuais orgânicos. Basaglia (1977) aprofundará esta discussão, dividindo os técnicos em categorias do saber prático e do saber teórico, na reflexão sobre a condição do doente mental institucionalizado em asilos. Para ele, o técnico do saber prático deverá usar a teoria para promover o bem-estar do outro (incapaz ou com menos saber teórico) sobre sua condição e não ao contrário, quando estes usam do saber teórico para cometer crimes em favor da burguesia dominante.

Outra questão que afligia Basaglia e Basaglia (1977), em discussão no livro *Crimes de La Paz*, é acerca do valor moral que todos carregamos, principalmente pelo fato de que o técnico é um representante da burguesia, com seus valores culturais e impressões pessoais formuladas a partir de sua visão de classe social. Portanto, numa relação de cuidado, esse valor é implícito na ação.

Delgado (2014) anuncia que os possíveis julgamentos morais que construímos sobre uma determinada pessoa, justificáveis ou não sob o ponto de vista cultural, jamais podem influenciar na garantia de seus direitos humanos e sociais. Assim, muitas avaliações morais acerca dos usuários de drogas, como “bandido” e “vagabundo”, podem ocorrer pelo trabalhador de saúde, uma vez que é parte do contexto sócio-histórico-cultural, mas é necessário refletir que esse julgamento não pode ser o direcionador de ações técnicas com essa população, uma vez que estes são sujeitos de direitos, devendo ser tratados como iguais.

Nesta mesma linha, Basaglia e Basaglia (1977) questionam o fato de o técnico ser acrítico em relação ao seu trabalho e não questionar sobre sua prática. Para os autores supracitados, a dimensão política de sua ação deve visar não a manutenção do consenso da ordem, mas, sim, passar a questionar a função de sua ideologia científica, em uma atitude crítica e reflexiva sobre sua prática e seu saber.

O que entra em discussão é o fato de se usar de uma técnica em saúde sem a reflexão de sua prática. O cuidado da equipe de saúde é compreendido como o tratamento de uma condição debilitante, como uma necessidade de recuperar a vida, na qual o profissional de saúde, com seu saber técnico, torna-se o especialista que poderá dizer o que o corpo precisa para melhorar (LORENZI-GUANAES, 2013). Quando o técnico indiretamente coloca seu julgamento moral dentro de suas tomadas de ações na oferta do cuidado, acaba por optar por práticas que institucionalizam e recriminam o outro, em que o usuário do serviço de saúde não é ouvido em sua demanda para o cuidado.

Junto a essa discussão, Santos e Soares (2013) remetem a uma reflexão sobre ações jurídico-morais, na chamada guerra às drogas. Nesse contexto, passam a ser adotadas práticas com ações de violência, como as internações compulsórias em clínicas e hospitais psiquiátricos, no sentido de eliminar tal problemática da sociedade, sem que de fato se operacionalizem práticas de cuidado ao usuário. Tais práticas colocam a problemática central na potencialidade da droga ou na condição debilitante do sujeito e, assim, se “assimila no imaginário social que as políticas deveriam se voltar para eliminar as drogas da sociedade e afastar os sujeitos desta” (SANTOS; SOARES, 2013, p.44).

Têm-se visto práticas autoritárias e impositivas de cuidado nos serviços de saúde, como mostram alguns estudos (PECHANSKY, 1993; VASTERS, 2010; PACHECO, 2009; ALMEIDA, 2010), nos quais a necessidade dos sujeitos passa pela imposição do saber técnico e não pelo diálogo entre usuário e serviço de saúde (LORENZI-GUANAES, 2013).

Basaglia e Basaglia (1977) ajudam a refletir e pensar a prática de cuidado, a medida que, para eles, a internação sempre foi mais uma forma de legitimar o saber e controle do técnico para dar resposta a uma dita problemática social. Diante dessa situação, muitas vezes, se esconde as mazelas sociais, segrega e delimita seu espaço. não realizando, de fato, uma intervenção em prol do cuidado ao outro.

Pautados na discussão do saber técnico e no saber com viés da moral, Basaglia (1985) aponta que o problema não é a doença mental em si, mas o tipo de relação que se estabelece com o doente, a medida que essa relação não é neutra, pois está determinada pelo fator socioeconômico. Com isso, os autores incitam a reflexão sobre as formas divergentes de relação estabelecidas quando se trata de um doente de classe social de alto poder aquisitivo com alguém de classe social pobre, em que as formas de tratar

serão diferenciadas. Também, possivelmente, haverá a diferenciação da abordagem técnica.

Ainda Basaglia (1985) dirá:

o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não tem. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz numa relação de opressão e de violências entre poder e não poder... (p.101).
[...] A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (BASAGLIA, 1985, p.107).

Assim, Basaglia (1985) arrola sobre as formas de violência a que diariamente submetemos aqueles a quem se destinam os cuidados, sendo que tais violências, por vezes “brancas” e camufladas, passam despercebidas por quem as pratica pela legitimidade do saber técnico. Esse saber impera as ações sobre uma determinada população e as oprime, a medida que se estabelece uma relação de poder (quem tem conhecimento técnico científico para determinado ato) e não poder (aquele que não tem determinado conhecimento técnico científico sobre esse ato), sejam relações entre usuários do serviço e técnicos, entre técnicos e técnicos em suas posições hierárquicas, seja entre sujeitos e sujeitos (a partir de seu local social).

Discursar, portanto, sobre o técnico de saúde mental e suas práticas de saúde nos serviços de saúde mental direcionados ao usuário de drogas, hoje, dentro de instituições e serviços que se propõem a ser espaços abertos e livres, significa pensar qual é o valor moral atribuído ao cuidado por esse técnico e as relações de poder estabelecidas nesse cuidado. Quando pensamos sobre o cuidado ao usuário de drogas, sabemos que o valor moral sobre o usuário de drogas é atravessado por julgamentos que a sociedade faz sobre esse uso, classificando-os como “vagabundos”, “noias”. Esse olhar certamente atravessará a maneira de cuidar do técnico, diferente do que ocorrerá com as pessoas de classes sociais com mais alto poder aquisitivo, nas quais há a possibilidade de se compreender o sofrimento sem rotulações. Nas palavras de Basaglia (1985) “não é a ideologia médica que estabelece um ou outro tipo de abordagem, mas sobretudo o sistema socioeconômico” (BASAGLIA, 1985, p.105).

Parte desse excerto necessita de reflexão sobre qual a prática que o técnico emprega frente a sua população atendida, a fim de que ele consiga ter um posicionamento técnico-político, não sendo apenas reproduzidor de uma ordem social, o que só ocorrerá a medida que refletir sobre sua ação, conseguindo perceber que parte desse cuidado não está apenas na doença em si, mas no tipo de relação que se instaura

com o usuário de seu serviço (BASAGLIA, 1985). Dessa forma, compreende-se que o saber técnico é um saber que se impõe sobre o outro na hierarquia de poder.

Gramsci (1982) destaca que todos na sociedade desempenham o papel de intelectual, mas nem todos têm a função de intelectuais, “assim como pelo fato de que qualquer um pode em determinado momento fritar dois ovos ou costurar um buraco do paletó, não quer dizer que todo mundo seja cozinheiro ou alfaiate” (NOSELLA, 2010, p.25). Nesse sentido, todos têm a capacidade de cuidar de sua saúde, mesmo que nem todos sejam médicos. Cabe à pessoa que está em sofrimento saber dizer o que sente e o local que dói e ao técnico ouvir, antes de impor uma prática, para definir qual a melhor opção em seu tratamento.

No entanto, o que é visto, principalmente na saúde, é a presença de um cuidado impositivo, no qual o saber técnico e sua ação com o usuário podem impedir que a equipe ouça aquilo que o outro tem a dizer sobre si e sobre o seu sofrimento. Ainda que este outro seja quem mais se beneficiaria daquele cuidado.

Assim, a discussão aqui colocada, amparada por Gramsci e Basaglia (1985), implica sobre as formas de relação de cuidados impostas a partir das relações culturais e socioeconômicas. Quando refletimos sobre a atenção para quem faz uso de drogas, essa, por vezes, é mais invasiva de valor moral do que de técnica.

Basaglia (1985) traz a seguinte reflexão: “um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto do de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público”. (BASAGLIA, 1985, p.108). Assim:

[...]. Esta abordagem da questão revela-nos uma realidade invertida, onde o problema já não é tanto a doença em si, mas sobretudo o da relação que se estabelece com ela. Ocorre que tal relação envolve ao mesmo tempo, como partes integrantes, o doente com sua doença, o médico e, através deste último, a sociedade, que julgam e definem a doença (BASAGLIA, 1985, p.109).

Essa discussão tem colocado em xeque o papel do intelectual na formação de valores e na organização social das pessoas. Principalmente no que tange à questão das drogas, pois tem-se chamado parte da responsabilidade aos serviços de saúde, em especial aos serviços de saúde mental, notadamente os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad). Nesses serviços, espera-se que a resposta para um problema, que é eminentemente social, possa ser resolvida apenas com uma ação

técnica de saúde, sem compreender que não são apenas esses os agentes envolvidos em tal problemática, mas sim toda a sociedade (FIORE, 2012).

Na direção contrária ao movimento em curso, Gramsci (1982) e Basaglia e Basaglia (1977) defendem a atuação técnica como um agente de transformação social com repercussões para o sujeito, sem se utilizar apenas de técnicas que reproduzam uma situação debilitante socialmente (BEIRED, 1998), mas que possam de fato agir em prol das pessoas.

No cenário da guerra às drogas tem-se visto muitas reproduções ao invés de transformações. As práticas adotadas nos serviços acabam por garantir apenas que, num curto período, a pessoa consiga se ver longe do vício das drogas, uma vez que este ciclo se repete constantemente e após determinado período existe a recaída e o tratamento recomeça. Isso se agrava quando esse tratamento é, por vezes, de forma impositiva, a partir de ações judiciais, como as internações compulsórias (GOMES; CAPPONI, 2012).

Contudo, repensar práticas de cuidado e a função do técnico dentro dos serviços de saúde significa pensar na necessidade de compreender o papel que ele pode executar visando à transformação social do estigma que o uso de drogas proporciona na sociedade e na construção de seu papel político frente à problemática das drogas.

2.2 O cenário das políticas públicas ao cuidado de quem faz uso de drogas no Brasil: o setor saúde em foco

Pensar o contexto das políticas públicas aos usuários de drogas no Brasil significa colocar em foco as políticas de saúde mental e remeter a uma revisão histórica acerca dos processos socioculturais na realidade brasileira nesse campo. Trata-se de um processo cultural seja sobre a prática técnica profissional e suas ações para com a população assistida, seja sobre a forma que a sociedade incorpora ou exclui todo aquele que de certa forma é considerado “desviante”.

Costa et al. (2015) apontam que, em detrimento de um grande período histórico de negligência, os problemas associados ao uso de álcool e outras drogas começaram a ser abordados pelo Estado brasileiro no início do século XX, quando, em 1920, por meio de ações do campo da justiça e da segurança pública, o uso de drogas foi considerado um ato criminoso e moralmente incorreto.

Assim, o Brasil adotava uma postura proibicionista e de posicionamento político de “Guerra às Drogas”, cujo lema era a promoção da abstinência de drogas ilícitas e sua consequente extinção da sociedade num viés de proibição e criminalização ao uso (COSTA et al., 2015).

A partir da década de 1970, o saber médico, mais especificamente da psiquiatria, passava a ser adotado na legislação brasileira. As ações direcionadas a essa população estavam legitimadas pelo saber científico, no sentido de uma intervenção direta na liberdade de escolha e na ação do indivíduo, uma vez que na condição de doente é considerado como aquele que não tem capacidade própria de saber o que é melhor para si (COSTA et al., 2015). Desse pensamento, o usuário de drogas ocupa o lugar de doente, agente passivo frente a sua doença, sofrendo intervenções diretas de controle e de exclusão.

Delgado (2014) pontua que nas décadas de 1970 e 1980 a política direcionada a esta população, enquanto prática de saúde pública, era exclusivamente a internação, muito mais como confinamento e exclusão social do que tratamento, uma vez que as condições de violência, abandono e morte por doenças eram constantemente relatadas pelos técnicos e por aqueles que ali viviam.

Costa et al. (2015) colocam que, naquele período, os hospitais psiquiátricos públicos foram os locais elencados para tratamento dos “doentes” usuários de drogas, muito mais como uma ação de repressão à oferta de drogas. Também dizem que, pela ausência de uma lei que abordasse a criação de equipamentos específicos de cuidado, o Estado acabava por responsabilizar aqueles locais como forma de criminalizar o usuário. Assim, os autores listam que a primeira lei que visava ao tratamento ao usuário de drogas foi a lei 6.368 de 1976, a qual previa que os municípios e estados deveriam contar, apenas quando necessário e possível, com serviços específicos para o tratamento a dependentes de substâncias ilícitas. Tal fato abriu as portas para o surgimento e a expansão de serviços de natureza não governamental, como as comunidades terapêuticas e a tentativa da resposta pela sociedade civil organizada, como os grupos de ajuda mútua.

Dessa forma, temos que, no início da construção das políticas públicas direcionadas aos usuários de drogas, o Estado se colocou como agente passível dessa responsabilidade, terceirizando o cuidado e, em alguns casos, financiou organizações para sua exclusão do convívio social, seja pela legitimação de uma ação por meio da

internação, seja pela política proibicionista de criminalização do uso, elegendo, assim, a reclusão em cadeias e penitenciárias como forma de controle do fenômeno.

O movimento que se iniciou junto a essas ações foi a superlotação dos hospitais psiquiátricos, com um número significativo de pessoas em uso de drogas e sofrimento psíquico. Essas pessoas eram internadas e, por vezes, lá abandonadas, sem qualquer intervenção terapêutica que visasse sua reinserção social, sendo o isolamento a técnica viabilizada e aplicada a essa população.

Este cenário crescente deu início aos movimentos e Conferências de Saúde Mental, nos quais se colocou em questão o tratamento ali ofertado e repensou-se as formas de cuidado. Influenciados pela reforma psiquiátrica italiana liderada por Franco Basaglia, em sua visita ao Brasil e participação no III Congresso Mineiro de Saúde Mental, principalmente após a visita ao Hospital Colônia de Barbacena, - à época, contava com 30.000 moradores, sendo assim comparado por Basaglia como um campo de concentração -, ampliou-se a participação e o crescimento do movimento social construído pelos trabalhadores da saúde mental que iria então repensar as políticas e redirecionar o modelo de cuidado ao doente mental (DELGADO, 2014).

O desafio do movimento da reforma era conseguir sanar a situação de violência e a ineficácia de um sistema assistencial hospitalocêntrico e asilar que excluía do tratamento a maior parte da população, transformando a loucura e os problemas em função do uso de drogas em mercadoria e ancorando uma visão preconceituosa e estigmatizante sobre o sofrimento mental (DELGADO, 2014).

Frente a estas realidades, trabalhadores da saúde mental se reuniram no II Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987, na cidade de Bauru/SP, redigindo as primeiras diretrizes para a área de saúde mental, incluindo a proposição de fechamento de hospitais psiquiátricos e a criação de serviços de acolhimento diurno (DELGADO, 2014).

Apesar dessas discussões iniciarem-se nos movimentos de redemocratização do país, nos anos 1980 e 1990, impulsionadas por movimentos sociais, a lei da reforma psiquiátrica e a criação de serviços substitutivos só se efetivou perante lei e política pública no Brasil em 2001, com a aprovação da lei 10.216, conhecida como lei Paulo Delgado. Tal lei prevê a garantia de direitos para todo usuário de serviços de saúde mental, bem como consolida uma rede comunitária e territorial de serviços de saúde mental, incluindo a formulação de uma política do Ministério da Saúde para usuários de álcool e outras drogas (DELGADO, 2014).

Nesse sentido, tal lei foi o embasamento político e jurídico para o governo federal estabelecer normas claras de financiamento e organização de serviços comunitários por meio da Portaria 336, de fevereiro de 2002, criando os CAPS em suas diversas modalidades, entre elas a de atenção a crianças e adolescentes e a de usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002). Os CAPS passam a ter o papel centralizador na organização da atenção psicossocial no território, definindo que a articulação dos conceitos de rede e território deveria ser central para a nova modalidade de cuidado comunitário, definidos pela lei.

Com a criação dos CAPS, em especial dos CAPS-Ad, iniciou-se um modelo de cuidado ao usuário de drogas, cuja expansão de serviços se deu no Brasil todo e no qual se redirecionou a sua forma de atenção. Frente aos desafios enfrentados a partir do trabalho nestes serviços e da necessidade recorrente de ações e políticas por parte do Estado em relação à questão das drogas, novas portarias surgiram após a expansão dos CAPS e da redução de leitos psiquiátricos para enfrentar outros problemas advindos.

No que concerne ao campo das políticas públicas destinadas à prevenção e assistências aos usuários de drogas, Costa et al. (2015) destacam que foi no início dos anos 2000 que o Brasil interrompeu uma lacuna histórica vivenciada nos anos de 1990. Assim, destacam como marcos:

1) a criação em 2002, e reformulação em 2005, da Política Nacional sobre drogas (PNAD) pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2) o desenvolvimento, pelo Ministério das Saúde, em 2004, da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD); 3) a promulgação da Lei n. 11.343/2006, representando a nova legislação brasileira sobre drogas (COSTA et al., 2015, p.45).

Entretanto, Delgado (2014) coloca que, apesar da política nacional para uso de drogas ter sido iniciada em 2001 com a lei da reforma psiquiátrica, ainda se encontram muitos desafios a serem enfrentados e que podem inclusive significar retrocessos. Para o autor supracitado, o consumo de drogas sempre esteve presente em todas as sociedades e classes sociais, “contudo, a condição dos mais pobres inseridos nessas dinâmicas impõe uma reflexão frente a abordagem diferenciada e o eventual não reconhecimento de tais sujeitos como pessoas” (DELGADO, 2014, p.31). O retrocesso ao movimento da reforma psiquiátrica no Brasil em relação ao usuário de drogas tem caminhado novamente para a exclusão dessas pessoas de nossa sociedade.

A demanda social por intervenções coercitivas, que incluem internações compulsórias, surge desse tipo de reação, e aliviam-se consciências atribuindo-se “poderes mágicos” de cura para justificar atos que, longe de promover solução ou tratamento eficaz, apresentam, sobretudo, exclusão (DELGADO, 2014, p.32).

Assim, percebemos que o debate atual acerca da questão das drogas e seu direcionamento político estão pautados em o que fazer com quem usa drogas. Tal questão tem entrado em disputa na sociedade brasileira e perpassado diferentes pontos de vistas que vão desde a questão de segurança pública até a política de saúde.

Fleury e Ouverney (2008) destacam as políticas de saúde no Brasil como uma política social, a medida que se compreende que “está voltada para a reprodução de indivíduos e das coletividades” (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p.24):

Ao se considerar a política de saúde como uma política social, umas das conseqüências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 24).

Consoante com uma política atual que vise pensar uma nova perspectiva de enxergar o sujeito e suas particularidades do território, buscando a integralidade do cuidado, recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção em Saúde (RAS). A RAS surge como uma tentativa de resposta adequada à atual condição de saúde da população, de forma a pensar numa melhor estratégia de serviços compartilhados, tendo em vista os fatores econômicos e sócio-demográficos de cada região (BRASIL, 2010).

Desta forma, dentro da RAS iremos encontrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS pode ser entendida como a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos psíquicos e com necessidades decorrentes do uso de drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É constituída por sete níveis de atenção, cujos elementos devem atuar territorialmente e de forma articulada (BRASIL, 2011).

No nível da Atenção Básica em Saúde, a RAPS é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes da Saúde da Família (ESF) desenvolvendo ações de promoção, prevenção e cuidado às pessoas com transtornos mentais e usuários de drogas. Os Núcleos de Apoio à Família (NASF) são responsáveis pelo apoio matricial e

cuidado compartilhado com as UBS e ESF. Além disso, as equipes de Consultórios de Rua e redutores de danos ofertam ações e cuidados de saúde de modo itinerante para a população em situação de rua e os Centros de Convivência e Cultura oferecem espaços de socialização, produção e intervenção para a população em geral (BRASIL, 2011).

Na atenção psicossocial estratégica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem assistir pessoas com transtornos mentais de forma territorializada. Os CAPS podem ser de três tipos, a depender do número de habitantes do município: CAPS I, CAPS II e CAPS III, sendo que o CAPS III tem funcionamento integral de 24 horas, incluindo finais de semana e feriados. Compõem a rede também os CAPS específicos para o cuidado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS-ad) e os destinados a cuidar de crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas (CAPS-i). Os CAPS-ad podem ser do tipo II (municípios ou regiões acima de 70.000 habitantes) ou III (municípios ou regiões acima de 200.000 habitantes), sendo que o CAPS-ad III deve funcionar por 24 horas. Na ausência do CAPS-ad os municípios com CAPS I deverão prestar assistência e cuidado a esta população (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

A Atenção Residencial de Caráter Transitório é conformada pelas Unidades de Acolhimento (UA) que oferecem cuidado contínuo para usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social que necessitam de um acompanhamento terapêutico ou protetivo transitório. A portaria também cita as Comunidades Terapêuticas dentre os pontos de atenção, podendo prestar acolhimento à população usuário de drogas em situação de vulnerabilidade por até nove meses, quando em situações clínicas estáveis (BRASIL, 2011).

A atenção hospitalar é constituída por leitos ou enfermarias em hospitais gerias, oferecendo tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas, em especial nas situações de abstinências e intoxicações severas que necessitem de desintoxicação e/ou nos casos de comorbidades de ordem clínica e psíquica. O trabalho deverá prever internações de curta permanência (BRASIL, 2011).

Em relação à atenção de urgência e emergência, são previstos o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Pronto Socorro e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), quando possível. Estes serviços são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

As estratégias de desinstitucionalização baseiam-se nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa de Volta para Casa, visando garantir aos usuários de drogas e pessoas com transtorno mental de longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas (BRASIL, 2011).

Por fim, finalizando os sete pontos de atenção previstos na RAPS têm-se as Estratégias de Reabilitação Psicossocial compostas por iniciativas intersetoriais de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2011).

No âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) também são previstas ações de cuidado que devem ser incorporadas pela Rede de Atenção aos Usuários de Drogas, objetivando o fortalecimento das redes sociais dos indivíduos e sua reconstrução quando em situações de extrema vulnerabilidade ou de exclusão social (BRASIL, 2012). O SUAS atua por meio de ações de sua rede de atenção básica constituída pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e pela rede de atenção especializada, constituída pelos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), atendendo indivíduos ou famílias com agravos de vulnerabilidade social, perda de vínculos, situação de violência, abandono e situação de rua (BRASIL, 2004).

Para além da RAS, da RAPS e da rede de assistência social, torna-se relevante à incorporação de outros setores estratégicos, como a segurança e a defesa social, a educação, em especial, no que tange à prevenção nas escolas e outros setores, como a cultura, o esporte, o lazer, as ações preventivas e atreladas ao cuidado (COSTA et al., 2015).

Vale destacar, ainda, a relevância das redes informais, não relacionadas à institucionalização em serviços, no que concerne aos arranjos para suportes para efetivação da vida (BARDI, 2013).

Tendo por base as diretrizes promulgadas, pensar a Rede de Atenção ao Usuário de Drogas implica na compreensão deste entrelace entre diferentes serviços para a promoção de redes de cuidado, seja na saúde pela RAS e RAPS, seja no campo social pelo SUAS e seus serviços especializados, seja pelo envolvimento de outros setores, bem como pelos recursos denominados informais, ou seja, comunitários presentes no território e demais componentes das redes pessoais de suporte dos sujeitos.

Apesar da condição contrária apresentada pelas discussões e portarias listadas acima, o cenário atual em termos de políticas e ações públicas destinadas a esse grupo

(usuário de drogas) tem instituído ações de alarme social, em virtude do chamado “fenômeno do crack”, tendo em vista uma fragilidade de estruturação da rede de cuidados. O Plano Nacional Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, por meio do decreto 7.179 de 20 de maio de 2010, buscou criar estratégias de prevenção ao uso, de tratamento e de reinserção social de usuários, mas também prevê ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas, caracterizando um viés duplo e conflituoso.

Desse modo, se por um lado se reconhece o uso de drogas e a necessidade da construção de uma rede de cuidado e amparo, com maior incentivo de custeio aos serviços do sistema SUS, em especial aos serviços especializados centralizados nos CAPS-ad, por outro, cresce a ação de repressão por parte do Estado que faz valer do crime para quem for pego portando drogas, inexistindo ainda um parecer que possa configurar uso ou tráfico de drogas. Esse viés duplo de intervenção coloca em discussão a política do proibicionismo, não respeitando os direitos inerentes do ser humano, como o direito à saúde.

Em contrapartida, temos ainda uma política estadual, em São Paulo, que, pelo decreto 59.164 de maio de 2013, instituiu o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, que traz como um dos dispositivos de cuidado o financiamento de internação de longo prazo (6 meses) com reconhecimento técnico sobre tal ação, pautada no tratamento pela abstinência, em clínicas credenciadas de reabilitação para “dependentes químicos”.

Costa et al. (2015) destacam que:

existe um cenário atual de diversos obstáculos incidentes às redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em virtude de uma cobertura insuficiente da rede de serviços, havendo também problemas estruturais e de qualificação profissional e com os preceitos de integralidade e intersetorialidade não consolidados de fato; os CAPS-ad, além da necessidade de expansão, enfrentam a necessidade de readequação de algumas práticas e pressupostos e de se repensar seu papel dentro da rede, visando seu fortalecimento, expansão, melhoria estrutural e readequação de práticas; ademais, jaz ao Estado uma maior responsabilização em fornecer melhores alternativas ao panorama encontrado, avançando no fortalecimento da rede pública, ações intersetoriais, articulação de cuidado e no aprimoramento das condições de trabalho (COSTA et al., 2015, p.59).

Assim, percebemos que as atuais políticas caminham na direção contrária aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e que, muitas vezes, contrárias à própria Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, uma vez que ao se incentivar o

financiamento de clínicas, o Estado se abstém de sua responsabilidade para com a saúde da população e justifica um tratamento por meio do isolamento, quando não coercitivo e de punição.

2.3 Intersetorialidade, Redes Sociais e o Cuidado em Saúde

O conceito de intersetorialidade pode ser definido como a estratégia política de articulação de diferentes setores da política social visando à resolutividade de problemas complexos. Pereira (2014) define:

A intersetorialidade é um termo dotado de vários significados e possibilidades de aplicação. O termo vem sendo considerado como: uma nova lógica de gestão, que transcende um único setor da política social; e/ou uma estratégia política de articulação entre setores sociais diversos e especializados; e também, uma estratégia para otimizar saberes, com competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum (PEREIRA, 2014, p. 23).

Já Nascimento (2010) afirma que a noção de intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, com a noção de articulação dos saberes técnicos. O conceito substitui a noção do saber em especialidades, permutando para saberes coletivos, a medida que todo problema é um todo e não uma parte.

Monnerat e Souza (2014) pontuam a noção de intersetorialidade como uma estratégia de gestão voltada para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais e não governamentais, visando ao enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor do governo ou área da política pública. As autoras supracitadas pontuam que o debate da intersetorialidade na saúde coletiva nasceu mediado pelo conceito ampliado de saúde, conformado a partir do projeto da reforma sanitária, perspectiva na qual se reconhece que os determinantes sociais e não somente os aspectos biológicos incidem sobre o processo saúde-doença.

Observa-se aqui a aplicação do conceito de intersetorialidade mediado pela compreensão de que o processo saúde-doença não é um agravamento específico do setor biológico, podendo ser também agravado pelos aspectos mentais e sociais. Neste sentido, ao discorrer sobre um trabalho intersetorial, integra-se também problemas

estruturais da sociedade que incidem sobre o processo de saúde.

O uso do termo território tem aparecido aliado às discussões sobre intersectorialidade e à construção de estratégias de trabalho e serviços destinados nas políticas públicas tanto de saúde como de assistência social, principalmente, no excerto direcionado ao usuário de drogas. A portaria 336/GM de 2002, que institui os CAPS, prevê em seu artigo 1º, parágrafo segundo, que deverão funcionar segundo a lógica de território. Desta forma, debruçar sobre este conceito e compreendê-lo como conceito teórico dentro das políticas nos ajuda a desvendar a forma como são pensadas e articuladas, bem como faz luz sobre a retórica de que a prática de saúde deva extrapolar o ambiente técnico dos serviços.

A origem da palavra território vem da junção de duas palavras latinas (“terra” e “torium”) e significa “terra pertencente a alguém”, sendo que a palavra pertencente remete não a propriedade da terra, mas a sua apropriação, num sentido de pertencimento. Alarcon et al. (2013) arrolam o território como apropriação (posse) ou como pertencimento no qual os sujeitos adequam-se ou não.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (2013) nº 34, a atenção básica em saúde prima pela organização territorial dos serviços de saúde. No entanto, compreende aqui mais uma divisão geográfica do território, a medida que faz um limite espacial de cobertura populacional, além de facilitar a constituição de vínculos entre as equipes de saúde e a população.

Santos (1998) discutiu sobre a nova forma de pensar o território para além de um espaço geográfico, como dimensão simbólica, expressa por aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos e também como dimensão existencial que diz respeito aos modos pelos quais o território ganha sentido a partir de cada história pessoal. Para o autor, o termo tem sido utilizado em um sentido oposto ao de espaço físico, para uma compreensão de noção de rede, formado por lugares contíguos que se comunicam. Ou seja, são espaços horizontais nos quais transitam pessoas que interagem. Trata-se de uma visão ampliada em que se pensa nos espaços como locais de ações humanas e inter-relações. Assim, pensar território é pensar nos diálogos entre os territórios, compreendendo que existe uma relação de classe entre as pessoas e o ambiente que ocupam, isto é, a depender do local em que nascer você poderá acessar determinados bens sociais.

A noção de território também embasa parte da discussão sobre o trabalho intersectorial, de acordo com Monerrat e Souza (2014). A diretriz de se trabalhar focado

em dado território justifica-se em razão de que um dos maiores obstáculos a ação intersetorial é o fato de que cada área de política determina sua região geográfica de atuação e, portanto, definir território comum para a ação de diferentes políticas setoriais é condição para promover a intersectorialidade.

No documento elaborado pelo Ministério da Saúde acerca do Plano de Atenção Psicossocial a Criança e Adolescente (BRASIL, 2014), o trabalho no território implicado nas ações de saúde mental envolve a relação com as redes e afetos em que o sujeito é cuidado, o que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça etc, ou seja, a rede informal que influencia em seu cotidiano. O território é assim “o lugar psicossocial do sujeito, onde a vida acontece” (BRASIL, 2014, p.25).

Neste sentido, pensar no território é pensar para além do espaço físico, nas relações estabelecidas entre os espaços e as pessoas, compreendendo que é totalmente influenciado pelas possibilidades ali existentes, bem como por uma relação simbólica, que envolve aquilo que sua cultura, sua forma de pensar e agir lhe faz articular. Sua rede se forma a partir destas inter-relações em seus espaços de vida.

O conceito de redes associa-se à intersectorialidade, do ponto de vista dos serviços, e às complexas relações de vida ocorridas no território.

A noção de redes é aqui compreendida como um emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem os nós, significando uma transformação das ideias sobre a organização social (JUNQUEIRA, 2000).

Rede social é entendida por Marques (1999) como “um campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídas ao longo do tempo” (MARQUES, 1999, p. 46), rede de organizações estabelece acordos de cooperação, reciprocidade e alianças. Esta noção torna-se extremamente importante na análise e no saber colocado sobre o cuidado às pessoas usuárias de drogas, bem como na construção de políticas efetivas, uma vez que algumas experiências (DUARTE, 2014) têm nos mostrado a importância desse diálogo, bem como das relações pessoais construídas nas redes sociais como suporte e amparo no cuidado e na garantia dos direitos.

A partir da experiência relatada por Duarte (2014), acerca de um trabalho de matriciamento na periferia da cidade do Rio de Janeiro, observa-se que o trato sobre os usuários de drogas, de forma descriminalizada e isenta de qualquer julgamento moral, põe em questão a temática da intersectorialidade das ações e das políticas. Duarte (2014) salienta que “todo complexo da rede de atenção psicossocial é atravessado por disputas

de saberes e poderes, projetos, portanto, com as diversas ambiguidades presentes neste campo de cuidados e atenção aos usuários de drogas” (DUARTE, 2014, p.46).

Andrade (2002) denomina de apoio social a ajuda estabelecida nas inter-relações das redes sociais discutidas por Marques (1999), afirmando que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as redes são, com frequência, uma forma possível de ajuda que famílias pobres e carentes tecem em seus cotidianos, destacando a rede informal. Assim, o que as redes proporcionam ao indivíduo é o apoio social, remetendo à noção de ajuda mútua que pode ser potencializada quando a rede é forte e integrada. Nesta noção, as redes não são apenas formadas por setores públicos e institucionais, pois abrangem as relações interpessoais de cada um.

Mângia e Muramoto (2005) apresentam as redes sociais como um campo de análise que, na saúde, tem-se mostrado altamente operativo, constituindo interesses e podendo favorecer a resolução de problemas vinculados às mudanças socioeconômicas impostas pelo neoliberalismo. Para as autoras:

A relação entre redes sociais e saúde, na perspectiva de busca de melhorias para a população, emerge com mais força nos países em desenvolvimento, onde o acesso dos recursos de saúde se mostra mais restrito. Com frequência, as redes sociais propiciam o desenvolvimento de ações solidárias e de suporte ao enfrentamento de questões do cotidiano entre grupos miseráveis(...). No campo da saúde mental, o uso da metodologia de redes tem apresentado crescimento significativo nas estratégias de cuidado especialmente nas práticas desenvolvidas pelos serviços substitutivos territoriais (MÂNGIA; MURAMOTTO, 2005 p. 26).

É nessa lógica que se têm pensado as estratégias de rede no campo da saúde mental com a criação da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde (RAPS) e nas propostas de CAPS. No entanto, os estudos sobre o tema e as leituras realizadas têm mostrado que tal noção de trabalho envolve muito além do que ter setores envolvidos no cuidado ao usuário de drogas, envolve um desprendimento de saberes e poderes que perpetuem na garantia de direitos dos sujeitos e que se reúnam de fato numa visão intersetorial.

Para Pereira (2014), este novo conhecimento rompe com o positivismo da ciência e busca uma compreensão dialética para construir uma nova forma de saber em que não existem partes de saberes e sim saberes que se conversam. Nessa mesma lógica, na saúde pública, as ações que antes eram divididas e quebradas em setores buscarão a compreensão de que não existe cada uma em seu setor, mas todas pelo bem comum do

sujeito, uma vez que se pautarão em políticas e ações que vislumbrem a integralidade.

A interdisciplinaridade se impõe, assim, não como uma proposta de destruição das especialidades, mas como um convite que alerta ao especialista para que este se torne também sujeito de totalidade, sugerindo relação de reciprocidade entre saberes distintos, com suas contradições específicas e inerentes.

Parte-se da visão interdisciplinar de intersetorialidade das políticas sociais, mas com uma ressalva a título de esclarecimento: os denominados setores que devem se interligar não são propriamente setores, mas políticas particulares ou especiais com seus movimentos concretos e contradições específicas. Como cada política é um conjunto de decisões e ações, resultante de relações conflituosas entre interesses contrários que extrapolam seus pseudo perímetros setoriais, fica claro que a intersetorialidade é a representação objetivada da unidade dessas decisões e ações. Portanto, é preciso ter a certeza de que a divisão em setores é procedimento técnico e burocrático. E só nesse sentido, tem-se justificativa, pois o conhecimento, assim como o bem público e os direitos, não são divisíveis (PEREIRA, 2014).

Daí a conclusão de que a intersetorialidade não é uma estratégia técnica, ao contrário, é um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso. Envolve interesses competitivos e jogos de poderes que, na maior parte das vezes, se fortalecem na sua individualidade. Duarte (2014) ainda afirma que quando se foca a rede como um processo em construção, tanto ela como todos os sujeitos envolvidos com a direção desta estratégia de ação territorial e comunitária tecem ações micropolíticas e interssetoriais que colocam em cena a produção do cuidado e da vida social para o sujeito de direitos. É preciso pensar que o foco de qualquer discussão em rede é o cuidado do sujeito de direitos e não as relações de poder estabelecidas pelos serviços que compõe a rede.

Dessa forma, o conceito de intersetorialidade, aliado aos conceitos de rede e território trazem importantes discussões para pensar o campo das políticas públicas ao usuário de drogas, uma vez que se compreende a necessidade de um trabalho que envolva outros setores de fato numa ação em rede, na qual o usuário não é apenas levado de um serviço a outro, mas existe um diálogo entre aqueles que compõem essa rede, compreendendo os elos necessários para o fortalecimento da rede social do indivíduo, seja formal ou informal, alocada em seu território. A ação em rede e interssetorial deve ser territorial, no reconhecimento das necessidades do sujeito em seu espaço.

À luz dessas reflexões, podemos, enfim, pensar num trabalho de cuidado ao usuário de drogas de forma ampliada e humanizada que busque maior efetividade de suas ações.

3. OBJETIVO

Frente às discussões teóricas apresentadas e à trajetória de trabalho da mestranda, esta pesquisa teve como objetivo discutir o processo de implantação da RAPS, no que tange ao cuidado dos usuários de drogas, a partir da experiência de uma Regional de Saúde do estado de São Paulo, sob a ótica dos técnicos de saúde mental.

Propõe-se, assim, contribuir com a discussão acerca do cuidado em rede, na perspectiva da intersetorialidade, tendo como recorte a equipe de saúde atuante nos serviços de saúde mental, em especial, os técnicos de nível superior que atuam no campo da saúde mental.

4. METODOLOGIA

A presente pesquisa lançou mão dos referenciais discutidos na Terapia Ocupacional Social, a qual se embasa nos princípios do materialismo histórico para compreender o sujeito em seu meio e suas relações sociais. Nesse sentido, a partir da compreensão da inter-relação entre estruturas micro e macrosociais, busca-se que as experiências vivenciadas na regional de saúde em estudo possam ser pensadas e refletidas no trabalho em outras regionais de saúde, tendo como foco a perspectiva do trabalho intersetorial voltado ao atendimento dos sujeitos que fazem uso de drogas.

Para Adorno e Castro (1994) o método é compreendido pelas ciências sociais como um exercício reflexivo de apreensão de uma realidade, sendo que a abordagem qualitativa, com os pressupostos das humanidades, foi introduzida no campo da saúde para auxiliar nas respostas metodológicas ou no fornecimento de instrumentais e respostas ao problema de como abordar e pesquisar pessoas.

Assim, a partir da formação como terapeuta ocupacional, atuante no campo da Terapia Ocupacional Social, surgiram reflexões no campo da pesquisa a partir de referenciais desta linha de estudo, ensino e pesquisa que endossaram parte da formação acadêmica e contribuíram com os questionamentos enquanto técnica nos serviços de saúde mental. Barros et al. (2007) afirmam que a Terapia Ocupacional Social no Brasil se desenvolveu tendo em vista o “debate sobre a responsabilização dos técnicos na formação de valores sociais” (BARROS et al., 2007, p.347) e a crítica sobre o saber médico-psicológico, determinando compreensões sobre fenômenos sociais, alicerçando perspectivas reducionistas sobre a saúde e a doença. Parte-se, portanto, de um olhar do campo da terapia ocupacional social e sua discussão sobre contexto, território e ação técnica, uma vez que “o campo social implica em uma leitura da realidade e da problemática expressa pela pessoa que só se alcança através da metodologia pertinente ao fenômeno em estudo, entrelaçando aspectos macro e microsociais para sua compreensão e ação” (BARROS et al., 2007, p. 354).

Dessa forma, a Terapia Ocupacional Social busca uma intervenção que visa compreender, por meio das características, problemas e necessidades concretos da população com a qual se trabalha, a possibilidade de o técnico configurar-se como agente de transformação por meio de sua atuação técnica e política.

É preciso assinalar que o estudo foi conduzido a partir de uma reflexão de dentro da instituição, ou seja, de um campo de estudo e reflexão que se formou anterior à

pesquisa e que, assim, tais indagações delinearão os caminhos percorridos nessa trajetória, bem como o fato de que esse campo também foi utilizado como dados para análise, uma vez que a pesquisadora é parte do campo estudado. O fato de se tornar objeto de estudo da própria pesquisa, levou a buscar metodologias pertinentes e referenciais que pudessem justificar essa escolha. Bourdieu (2003) esclarece sobre a objetivação participante, diferenciando da observação participante, enfocando a primazia da participação e, a partir daí, a observação daquela realidade. O autor discursa sobre este método de investigação diferenciando-o da observação participante:

Eu quero dizer "objetivação" participante e não "observação", como se diz habitualmente. A observação participante, como eu a entendo, designa a conduta de um etnólogo que se imerge nela – ou ele mesmo se imerge em um universo social estrangeiro, de modo a observar uma atividade, um ritual ou uma cerimônia quando, idealmente, espera-se tomar parte nela (BOURDIEU, 2003, p.281- tradução nossa)¹.

Para o autor, tal método de análise se aplica ao pesquisador que adentra em uma realidade de pesquisa científica, munido de sua cultura e de seu passado, com interesses que “inconscientemente” irão nortear suas escolhas científicas. Apesar de haver limites nessa auto-observação, o fato de a pesquisadora já se debruçar sobre as questões levantadas da vivência cotidiana do tema facilita a introdução no campo, bem como oferece subsídios para uma integração de conteúdos para apreensão daquela realidade. Assim, as escolhas de todo pesquisador dependem da posição que este ocupa no universo profissional, não existindo, portanto, a pesquisa imparcial, uma vez que todo seu arcabouço teórico, suas experiências práticas e culturais, vivenciadas até o momento, influenciam seja na escolha do método de pesquisa seja no objeto de estudo. Assim, com esta pesquisa não foi diferente, tendo em vista todo o trajeto já anunciado na apresentação e as indagações da experiência surgidas.

Coadunando com esta posição, destacamos a relevância do profissional fazer de seu campo de trabalho o objeto da sua reflexão, contribuindo com a formação pessoal e a transformação de seu ambiente de trabalho, em um processo em que é ação e reflexão. Parte-se da experiência e inserção nesse campo como sua parte integrante, olhando de

¹ I do mean participant 'objectivation' and not 'observation', as one says customarily. Participant observation, as I understand it, designates the conduct of an ethnologist who immerses her- or himself in a foreign social universe so as to observe an activity, a ritual, or a ceremony while, ideally, taking part in it (p.281).

dentro e fazendo do campo de trabalho um objeto de análise, com vistas a contribuir com seu aprimoramento.

Para Malfitano (2011):

Tendo em vista a realidade dos profissionais de saúde presentes em serviços de diferentes naturezas, bem como a riqueza de informação proveniente do seu lugar de ator estratégico para implementação de políticas e ações sociais, pontuamos a relevância da valorização do lugar de técnico-investigador com vistas à produção de maiores informações, compreensões e análises de realidades complexas, como aquelas presentes na contemporaneidade, visando à transformação de contextos e à possibilidade de ação para transformação (MALFITANO, 2011, p.323).

Inspirada nesses apontamentos, o presente estudo buscou um estranhamento do familiar, nas palavras do Maganani (1997, p.10), por meio da realização de uma objetivação participante, na qual, por meio da participação cotidiana do trabalho técnico, pudesse emergir a reflexão acerca daquela realidade, reconhecendo as possibilidades e limites que esta escolha traz em si. Daí, tendo em vista a escolha intencional das categorias para o debate, trilhou-se sua leitura por meio dos referenciais da Terapia Ocupacional Social.

5. MÉTODOS DE PESQUISA

5.1 O campo da pesquisa

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é organizada pelos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste decreto o estado paulista foi dividido em 17 Departamentos de Saúde que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

Por meio da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, o Ministério da Saúde, buscando colocar em prática as Diretrizes Operacionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu a Rede Regional de Atenção em Saúde (RRAS), com a finalidade de superar a fragmentação da atenção e da gestão das regiões de saúde. Desta forma, cada departamento de saúde passa a colocar em prática sua RRAS com reuniões divididas em subgrupos, dando enfoque, especialmente, àquelas subdivisões que mais precisam de atenção específica.

A portaria do Ministério da Saúde nº. 3.088, de dezembro de 2011, promulgou a Rede de Atenção Psicossocial com o foco de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno ou sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Sendo que em seu Parágrafo 2, coloca como diretrizes operacionais:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - Combate a estigmas e preconceitos; IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - Diversificação das estratégias de cuidado; VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011, s/p).

V									
W									
X									
Y	X								
Z			X	X	X	X		X	X

A Tabela 1 descreve que apenas 11 municípios contêm serviços de saúde mental, em virtude dos outros 15 municípios serem de pequeno porte populacional (em média 10 mil habitantes), possuindo apenas os serviços de atenção básica em saúde e que ainda não contam com coordenação ou serviço especializado de saúde mental. A partir deste quadro, optou-se em fazer o recorte da pesquisa nessas 11 cidades com o intuito de atingir a rede especializada de saúde mental disponível.

Para a estruturação da RAPS nessa regional foram estabelecidas como prioridades: formular as diretrizes de funcionamento da rede de saúde mental, pactuando, junto aos polos das microrregiões, a construção de espaços e serviços que serão pontos de atenção na RAPS e sanando as lacunas ainda presentes na rede, com o objetivo, portanto, de ampliar o acesso da população a esses pontos de atenção e garantir um cuidado humanizado e territorial. Como estratégia principal, a estruturação é pensada por meio de uma ação em rede, composta pela criação e estruturação dos serviços existentes nos 26 municípios, subdivididos em 4 sub-regiões que deverão ser autossuficientes para a demanda, conforme estabelecido no plano do quadriênio 2014-2017.

A escolha deste campo se deu por ser uma regional de saúde do estado de São Paulo com abrangência variada de serviços e por desenvolver estratégias de atenção e cuidado ao usuário de drogas, bem como por estar no processo de estruturação da RAPS. Também, por ser o campo de trabalho da pesquisadora, o que motivou pela escolha da pesquisa e facilitou a realização do estudo.

5.2 Etapas da Pesquisa

O trabalho de campo foi dividido em seis etapas, listadas a seguir:

1. Contato com a Rede Regional de Saúde para acesso aos documentos, atas e demais escritos com o intuito de colher dados que pudessem ser agregados na formulação das entrevistas e da discussão;
2. Realização de entrevista semiestruturada (Apêndice 1) com o coordenador regional de saúde mental, responsável técnico pela construção de estratégias e serviços nesse campo. A entrevista ocorreu no mês de março de 2015, com duração de 2 horas;
3. Aplicação de questionário (Apêndice 2) com os coordenadores de saúde mental dos municípios que compõem a RRAS presentes na primeira reunião organizada pela Diretoria Regional de Saúde para elaboração da RAPS. Os questionários foram realizados em dois momentos distintos, tendo em vista que as reuniões com as coordenações municipais ocorrem mensalmente na DRS. Assim, a primeira reunião ocorreu no mês de abril de 2015 com a presença de 8 coordenadores. A segunda reunião ocorreu no mês de maio de 2015 com a presença de 10 coordenadores e mais 11 gestores de CAPS dos municípios Z, N e D;
4. Objetivação participante de reuniões de elaboração do plano da RAPS com os coordenadores de saúde mental municipais, junto à equipe de planejamento e gestão e ao grupo condutor da DRS, no período de abril e maio de 2015, em duas reuniões mensais. Ambas as reuniões tinham como pauta ser gerenciadas pela equipe das DRS, a fim de discutir a desinstitucionalização de usuários do hospital psiquiátrico, criação da rede substitutiva dos serviços de saúde mental e fluxograma da internação via CAPS;
5. Aplicação de questionário com os técnicos de saúde mental (modelo disponível no Apêndice 3), trabalhadores de nível superior que compõem os serviços de saúde mental da RAPS. Visitou-se 28 serviços de 11 municípios. Os questionários começaram a ser aplicados no mês de janeiro de 2015, finalizando o último município no mês de agosto de 2015;
6. Discussão do tema proposto e dos resultados encontrados junto à equipe de trabalho do CAPS-ad que compõe um dos municípios da regional de saúde. Optou-se por escolher o CAPS-ad do município Z, uma vez que esse município é o que contempla o maior número de serviços listados na construção da RAPS. A pesquisadora não possui vínculo empregatício neste município e o mesmo foi escolhido tendo em vista seu potencial enquanto rede de serviços de saúde mental. Esta etapa ocorreu no mês de dezembro de 2015.

Todos os integrantes, em todas as etapas, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 4 e 5).

O contato inicial prévio junto ao coordenador regional de saúde mental foi um facilitador para se pensar nas estratégias de campo a serem adotadas pelas etapas que se seguiriam.

A etapa 1 resultou na aglutinação de materiais disponibilizados pelo gestor regional, a fim de contribuir numa análise de campo e delimitar as etapas de pesquisa. Assim, foram entregues quatro documentos, a saber: diretriz operacional, plano diretor do quadriênio 2014-2017 (SÃO PAULO, 2009a), plano de trabalho para estruturação da RAPS, pautas das reuniões realizadas nos meses subsequentes.

A etapa 2 ocorreu por meio da entrevista com o coordenador regional e a possibilidade de esclarecimento de dúvidas acerca da estruturação de todos os serviços da regional.

No contato inicial com o coordenador, decidiu-se, em conjunto, pelo desenvolvimento das etapas 3 e 4 por meio da participação nas reuniões de estruturação da RAPS que aqui será chamado de objetivação participante (BOURDIEU, 2003). Assim, tal objetivação ocorreu em duas reuniões dessa coordenadoria com os gestores, nas quais a participação da pesquisadora se deu também na forma de representatividade de um dos municípios em que trabalha e, portanto, também componente das discussões pertinentes ao contexto daquele território. As reuniões tiveram como pauta a construção de estratégias específicas para o fortalecimento da rede de cuidados municipal às pessoas com transtornos mentais e que fazem uso de drogas, como forma de colocar em prática a Lei 10.216 e reduzir o número de internações e leitos no hospital psiquiátrico. Estiveram presentes na primeira reunião oito coordenadores (do total de 11 coordenações, sendo que uma destas é a própria pesquisadora), na qual foi apresentado o projeto de mestrado e solicitado à gestão municipal dos demais municípios apoio para o desenvolvimento das etapas subsequentes. Após a apresentação do projeto, os coordenadores presentes foram convidados a preencher o questionário destinado à coordenação municipal (ressalta-se que a pesquisadora não respondeu ao questionário), sendo que dos oito coordenadores presentes, apenas cinco colaboraram com a pesquisa e os demais ficaram de entregar posteriormente, mas acabaram por não fazer. Assinala-se aqui que, apesar da DRS em estudo possuir uma abrangência de 26 municípios, conforme acima descrito, em apenas 11 destes existem coordenações e serviços de

saúde mental, tendo a representatividade, portanto, de 46% dos coordenadores nesta pesquisa.

No segundo encontro, estavam presentes 21 pessoas atuantes nos 11 municípios que compõe essa regional, pois esse encontro abrangia os gestores dos serviços de saúde mental, além das coordenações municipais de saúde mental. Também teve como estratégia a discussão sobre a rede de cuidados em saúde mental na regional e o processo de implantação de um sistema de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico, com a previsão de criação de serviços territoriais. Ambos os encontros foram registrados em caderno de campo.

Optou-se pelo registro em caderno de campo e análise da pauta de discussão das reuniões. O caderno de campo dessas reuniões foi composto com anotações pessoais da pesquisadora acerca das discussões presentes, das falas e relatos vivenciados naquele momento. Tal registro contém 15 páginas, num caderno de formato 20 x 27,5 cm. Tendo como base as discussões propostas por Magnani (1997), o caderno de campo se configurou como um meio de imersão na discussão, sendo um facilitador para as reflexões da pesquisadora.

A etapa 5 envolveu a visita a todos os municípios que apresentavam serviços especializados de saúde mental (conforme Tabela 1) para contato e aplicação dos questionários com os técnicos. Foi utilizado como estratégia o contato prévio com as coordenações municipais para autorização, bem como para conhecer o melhor momento de disponibilidade dos técnicos para responder ao questionário. Nas 11 cidades, foram visitados 28 serviços, sendo que eles possuem, em média, 5 profissionais em cada local, totalizando cerca de 150 pessoas (os números não puderam ser exatos em virtude da instabilidade de do número de alguns técnicos e da mudança constante das equipes no momento da pesquisa de campo). Excetuou-se a pesquisa no Hospital Psiquiátrico presente na cidade Z, em virtude de este ser coordenado pela gestão estadual e o foco do trabalho ser a rede municipal de cuidado ao usuário de drogas. Obtiveram-se 135 questionários de colaboração com este estudo, perfazendo em torno de 87% dos técnicos. Durante as visitas, foram feitas anotações em caderno de campo acerca do processo de aplicação dos questionários, das conversas com as equipes e, em alguns locais, da participação na reunião do serviço, presenciando momentos de discussão sobre a rede e o trabalho de cada local. Tal momento e experiência ofertaram dados para a pesquisa, como os comentários debatidos pelo grupo durante o preenchimento dos questionários. Finalizado a etapa 5, os dados dos questionários foram submetidos à

estatística simples, de forma a elucidar questões no direcionamento da interpretação da rede de cuidados ao usuário de drogas a partir da ótica dos técnicos trabalhadores de saúde mental.

Ressalta-se que a utilização do caderno de campo na etapa 5 emergiu a partir da primeira experiência de aplicação do questionário, não tendo sido previamente planejada. Compreendeu-se que havia mais dados a serem somados à pesquisa para além dos dados estatísticos do questionário, uma vez que se percebeu a necessidade de registrar falas, discussões e percepções que surgiram no decorrer das interpretações na aplicação dos questionários e sua riqueza. Vislumbrou-se, assim, um campo de registro necessário que certamente contribuiria com a discussão proposta na pesquisa. Assim, o registro desta etapa em caderno de campo contabilizou 25 páginas (caderno formado por páginas de tamanho 20 x 27,5 cm), a partir do escrito de relatos pertinentes à discussão proposta.

A etapa 6 ocorreu por meio da apresentação dos dados do município Z (dados obtidos pelos questionários respondidos na etapa 5, pelos técnicos de nível superior dos serviços de saúde mental do município Z) à equipe do CAPS-ad (serviço de atendimento especializado no cuidado ao usuário de drogas). No encontro, foi agendado um horário para que toda a equipe pudesse estar presente, sendo reservado o espaço de 1 hora e 30 minutos, quando foram expostos os dados e foi aberto espaço para um diálogo acerca dos resultados encontrados. Participaram desta etapa oito profissionais do serviço que assinaram o TCLE (apêndice 5) e usou-se como forma de registro o recurso audiovisual.

5.3 Caracterizando a RAPS em estudo

A fim de melhor compreender o campo de pesquisa, apresenta-se brevemente a RAPS em estudo.

Encontra-se estruturada em uma região constituída por 26 municípios, local em que convivem 1.412.584 pessoas (IBGE/2010). Neste recorte populacional, a DRS em estudo dividiu os municípios em 4 sub-regiões compreendendo assim que cada sub-região deveria ser autossuficiente especialmente nos quesitos referentes a atenção psicossocial, viabilizando a estruturação de todos os serviços e equipamentos previstos na linha de cuidado psicossocial, da atenção básica aos cuidados de maior

complexidade, incluindo a atenção hospitalar, serviços 24 horas, além das ações intersetoriais, relacionadas à inclusão social, particularmente, no mundo do trabalho.

Iniciou o trabalho de estruturação da RAPS a partir da formação de um grupo condutor formado pelos gestores municipais, com reuniões mensais entre gestores e membros da DRS. Cada município elencou seus representantes, sendo que a maioria era formada por coordenadores municipais de saúde mental, excetuando alguns municípios de pequeno porte, os quais não possuíam sequer serviços de atenção em saúde mental, devendo, assim, ser representados por municípios de porte médio que supririam esta necessidade. Ressalta-se aqui que o cargo de coordenação municipal de saúde mental é um cargo o qual o membro é escolhido pelo secretário da saúde, podendo por vezes ser preenchido por um profissional de saúde que atue na rede de serviço de saúde mental municipal. Conforme observado nas reuniões em que a pesquisadora participou, alguns destes coordenadores ocupavam o cargo acumulando funções, atuando, portanto, como coordenadores de saúde mental e técnicos de saúde em algum(s) serviço(s). Por se tratar de um cargo de confiança era comum a mudança de representação, uma constante no cotidiano administrativo da gestão dos municípios, fato que influencia, entre outros fatores, o processo de implantação da RAPS.

Tal implantação nesta Regional iniciou no ano de 2012, a partir da promulgação do Decreto 7508/12 e da Rede de Atenção em Saúde (RAS), estabelecida pelas diretrizes da Política Nacional da Atenção Psicossocial. Também se incorporou naquele momento as discussões acerca dos princípios e das diretrizes das Políticas Nacional e Estadual da Humanização do SUS e da Promoção da Saúde do Trabalhador dos Trabalhadores do SUS, segundo relato dos documento analisado (SÃO PAULO, 2009b).

A pesquisadora iniciou o campo da pesquisa a partir de sua experiência como representante da coordenação de saúde mental de um dos municípios, participando de reuniões anteriores ao início formal trabalho de campo da presente pesquisa. Especificamente para este estudo, participou apenas de duas reuniões da RAPS ocorridas no ano de 2015, sendo que, após este período, a mesma se afastou do cargo de coordenação de um dos municípios que compõe esta RAPS. Pelos dados empíricos de sua inserção na rede de atenção, sabe-se que posteriori à observação realizada para este estudo, as reuniões para estruturação da RAPS não ocorreram quinzenalmente, como previsto, por dificuldade de agenda dos participantes. Por vezes ocorriam a cada três meses e havia uma rotatividade grande dos membros que a compunham, pela mudança

constante dos profissionais designados para exercerem a coordenação de saúde mental de seus municípios, conforme acima mencionado.

A partir dos documentos analisados (SÃO PAULO, 2009c), temos que a RAPS em estudo tinha como principais princípios elencados:

- a) As pessoas que apresentarem sofrimento psíquico ou transtornos mentais leves serão acolhidas em programas desenvolvidos no âmbito da rede básica de saúde e nos dispositivos territoriais relacionados à implementação de ações (intersectoriais) culturais e de fomento da convivência e da inserção no mundo do trabalho;
- b) Devem-se considerar ainda, neste lócus da linha de cuidado, as ações de acolhimento e de suporte psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas (integradas com grupos comunitários de suporte, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, dentre outros), norteadas por estratégias de redução de danos;
- c) As referências de maior complexidade, com foco nos adultos com transtorno mental, deverão ser reportadas para os CAPS I ou II;
- d) Os eventuais Ambulatórios de Saúde Mental existentes na RAPS devem ser qualificados e investidos no sentido de serem transformados em CAPS I ou CAPS II, dependendo do porte;
- e) A referência especializada com foco no cuidado de usuários de álcool e outras drogas é representada pelo CAPS-ad;
- f) A referência de maior complexidade, com foco na demanda de crianças e adolescentes com transtornos mentais, é representada pelo CAPS i;
- g) Os casos de adultos com transtornos mentais graves que exigem cuidado intensivo e hospitalidade noturna serão encaminhados para o CAPS III;
- h) Eventualmente, pacientes em crise aguda poderão ser encaminhados diretamente ao CAPS III ou para atendimento psiquiátrico em pronto socorro geral, a partir da atenção básica;
- i) Os casos de usuários de álcool e outras drogas que exigem cuidado mais intensivo e hospitalidade noturna serão encaminhados para o CAPS-ad 24 horas;
- j) Os encaminhamentos para internação psiquiátrica nas Unidades Psiquiátricas dos Hospitais Gerais somente poderão ser realizados pelo CAPS III ou CAPS-ad 24 horas (no caso de usuário de álcool ou outras drogas).

Excepcionalmente, este encaminhamento poderá ser feito pelo pronto-socorro geral;

- k) A solicitação de vaga (via Central de Regulação) para internação psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico somente poderá ser encaminhada do CAPS III ou da Unidade Psiquiátrica do Hospital Geral. No caso de demanda de usuário de álcool e de outras drogas a solicitação de vaga (via Central de Regulação) somente poderá ser encaminhada do CAPS-ad 24 horas ou da Unidade Álcool e outras Drogas do Hospital Geral. Para estes casos, está previsto um período máximo de internação de 15 dias;
- l) No caso de não haver CAPS III, CAPS-ad 24 horas ou Unidade Psiquiátrica/AD do Hospital Geral, a solicitação de vaga (via Central de Regulação) para internação psiquiátrica/AD no Hospital Psiquiátrico poderá ser encaminhada de outro ponto da RAPS: no entanto, este paciente será admitido na unidade de pré-internação do Hospital Psiquiátrico, com duração de até 72 horas. Somente após este período o paciente será efetivamente internado no Hospital Psiquiátrico (para uma internação máxima prevista de 15 dias);
- m) Determinados grupos de patologias ou de agravos muito específicos - neuroses muito graves, crises de pânico recorrentes, grave dependência a neurofármacos ou analgésicos, crises recorrentes de liberação de agressividade, pacientes mantidos com elevadas quantidades diárias de medicação psiquiátrica, quadros psicóticos recorrentes e de difícil controle extra hospitalar, agravos relacionados ao trabalho (estresse pós-traumático, *burn out* dentre outros), com significativo impacto sobre a capacidade laborativa, quadros graves em crianças e adolescentes, dentre outros agravos, poderão ser encaminhados para as referências especializadas no centro de atenção integrada composto pelo Hospital Psiquiátrico regional), vinculados às atividades de formação da Residência Multiprofissional e da Residência em Psiquiatria, organizadas na forma de Programas baseados em protocolos específicos. Estes casos somente poderão ser encaminhados a partir da rede CAPS (CAPS I, II ou III, CAPS-ad, CAPS-ad 24 horas, CAPS i) ou como egressos da internação hospitalar;
- n) Os casos de demanda judicial que envolva solicitação de internação compulsória ou aquisição de medicamento específico ou de alto custo deverão ser encaminhados para uma avaliação específica no Hospital Psiquiátrico.

6. RESULTADOS

6.1 O que dizem os técnicos e os gestores

Como visto no capítulo acima, tal pesquisa utilizou-se de diferentes recursos de coleta de dados, buscando maior diversidade de dados para a apreensão da realidade local, de forma a construir uma análise de dados advinda de diferentes fontes.

Os dados apresentados a seguir são baseados em: a) análise estatística simples dos questionários aplicados com os técnicos; b) análise estatística simples dos questionários advindos dos coordenadores de saúde mental dos municípios; c) dados de caderno de campo; d) entrevista com o coordenador de saúde mental da regional em estudo e e) análise qualitativa dos dados das questões em aberto dos questionários dos técnicos e coordenadores.

Foram aplicados 135 questionários junto aos técnicos trabalhadores de 28 serviços de saúde mental distribuídos pelos 11 municípios que compõe esta regional. Usou-se como critério de inclusão o fato de os técnicos terem formação de nível superior, sendo que ao total foram 172 questionários respondidos. Foram excluídos 37 questionários respondidos por técnicos de nível médio e estagiários que estavam presentes nas reuniões de equipes em que foram aplicados os questionários. A escolha por excluir os questionários da equipe de nível médio, estagiários e outros se deu em virtude de esta categoria não estar presente nas reuniões de equipes de todos os serviços visitados. Compreende-se que estes são profissionais atuantes e que certamente contribuiriam com suas reflexões, no entanto, algumas equipes e serviços os excluem das reuniões e das discussões da RAPS e, portanto, optou-se por não utilizar os questionários por eles respondidos, uma vez que não seria um recorte populacional de todos os serviços visitados.

A estratégia adotada para a aplicação do questionário foi participar das reuniões de equipe de cada serviço visitado, em virtude de este ser um momento com a presença da maioria dos técnicos. O Gráfico 1 destaca as categorias profissionais colaboradoras com esta pesquisa.

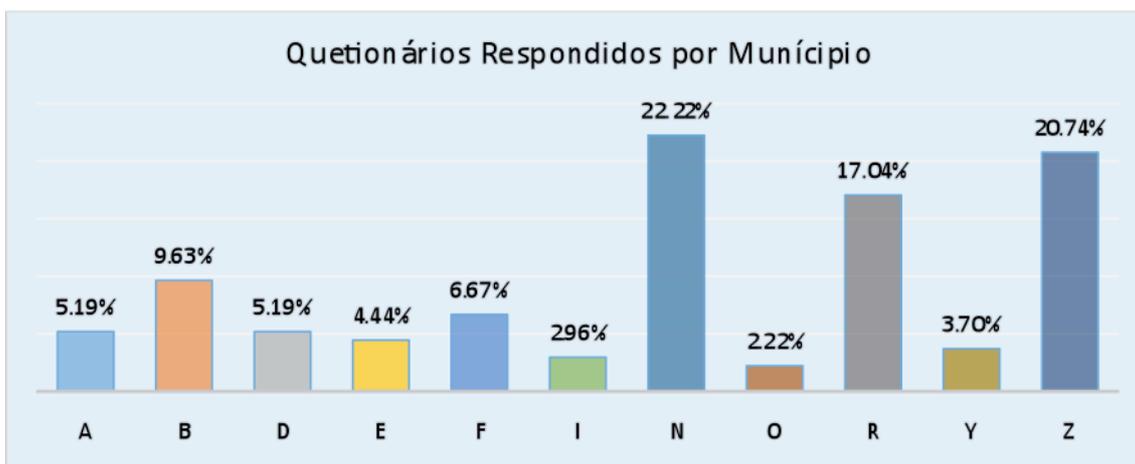
Gráfico 1 – Área de Atuação Profissional dos questionários respondidos pelos técnicos.



A área da medicina esteve pouco presente, quando não ausente, nas reuniões visitadas e foi listada como uma área importante, principalmente, quando abordado o tema da internação e da avaliação psíquica do indivíduo e nos casos de medidas compulsórias de tratamento via medidas judiciais, a partir das discussões presenciadas durante as reuniões junto a DRS. A ausência dessa categoria, seja ao responder o questionário, seja nas reuniões e espaços coletivos disponíveis para os técnicos, aponta a fragmentação de um cuidado e, muitas vezes, o trabalho isolado por parte de uma área técnica em relação à oferta de tratamento nestes dispositivos de saúde.

O percentual correspondente de cada município, compondo os dados, é ilustrado no Gráfico 2:

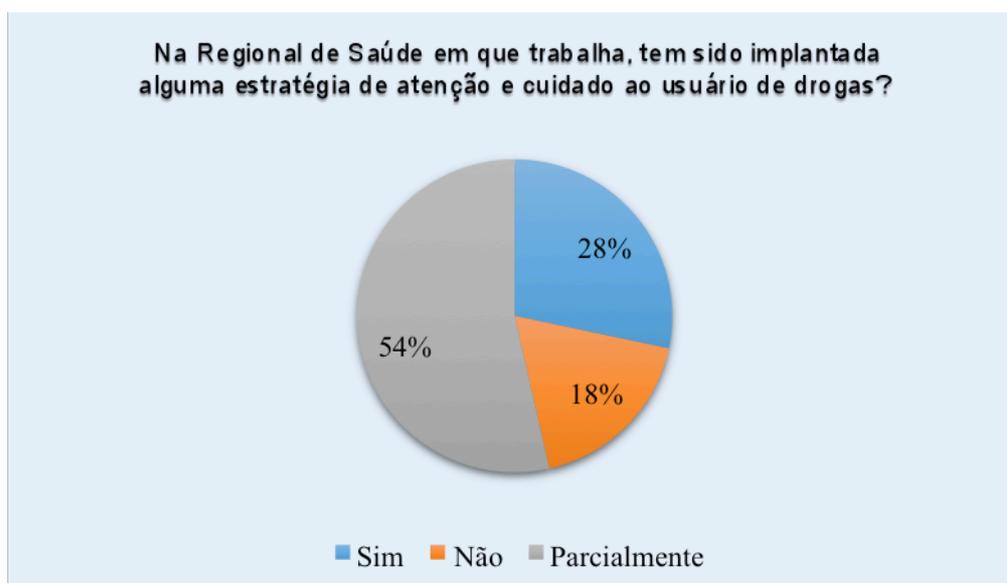
Gráfico 2 –Composição dos dados dos questionários por municípios



Observa-se que os municípios N, R e Z eram os que possuíam a maior representatividade de questionários respondidos, em virtude de esses municípios terem um maior número de serviços especializados de cuidado em saúde mental e, portanto, um maior número de trabalhadores na área. Assim, compreende-se que parte das repostas analisadas em sua totalidade pode ser a representatividade destes municípios, a medida que são mais expressivos numericamente. Discute-se adiante um exemplo.

Adentrando as questões do questionário, quando perguntado se no município em que trabalhavam, na regional de saúde a que pertenciam, se havia sido implantada alguma estratégia de cuidado ao usuário de drogas, as respostas predominantemente apontaram que sim, conforme Gráficos 3.

Gráfico 3 – Técnicos: Implantação de estratégias de atenção ao usuário de drogas



Em relação à mesma pergunta, quando respondida pelos coordenadores municipais de saúde mental, dos 8 coordenadores que estiveram presentes no momento do questionário, representantes dos municípios A, B, N, R e Y, 3 deles disseram que sim e 2 disseram que não.

Tais dados, analisados a partir dos gestores que responderam negativamente às estratégias a serem construídas em seu município, levaram ao questionamento por haver poucos serviços especializados na regional como um todo, como os CAPS-ad e, também, a ausência deste serviço pode ser a resposta negativa dada pelos gestores. Tais questionamentos se comprovam pelo fato de que, no início da pesquisa, o CAPS-ad estava presente em 4 dos 11 municípios que compõem a Regional estudada. Além disso, outra questão a ser analisado é a de que 2 gestores, que pertenciam a regiões que não possuem unidade do CAPS-ad, responderam positivamente a pergunta, elucidando o fato de que mesmo não possuindo a unidade de tratamento especializada no cuidado ao usuário de drogas, compreendem que há estratégias de cuidado em outras áreas. Assim sendo, compreende-se que é por meio da participação efetiva e mensal desses gestores nas reuniões da RAPS que estes se apropriaram do processo de implantação dos pontos da RAPS e preveem as ações futuras, em planejamento, como estratégia de cuidado.

Em relação às respostas dos técnicos que responderam “não” ou “parcialmente”, compreende-se que tal fato ocorreu devido ao número reduzido de CAPS-ad nos municípios, uma vez que a compreensão de cuidado centra-se no trabalho da unidade especializada.

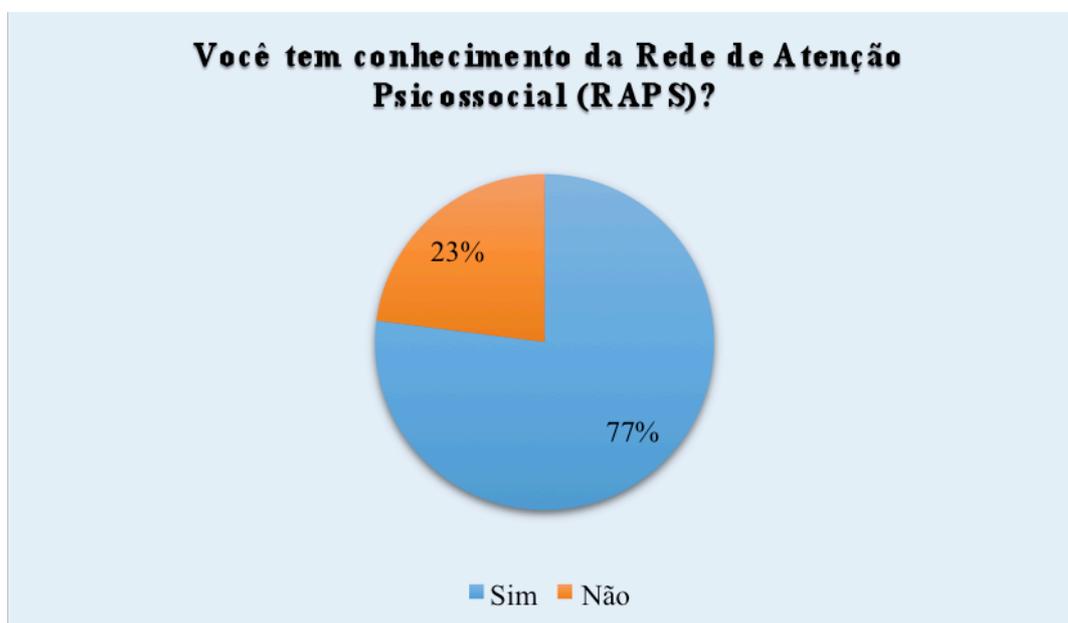
O coordenador regional de saúde mental, em sua entrevista, concordava com a visão dos coordenadores municipais em afirmar que vem sendo implantada uma estratégia de cuidado e atenção ao usuário de drogas, uma vez que esta vem sendo construída e implantada junto aos colegiados nas reuniões de pactuação da RAPS. Ele diz que:

Existe um grupo condutor regional que se reúne periodicamente. A coordenação, no entendimento nosso, tem a função de estabelecer as diretrizes e as estratégias de implementação da RAPS. A RAPS foi criada a partir de uma portaria, e tem uma série de ações prevista nessa portaria, como a forma que se deve agir, mas a estratégia de como ela vai ser implementada vem da DRS. Então, nesse sentido, construir os documentos norteadores é parte da estratégia de gestão da coordenação regional. Esses documentos circulavam pelo grupo condutor regional construído pelos coordenadores dos municípios. E ao mesmo tempo esse documento serviu de base nos Fóruns de gestão. Quer dizer, essa ação é da gestão pública formal, não só da RAPS, mas da RAS. Então a estratégia inicial foi elaborar documentos-guia para a implementação da RAPS para ser circulado nos Fóruns Deliberativos da RAS.

A partir da fala do coordenador regional de saúde mental, compreende-se que a estratégia de gestão da RAPS é de que todos os municípios, representados pelas coordenações municipais de saúde mental e secretarias de saúde municipais, deveriam estar participando dos Fóruns elaboradores destes documentos que serviram de guia no processo de estruturação da RAPS. No entanto, percebe-se que, apesar das respostas dos coordenadores serem de que a maioria concorda que exista uma estratégia de cuidado na RAPS, ainda temos três coordenadores que disseram não possuir nenhuma estratégia de cuidado ao usuário de drogas sendo implantada na RAPS, o que levanta o questionamento sobre como se deu esta participação nas reuniões e Fóruns listados pelo coordenador regional, bem como qual o comprometimento de cada município nestas reuniões. Diferentemente do que foi colocado pelo coordenador regional, que aponta que as reuniões de pactuação da RAPS aconteciam com um grupo condutor formado por gestores, esse dado questiona o fato de esses coordenadores apontarem não haver uma estratégia de cuidado, seja porque o processo de implantação da RAPS ainda se encontra em fase de construção e que ainda não existem serviços especializados que supram a demanda regional ao cuidado dessa população, seja porque tal estratégia não representa aquilo que os coordenadores gostariam que houvessem na região.

Outra questão aqui levantada é a participação nas reuniões da RAPS ser feita apenas por parte da gestão municipal, o que afasta os técnicos da compreensão do que seriam as estratégias a ser desenvolvidas pela RAPS em seu município. Esta hipótese pode justificar que 18% dos técnicos apontaram não concordar ou 54% concordaram parcialmente com a estratégia atual de cuidado. Esta hipótese é mais bem compreendida a partir do Gráfico 4, no qual percebe-se que alguns técnicos inclusive desconhecem o que seria a RAPS.

Gráfico 4 –Técnicos: Conhecimento sobre a RAPS



Vinte e três por cento desconhecem a RAPS, sendo que ao responderem essas questões, conforme relatos de caderno de campo, alguns inclusive se questionavam entre si acerca do que significaria a RAPS.

RAPS seria as reuniões que ocorrem no Hospital Psiquiátrico, porque se for eu acho que sei o que é (Técnica do município E, caderno de campo).

Você sabe o que é RAPS, eu não sei o que é? (Técnica do município R, caderno de campo).

O desconhecimento de uma portaria de saúde mental, mesmo que recente, mostra como é importante a capacitação da equipe de trabalho em saúde mental. Tal fato demonstra não apenas o desconhecimento, mas a dificuldade em compreender que para a efetividade de uma rede de cuidados é necessário dispor do conhecimento de

saúde pública e dos equipamentos planejados para aquela atenção. Levantam-se aqui duas hipóteses a serem pensadas: a primeira se refere ao quanto que o desconhecimento de uma portaria importante no processo de estruturação do serviço no qual se trabalha possa ter relação com o envolvimento de cada profissional e sua disponibilidade para trabalhar com esta população. Basaglia (1985) questiona acerca do perfil do profissional trabalhador na área da saúde mental, requerendo envolver mais do que uma formação em nível superior, mas sim um desprendimento para estar com esta população. A outra questão é sobre como são transferidas as informações da gestão para a equipe de trabalho e se existe um diálogo acerca do processo de construção da RAPS junto aos técnicos, a fim de uma compreensão de que a gestão tem que ser dialogada com os serviços que fazem parte desta rede e não apenas atuante de forma hierárquica.

Ainda em relação à pergunta sobre a participação em reuniões de estruturação da RAPS, o Gráfico 5 mostra:

Gráfico 5 – Técnicos: Participação dos técnicos nas reuniões de estruturação da RAPS



Grande percentual, 69%, disseram nunca ter participado de uma reunião de estruturação da RAPS, mesmo em nível municipal. Tal ausência no processo de construção e elaboração da RAPS, bem como no diálogo com a gestão acerca do processo de construção de estratégias de cuidado, seja ao usuário de drogas ou à pessoa com sofrimento psíquico, demonstra uma fragilidade no processo de implantação da RAPS no que tange não apenas a rede de cuidados ao usuário de drogas, mas a toda

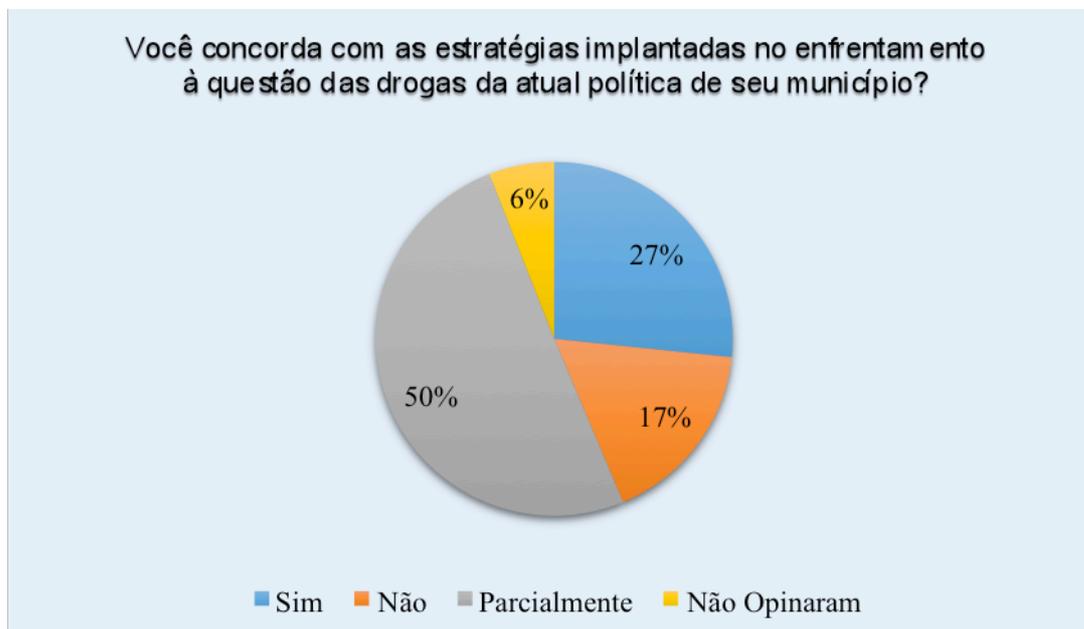
população com sofrimento mental. O desconhecimento por parte da equipe sobre o plano de ação e estruturação da rede pode fazer com que parte dos profissionais não compreenda a política atual, tampouco as estratégias de cuidado a ser ofertadas e, assim, operem práticas de cuidado pautadas apenas no conhecimento técnico específico de sua formação base. Se a pré-dica da estruturação da RAPS nasce pela indagação que este deve ser um trabalho intersetorial, compreende-se que participar da reunião da RAPS seja uma forma de conhecer os serviços que fazem parte da rede, o papel de cada um e a melhor forma de operacionalizar a rede para que tenha seu fluxo contínuo. A necessidade de se criar e fortalecer uma rede de trabalho intersetorial foi listada nas questões seguintes pelos técnicos e coordenadores, porém, discute-se aqui a não participação destes técnicos e a não compreensão de como seria esta rede.

Conforme apontado sobre o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, a participação popular dos trabalhadores de saúde na construção de políticas efetivas no cuidado aos doentes mentais foi de extrema importância, pois se tratava de uma reconstrução do saber científico e de um processo de luta para condições dignas de vida daquelas pessoas que viviam nos hospitais psiquiátricos, reconhecendo-os como sujeitos de direitos. A ausência dessa participação e reflexão técnica nas discussões que envolvem a nova política de saúde mental abre o questionamento acerca do perfil profissional que se dispõe a atuar na saúde mental, na forma de gestão hierarquizada a ser construída nestes espaços e na oferta de capacitação para as equipes, necessária para o trabalho em saúde mental, como pontuou Delgado (2014). O que se percebe não é apenas a ausência física, mas principalmente a ausência de uma postura política e de um querer estar e lutar pelos direitos da população atendida. A anotação registrada em caderno de campo abaixo exemplifica este dado:

Reunião da RAPS, seria aquelas reuniões que a gente ia no hospital psiquiátrico? Se for isso, eu participo, mas nem sei direito para que servia. Só ia porque a coordenação mandava (Técnica do Município N. Anotações do Caderno de Campo).

Quando perguntado aos técnicos se concordavam com a atual rede de cuidados e com as estratégias municipais adotadas, cerca de 50% respondeu parcialmente, conforme ilustrado no o Gráfico 6:

Gráfico 6 – Técnicos: Concordância com as estratégias municipais



Portanto, 67% dos técnicos não concordavam ou concordavam parcialmente com a estratégia atual, apesar de não se questionarem sobre sua participação no processo de estruturação da RAPS. O técnico como um agente transformador e político, conforme apontado por Gramsci (1982) e Basaglia e Basaglia (1977), deve ser atuante e participante das discussões sobre as políticas e a estruturação do serviço, como a participação em Conferências Municipais de Saúde Mental. A não concordância com uma ação, seja ela por desconhecimento ou não, não pode ser calada, devendo assim buscar soluções e modificações nas instâncias estabelecidas, no intuito de sua transformação.

Essa representatividade significativa na discordância com a atual política pode ser interpretada pelo desconhecimento de uma ação que está em fase de implementação (como analisado nos documentos, na participação nas reuniões de estruturação da RAPS e nos dados do Gráfico 5), ou mesmo por terem uma opinião contrária a essa decisão. O conhecimento daquela realidade permite inferir que poderiam ser as duas hipóteses, ou seja, tanto o desconhecimento de uma política por parte de alguns (muitos inclusive desconheciam alguns serviços citados na RAPS, como a Unidade de Acolhimento),

como também o não assumir as estratégias de cuidado aos usuários de drogas como uma postura política por parte dos gestores municipais (prefeito, vereador, secretário da saúde) e mesmo dos técnicos.

Essa última análise foi citada pelo coordenador regional como um limitador na implantação das estratégias da RAPS, principalmente, na criação dos serviços especializados de cuidado ao usuário de drogas, com atendimento diurno e noturno, denominados CAPS-ad 24 horas.

Eu acho que o maior esforço nosso, esforço no sentido de convencimento de gestores e de vontade política, seria a construção de CAPS-ad 24 horas. Deveria ter pelo menos um CAPS-ad 24 horas por microrregião de saúde em toda nossa regional. Assim, deveríamos ter pelo menos quatro CAPS-ad 24 horas.

Já quando perguntado para os coordenadores municipais de saúde mental sobre a participação na estruturação da RAPS, foi unânime a resposta positiva, pois todos participaram e tinham conhecimento da RAPS. Ou seja, os gestores têm participado e discutido as limitações e possibilidades no processo de construção de serviços e dispositivos na rede para que se dê a devida atenção à problemática em estudo. No entanto, o mesmo, evidentemente, não ocorre com os técnicos que estão na operacionalização dos serviços.

Conforme analisado no capítulo 2.2, a RAPS traz como estratégia principal a estruturação de sete pontos de atenção na construção da rede ao usuário de drogas. Porém, conforme apresentado mais adiante no Gráfico 12, ainda existe uma parcela de trabalhadores que desconhece ou mesmo não reconhece alguns pontos de atenção como estratégias de rede no cuidado ao usuário de drogas.

Na discussão presente nas equipes torna-se evidente o desconhecimento da RAPS. Por exemplo, criticam o atual sistema de vagas para internações psiquiátricas aos usuários de drogas, acreditando que a estratégia de curta permanência e o sistema de portas abertas, adotados pelo coordenador regional, é algo “errado” e em discordância com a proposta de tratamento em vigor, pautada na abstinência, sendo que os princípios questionados são de fato proposições inerentes à RAPS.

De que adianta termos um hospital psiquiátrico se quando precisamos de internação o usuário fica apenas alguns dias lá, isso não resolve o problema. A pessoa que faz uso de drogas precisa ficar um tempo longe da droga para conseguir

se reabilitar, agora hoje quando a gente solicita vaga no hospital, quase nunca tem e, quando tem, não resolve o problema, eles ficam dois ou três dias e a família fica batendo diariamente aqui no CAPS porque quer vaga, por isso tem muita gente internando compulsório (Técnico da cidade Y, Anotações do Caderno de Campo).

As famílias querem a internação, não importa se a gente articule que não existe mais, tem casos que elas vêm direto para o hospital e depois não retornam para o CAPS, porque a única coisa que querem é a internação. (Técnico município B, anotações do Caderno de Campo).

Apesar da fala de alguns técnicos dos serviços de saúde mental dos municípios de que o hospital psiquiátrico não tem realizado internações que supram a demanda dos serviços, o coordenador regional apontou que atualmente 90% das internações no hospital psiquiátrico SUS de referência da região se dá devido ao uso de álcool e outras drogas.

A grande demanda hoje tanto de internação aqui no [hospital psiquiátrico local], tanto internação voluntária quanto internação compulsória, é a demanda álcool e drogas. Eu diria que 99,9% das internações compulsória é isso, um ou outro caso não é isso. A grande e esmagadora maioria das internações compulsórias da jurisdição é internação para pessoas em uso de álcool e drogas.

A questão que se coloca aqui, demonstrada com a fala do técnico que atua no serviço territorial, é a contradição em torno da internação, pois de um lado há o discurso de sua inexistência e de outro a sua alta demanda que pode ser ocasionada pela inexistência de outros serviços no território. O ponto que se destaca é como está pensado o cuidado ao usuário de drogas e a fragilidade da rede para além da justificativa de uma única prática de cuidado representada até então pela internação.

Essa mesma discussão foi tema das reuniões de gestão presenciadas pela pesquisadora, nas quais foi exposta aos gestores municipais a nova estratégia de internação e a necessidade de os municípios ampliarem sua rede de cuidados a fim de sanar essa demanda no nível municipal. Entre as estratégias listadas pelo coordenador regional e presentes no Plano do Quadriênio estariam a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a ampliação dos serviços territoriais da rede CAPS (com presença em todos os municípios, mesmo nos de pequeno porte, de pelo menos um CAPS I, além dos municípios maiores, com população acima de 200 mil habitantes, contar com um CAPS III). Apesar da DRS apontar a necessidade de ampliação dos serviços e de os gestores municipais contraporem isso devido a dificuldade no convencimento da prefeitura, pois ela envolve recursos financeiros e sua efetiva destinação.

No município em que atuo, mesmo tendo três CAPS (CAPS-ad, CAPS I e CAPS-i), estamos com dificuldade, pois não tenho equipe técnica mínima para atuar, além da ausência de verbas para materiais (Coordenadora de saúde mental do município B, dados do caderno de campo).

Faz três anos que os CAPS do município em que trabalho não são credenciados, pois eu não tenho profissionais de nível médio contratados, não tenho ninguém na recepção, e não sai concurso público na prefeitura para ocupar este cargo, como então garantir que seja criado um CAPS-III? (Coordenadora do município N, dados do caderno de campo).

As dificuldades listadas pela gestão aliadas à dificuldade de trabalho por parte dos técnicos nos serviços induzem à hipótese de que só resta pensar no mecanismo da internação como recurso, uma vez que esta seria ofertada de maneira quase que “obrigatória” no hospital psiquiátrico e, portanto, de responsabilidade da Diretoria Regional da Saúde, devendo resolver a demanda. A fragilidade da rede se coloca tanto pelo desconhecimento do serviço ou da política como pela ausência de equipamentos, de recursos financeiros e de equipe de trabalho.

Essa mesma percepção de que deve haver uma vontade política, da gestão pública no município, para que se crie e amplie a rede de serviços no território também é citada pelo coordenador regional de saúde mental em sua fala na entrevista.

[...] existe pouca vontade política. Não existem mecanismos de obrigação do que fazer, dentro da lógica da democracia interna de saúde, não existe algo que diga que você tem que fazer. Mesmo nossa diretriz estadual, que é colocada junto com a diretriz federal, de implementar, no mínimo, CAPS-ad 24 horas, consultórios na rua e unidades de acolhimento, ela não se concretiza pela falta de vontade política dos gestores. Eu acho que há uma falta de entendimento da necessidade. Eu não vejo e não acredito que possa haver uma aliança em nível municipal com esse pessoal das clínicas. Porque isso poderia ser algo, no sentido de colocar dentro do parâmetro do estado, uma intervenção público-privada. Esses 500 leitos que circulam nas clínicas em torno de 1.300 reais por leito, são mais do que circulava nos hospitais psiquiátricos da nossa região. E isso não é pouco expressivo, são quase sete milhões de reais por ano. Então há uma dimensão econômica, que não justifica a ausência desses mecanismos no município. Em nenhum outro município seria possível você interpretar que a falta dessa vontade política é a falta de recursos financeiros, eu não acredito que seja isso. Dizer que não se criam esses serviços pela falta de financiamento é uma falha, porque esses serviços são bem remunerados, eles todos são portariados com recursos financeiros federais, e como eu já disse, a maior fonte de gastos dos municípios hoje são as internações em clínicas e comunidades para usuários de drogas.

Conforme apontado pela coordenação regional, o número elevado das internações psiquiátricas em clínicas particulares e comunidades terapêuticas com a

demanda álcool e outras drogas demonstra como a rede se encontra fragilizada e o quanto o cuidado a essa população ainda é pouco efetivo, pois não se compreende o trabalho da reabilitação psicossocial e não se investe nos recursos de trabalho que se pautem na visão territorial e de cuidado na reabilitação. Assim, o coordenador aponta como principal limitador na implantação da RAPS a ausência de vontade política por parte da gestão pública, o que tem sobrecarregado não apenas o hospital psiquiátrico, mas tem resultado em uma ausência de cuidado:

[...] um bom indicador que eu vejo, é forte esta palavra, mas é a inexistência de uma rede de cuidados, e uma fragilidade da rede de cuidados, um bom indicador disso é o fato dessa rede não estar presente no enfrentamento daquela demanda que seria prioridade dela, principalmente o CAPS. Muitos que aqui internam mal conhecem ou nunca passaram pelo CAPS.

Quando questionado em questão aberta sobre a visão acerca das drogas, a discussão sobre o envolvimento de um trabalho intersetorial e em rede foi citada pela grande maioria dos técnicos que responderam ao questionário.

É algo bastante complexo, que requer uma atuação multiprofissional da rede, visando sempre o cuidado com o usuário (Técnica do município Z. Resposta Aberta do Questionário).

Trata-se de um tema complexo, o qual deve envolver os diversos setores da rede, atentando para as formas de cuidado que respeitem os direitos humanos e o tratamento em liberdade (Técnico do município Y. Resposta Aberta do Questionário)

É ainda um assunto pouco discutido e há muita necessidade de se pensar novas ações e políticas públicas no que se refere ao abuso de substâncias. Além disso penso que faltam no município ações de articulação da rede de cuidados e ferramentas que auxiliem e estejam em concordância com o que propõe a RAPS e o movimento antimanicomial (Técnico do município B. Resposta Aberta do Questionário)

Deve-se desenvolver um trabalho de enfrentamento e maior articulação de rede no tratamento e acolhimento dos pacientes dependentes químicos (Técnico do município B. Resposta Aberta do Questionário).

Trata-se de um tema complexo, o qual deve envolver os diversos setores da rede, atentando para as formas de cuidado que respeitem os direitos humanos e o tratamento em liberdade. (Técnico município I. Resposta aberta questionário)

Acredito que o tema drogas e juventude não é apenas responsabilidade da saúde. A justiça, educação e assistência social precisam trabalhar juntas. É preciso repensar o tema e as práticas. (Técnico município A. Resposta aberta questionário)

É imprescindível a participação de todos os serviços e setores, principalmente quanto à orientação constante de toda a sociedade e dentro dos próprios serviços (Técnico município D. Resposta aberta questionário)

É um tema muito complexo que deve envolver uma Rede de Saúde Mental estruturada, comunidade e família, bem como várias instâncias (social, justiça, etc) (Técnico município R. Resposta aberta questionário)

O problema das drogas e juventude é um tema difícil de se abordar e tratar, é necessária uma equipe bem estruturada e envolvimento de vários setores da sociedade para lidar com essa questão (Técnico município Y. Resposta aberta questionário).

Discutir o tema das drogas é algo que deve envolver um trabalho intersetorial. Foi esta a resposta dada por 57% das pessoas para esta questão sendo que, do total de questionários respondidos, tivemos 72% de pessoas que optaram por responder. Compreende-se assim a necessidade de se expandir o diálogo e o cuidado para além do campo da saúde e de uma responsabilização de todos os serviços, comunidade e família para lidar com tal problemática.

Torna-se necessária uma maior compreensão sobre o cuidado a ser ofertado a esta população, sendo que pensar estratégias de atenção não implica apenas no aumento do número de vagas ou internações, como questionaram alguns técnicos e coordenadores durante o processo de reunião da estruturação da RAPS no qual a pesquisadora participou, mas, sim, a construção de uma rede efetiva de cuidados, com serviços, envolvimento de ações e pessoas que consigam compreender a problemática em sua real demanda. Assim, o cuidado hoje oferecido, seja pela medida compulsória, seja pelos próprios serviços, é o cuidado a partir do isolamento social, quando se pensa apenas na internação e não se investe nos dispositivos da RAPS ou mesmo na ampliação do conceito de intersetorialidade para se discutir a questão em pauta.

O coordenador regional de saúde mental diz:

Então, em resumo, a estratégia de cuidado na RAPS é muito precária, hoje ela é basicamente respondida por internação, tanto com internação de curta duração no [referência ao hospital psiquiátrico local], quanto por internações compulsórias, que não são desprezíveis. Eu estimo que hoje deve existir mais de 500 pessoas internadas em clínicas de recuperação, e no [referência ao hospital psiquiátrico local] gira em torno de 70 internações/mês de pessoas diferentes, algo em torno de 2.000 internações nestes últimos dois anos, então é uma demanda muito complicada (Coordenador).

Neste sentido, buscou-se compreender a percepção dos técnicos acerca da proposta da internação. Especificamente os Gráficos 7 e 8 explicitam as respostas dos técnicos a tais questões:

Gráfico 7 –Técnicos: Concordam com internação para usuários de drogas adultos

Em relação a internação para usuários de drogas, você concorda?

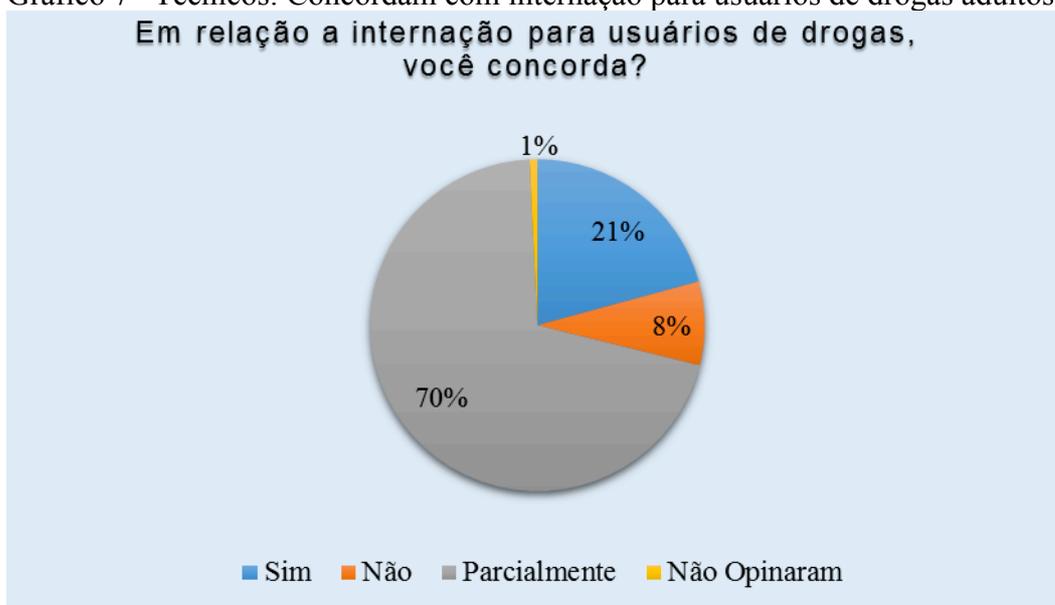
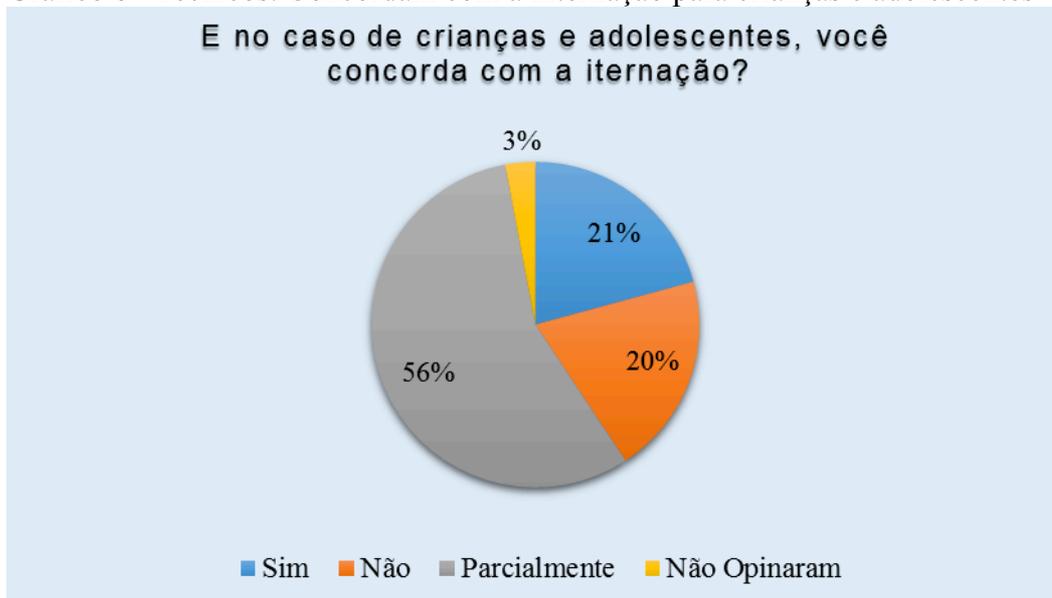


Gráfico 8 –Técnicos: Concordam com a internação para crianças e adolescentes

É no caso de crianças e adolescentes, você concorda com a iternação?



Os resultados demonstram que, mesmo parcialmente, 77% dos técnicos concordam que a internação deve ser uma postura técnica adotada como recurso de

tratamento ao usuário de drogas, no caso dos adolescentes, e 91% ao caso dos adultos. Isso pode ser pensado por dois vieses: o primeiro é que a internação é uma estratégia de cuidado técnico e com conhecimento científico reconhecido para tal prática, principalmente na prática médica, como medida de cuidado e, por isso, trata-se de uma escolha técnica. O outro, é o fato listado por alguns técnicos que dizem concordarem em casos em que a rede não consiga dar o suporte ideal, ou ainda, quando a ser realizado em locais adequados, presentes na RAPS como estruturas para a internação (como as Unidades de Acolhimento e os leitos em hospitais gerais). Os Gráficos 9 e 10 destacam essa segunda hipótese.

Gráfico 9 – Técnicos: Local de internação para adultos

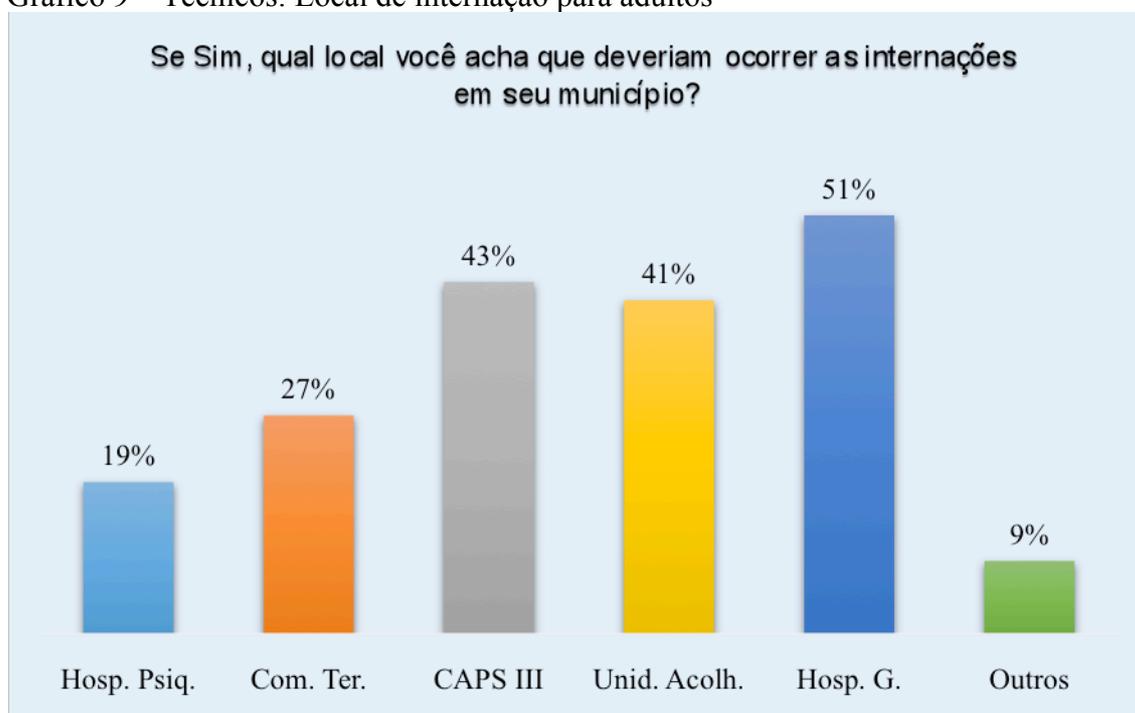
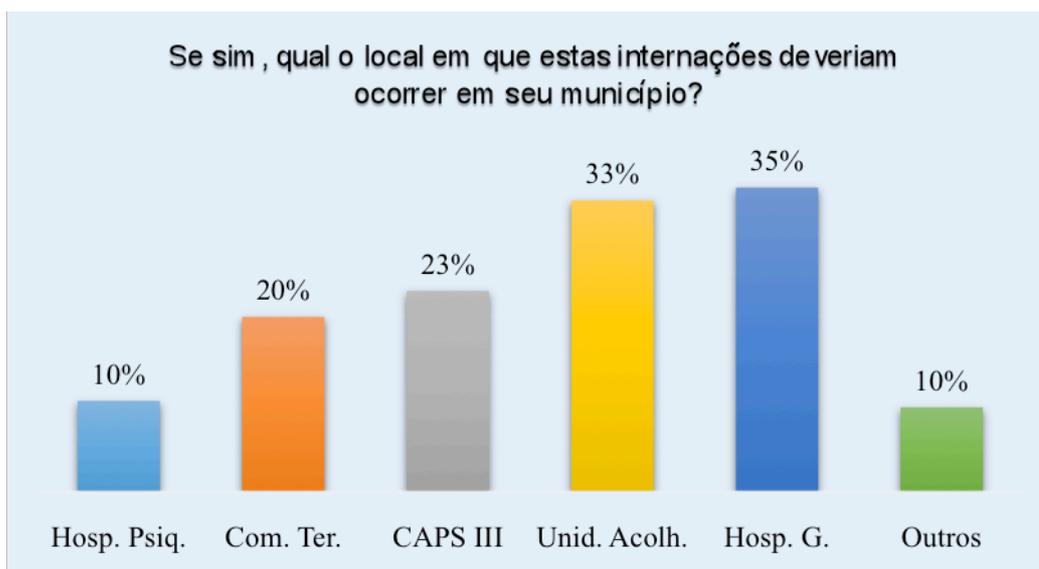


Gráfico 10 – Técnicos: Local de internação para adolescentes



As respostas de alguns técnicos e as discussões presenciadas sobre o tema da internação nas reuniões da gestão e das equipes possibilitam levantar as duas hipóteses acima. Seguem abaixo partes das falas nas discussões:

Depende, eu concordo com a internação em alguns casos, quando não se tem família e que ele precise ficar longe da droga (Técnica do município D. Resposta aberta no questionário.)

A internação é uma conduta médica e não cabe a mim julgar (Técnica do município E. Resposta aberta do questionário)

Fica difícil barrar a internação no hospital psiquiátrico como o senhor quer propor, pois não é uma decisão em equipe e sim uma decisão de uma conduta médica. Os médicos que solicitam a internação e apenas eles podem solicitar na Central de Vagas, então como eu vou barrar e diminuir o número de internações como o senhor quer propor? Assim fica difícil, eu não sou médica, sou psicóloga, e esta não é uma conduta de minha área profissional (Coordenadora do município R. Dados do caderno de campo).

Portanto, o que se percebe é que são adotadas e legitimadas práticas pelo saber técnico na compreensão de ofertar um cuidado pautado na internação em locais que não são citados na RAPS e que se baseiam no asilamento e no confinamento, pela dificuldade de suporte da rede de cuidados no nível territorial, por uma discussão de alguns compreenderem essa prática como algo favorável e de uma postura técnica de uma área profissional: a medicina. Também, são listados como recursos necessários, principalmente nos casos de difícil manejo terapêutico e de ausência de recursos na rede hoje existente, como apontado pela fala da técnica acima citada.

Conforme é colocado pela Portaria 336/2002 e pela Lei 10.216/2001, a rede CAPS tem como principal estratégia de cuidado desconstruir a lógica manicomial e o

modelo centrado no médico, visando um tratamento de abordagem interdisciplinar e de suporte territorial. Entretanto, quando há dificuldade de diálogo entre a equipe e há ações pautadas apenas no cuidado e na percepção de um único técnico e de uma única área de atuação profissional, quando não se discute a internação por parte de todos da equipe, quando não há um projeto terapêutico individual construído coletivamente, no que tange ao cuidado do usuário desses serviços e, por último, quando não existe uma rede de cuidados implantada no município, o que vemos é a proposta da internação sendo executada e, possivelmente, com poucos resultados efetivos, conforme discussão presenciada junto à DRS e fala do próprio gestor regional de saúde mental e atual coordenador do Hospital Psiquiátrico. Assim, temos a manutenção de um modelo antes visto nos hospitais psiquiátricos dentro dos CAPS, com adoção da estratégia da internação como único e possível recurso no momento.

Discute-se no cenário atual o tema das drogas, no sentido de que ele tem elucidado questões acerca, principalmente, da forma de cuidado ofertado a quem faz uso de drogas. É fato que existe uma parcela da população que faz uso de drogas de forma abusiva que necessitará de um tratamento, a poder ser ofertado no nível da saúde ou mesmo de um cuidado a ser pensado por estratégias de outros setores. Porém, o que se têm discutido é sobre o tipo de cuidado escolhido e de que maneira ele tem incidido diretamente no âmbito do direito do outro, uma vez que se discutem principalmente as formas invasivas de propostas de tratamento baseadas apenas na internação, sem compreender a sua real necessidade ou o desejo do outro em ser internado. Aliado a esse ponto de vista, temos visto que a questão das drogas, no Brasil, tem sido debatida entre o viés da Segurança Pública e da Saúde Pública. Se, por um lado, ações do proibicionismo têm balizado o debate, sobretudo aos jovens de camadas populares urbanas, são esses mesmos jovens que têm, no saber da saúde pública, um viés de cuidado ora ofertado por medidas opressoras.

O que se discute aqui são fatores de discriminação de classe social, como trazido na discussão proposta por Basaglia e Basaglia (1977), a medida que, sobretudo, frente às pessoas advindas das classes mais pobres são aplicadas ações discriminatórias e controladoras mais ferozes. A sociedade sempre buscou respostas aos fenômenos vividos de forma a eliminar de vista o “problema”, mais delimitando seu espaço de contenção do que, de fato, tratando e cuidando da questão; como ocorreu nas internações psiquiátricas, as quais se constituíram historicamente muito mais como uma ação de isolamento do sujeito do que uma prática de cuidado e saúde.

Delgado (2014) arrola sobre como cuidar e tratar dos usuários de drogas, referindo-se, sobretudo, a uma parcela da população que ocupa as ruas das cidades, entre eles estão crianças, adolescentes e jovens que têm questões emergentes não apenas do uso abusivo de drogas (como a mídia aponta “o fenômeno do crack”), mas questões sociais, educacionais e familiares que requerem outros aliados nesse cuidado e que perpassam, principalmente, o olhar social que eles carregam sobre si: “marginalizado”, “zumbi” e “vagabundo”. A questão social hoje colocada, conforme aponta Delgado (2014), está na violência da ilegitimidade das vendas de drogas e no uso abusivo por determinadas classes sociais de algumas drogas, como o crack. Discursa assim ações que exigem da segurança pública aliada ao setor da saúde à tomada de iniciativas para o combate do que se chama da criminalidade associada ao uso de drogas.

No período dos anos de 1970, quando os hospitais psiquiátricos passaram a ser ocupados por pessoas em sofrimento mental e também por quem fazia uso de drogas, o que se via naquele cenário eram ações legitimadas pelo saber médico para “disciplinar grupos que não consentem com a ordem social”, existindo, assim, uma grande distância entre a ideologia de o hospital ser um espaço de cura com prática real adotada, constituindo muito mais como local de segregação (BASAGLIA; BASAGLIA, 1977, p. 15).

Uma das reflexões presentes no pensamento de Basaglia (1985) incidia sobre o tipo de relação estabelecida no cuidado, atentando que essa relação era fortemente influenciada no valor social que o indivíduo doente carregava. Assim, ele dizia: “um esquizofrênico rico internado numa clínica particular terá um diagnóstico inteiramente distinto de um esquizofrênico pobre, internado à força num hospital psiquiátrico público (BASAGLIA, 1985, p.108)”. Esta afirmação apontada por Basaglia (1985) quando se refletia acerca do cuidado e da forma de tratamento oferecida nos Hospitais Psiquiátricos da Itália nas décadas de 1980, faz-nos refletir sobre a ambiguidade do papel do técnico, ora desempenhando ações com poder de uma técnica e de um conhecimento científico, ora deixando vir à tona seu papel na sociedade, com seus julgamentos morais que incidem na sua forma de agir.

Ainda sobre a questão de compreender o recurso da internação como sendo de responsabilidade de apenas um técnico, o médico, são citadas pelas equipes e coordenações queixas em relação à falta de diálogo em equipe, ausência de discussões de casos e, também, compreensão de que esta seja uma atitude de parâmetro ético apenas desse profissional. Tais falas foram registradas durante os encontros

presenciados na reunião da RAPS quando se discutia a proposta de reduzir o número de internação no hospital psiquiátrico e pensar no CAPS como um local para ser o filtro dessas internações, como veremos a seguir:

Já é difícil ter médico para atender nossos pacientes, você acha que eles vêm na reunião de equipe? (Técnica e coordenadora do município E. Anotações do Caderno de Campo.)

O médico faz o que ele acha, a gente quase nunca sabe quando ele vai pedir internação ou dar alta para o paciente (Técnica e coordenadora do município I. Anotações do Caderno de Campo.)

Como eu vou dizer para o médico que ele não pode internar este paciente? Ele não irá aceitar, porque ele dirá que esta é uma conduta médica e que eu não posso me envolver (Técnica e coordenadora município R. Anotações do Caderno de campo.)

Se o CAPS vai ser o filtro das internações, então toda a equipe vai poder discutir sobre isso, certo? [...] mas então você terá que convencer os médicos a adotarem esta postura, porque eles nem escutam a equipe para se pedir a internação, eles tomam esta conduta na consulta médica. (Técnica e coordenadora município B. Anotações do Caderno de campo)

Portanto, esses questionamentos serviram de norte para se pensar sobre como vêm sendo implantada a rede de cuidados a essa população para além de um discurso político, no sentido de construção de diretrizes e pactuações, se, na base dessas ações, os técnicos que irão operar tal ação não possuem a mesma conduta daquela esperada na portaria.

Pensar numa prática de cuidado em saúde mental em que a internação psiquiátrica é de responsabilidade apenas de um profissional, na qual a equipe não pode intervir, é pensar em qual o modelo de tratamento é possível de ser ofertado nesses novos espaços. Ou seja, não basta apenas criar serviços que se pautem na proposição extra-hospitalar, é preciso que se tenha a mudança no paradigma vigente que antes era hospitalocêntrico e médico-centrado para um cuidado transdisciplinar e territorial.

Ainda em relação à questão da internação, discutiu-se nas reuniões da RAPS sobre as internações compulsórias e a forma de lidar com essa demanda que tem ampliado nessa regional, principalmente por ações judiciais familiares. Esta discussão esteve presente em todas as equipes, principalmente para a criação do plano de estruturação da RAPS. Foi colocada a dificuldade de os serviços lidarem com os pedidos de internação compulsória ou mesmo de dialogarem com a família e a sociedade e se criar uma cultura de não internação ou internação de curto prazo. Para lidar com esta situação, o coordenador regional de saúde mental, que também é médico

psiquiatra e diretor clínico responsável do hospital psiquiátrico SUS na regional, coloca que:

Enquanto coordenador regional eu tenho uma postura. Enquanto diretor técnico do [referência ao hospital psiquiátrico local], outra. Temos que caracterizar o [referência ao hospital psiquiátrico local] como um dispositivo de suporte da gestão regional (...). Então, na DRS a estratégia foi criar uma linha de enfrentamento direto, e que, pela coordenadoria estadual, somos a única regional a fazer isso, porque não eram apenas questionando os processos, mas indo direto para a resposta rápida. A tese é que toda internação compulsória se fundamenta numa questão que é o fato de aquela demanda não ter sido respondida pelos serviços extra-hospitalares e, em última análise, tudo o que fundamenta isso está neste aspecto da lei. Isto está na lei, que no caso de insuficiência das medidas extra-hospitalares é pedido a compulsória. Então este argumento da insuficiência é fácil de ser barrado, quando nós vemos que a maioria das internações aqui nem sabem o que é CAPS. (...) isso está na raiz conservadora da sociedade. Então ela acaba buscando direto no judiciário por não querer o serviço aberto. Então, como estratégia de enfrentamento, foi de criar com prontidão a resposta à internação. Então, ao invés de protelar o pedido, criamos um mecanismo de internação em até 72 horas, dessas internações, em contrapartida, o que a gente fez, foi que será o tempo que nós determinarmos. E aí, nós criamos um projeto de monitoramento das internações de álcool e drogas, este programa ele tem uma formatação, que é o acolhimento em até 72 horas após a demanda, e é todo voltada para internação compulsória. Então a gente acolhe e aprofunda o diagnóstico em uma semana e se for o caso ele fica mais de uma semana, essa pessoa retorna a cada 15 dias no serviço e frequenta pelo menos um dia o serviço territorial, quando houver. Então esta estratégia de enfrentamento foi uma forma que criamos de tentar barrar direto na fonte a internação, dando esse tipo de resposta. Por incrível que pareça nós hoje respondemos 100% da demanda por esta forma e é o único lugar do Estado de São Paulo que tem isso, a gestão estadual entendeu que a economia que tivemos com esta estratégia chega a R\$ 2 milhões e meio, e tivemos mais de 300 internações compulsórias aqui, que estariam sendo internadas em clínicas por aí. Agora essa é uma estratégia, mas existe um outro mecanismo que é através do acolhimento das internações compulsórias ou através do acolhimento dos egressos de clínicas, a gente tem construído um arquivo de dados sobre as clínicas, obtido informações de como elas operam e de como elas maltratam as pessoas (...) a coordenação regional, tem um serviço de inteligência que repassa estas informações ao Ministério Público ou à Vigilância Sanitária, e com isso temos contribuído para o fechamento de muitas clínicas. Que isso é uma outra estratégia que podemos chamar de estratégia de qualificação do serviço, uma coisa que vá se aperfeiçoar com o tempo. Eu estou nesse momento discutindo a construção de uma equipe com força-tarefa específica, para fazer uma avaliação mais sistemática, a cada seis meses, de um conjunto de clínicas, com um grupo de gestão do estado e do Ministério Público.

Esse excerto demonstra que existe uma estratégia de se pensar no cuidado de forma ampliada, no território, e de operacionalizar estratégias que resultem na diminuição das internações, porém, o que o coordenador regional coloca é que ainda existe um viés técnico e um pensamento técnico-científico por parte de alguns

trabalhadores que compõem a rede de cuidados ao usuário de drogas que compreendem a internação como um recurso legítimo e necessário de cuidado a esta população.

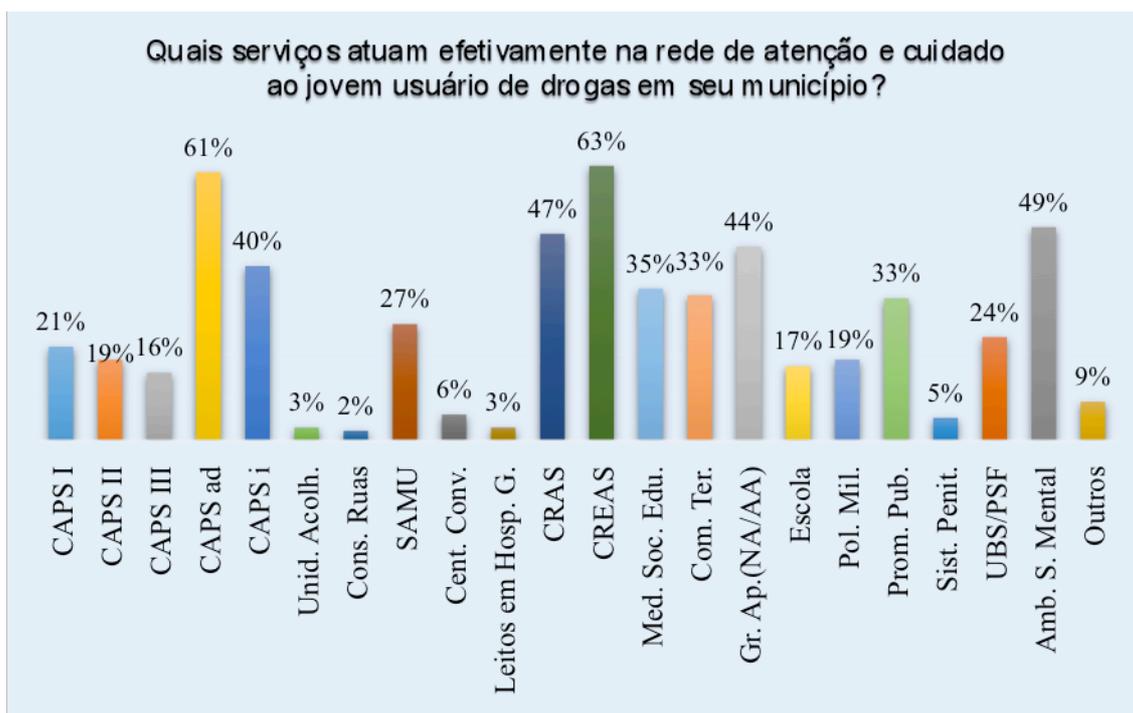
O que se têm visto hoje em algumas posturas que adotam a internação como recurso prioritário de tratamento, é que esta é a saída mais eficaz. Seria você tirar a pessoa da possibilidade de consumo, tirá-la de circulação e colocá-la confinada, porque aposta na questão da abstinência. Isso é um viés que também é ideológico, mas também é técnico. Tem uma vertente importante dos técnicos deste campo que acreditam nisso. Tudo bem que tenha uma postura conservadora, uma postura enraizada, mas ela também está fundamentada em alguns trabalhos técnicos-científicos.

Para lidar com essa situação, as falas do gestor, assim como os documentos analisados, apontam a criação de serviços territoriais que consigam acolher essa demanda como principal estratégia no que tange ao cuidado do usuário de drogas.

Seria a grande prioridade ter um CAPS-ad 24 horas em cada região. Ter CAPS-ad nas cidades maiores. Então eu acho que essa seria a prioridade. Outra coisa é o fato de não ter consultório na rua implantado, que é uma necessidade muito grande dessa estratégia de cuidado, porque muitas pessoas caem em situação de rua, mesmo pessoas de classe média, então, não tem como abordar essas pessoas, elas não se vinculam a nenhum serviço de referência e assim o consultório de rua seria criar uma ponte. Unidades de acolhimento também não existem, e aí você vê um paradoxo, onde municípios gastam muito dinheiro com internações compulsórias, por uma questão de ter um tempo maior de acolhimento, e aqui a unidade de acolhimento daria o tempo previsto de 90 dias de acolhimento. Então, em resumo, a estratégia de cuidado na RAPS é muito precária, hoje ela é basicamente respondida por internação (Coordenador da Regional).

Em relação à rede de cuidados, o questionário buscou compreender a percepção dos mecanismos, pontos de atenção presentes nos municípios e na compreensão dos técnicos como recursos necessários para lidar com a problemática da pesquisa exposta. Como forma de compreender melhor quais serviços estão efetivamente atuantes na rede de cuidados ao usuário de drogas, foi questionado aos técnicos e coordenadores quais serviços eles listariam como atuantes na rede de cuidados em nível municipal, descrito no Gráfico 11.

Gráfico 11 – Técnicos: Serviços que atuam efetivamente na rede



Ao analisar esse gráfico, percebe-se que o serviço do CAPS-ad e do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) foram listados como os mais efetivos da rede no cuidado à população que faz uso de drogas. Esse fato se deu por dois motivos: o primeiro é que a somatória de técnicos que trabalham em municípios que contêm este equipamento em sua cidade é superior ao número de técnicos que responderam ao questionário e não possuem esse equipamento em seu local; o segundo fator é que ambos os serviços possuem equipamentos especializados direcionados à população usuária de drogas. Analisando, porém, o documento elaborado pela Regional de Saúde (SÃO PAULO, 2009a), e conforme descrito na Tabela 1, verifica-se que apenas quatro municípios dos 26 contêm o equipamento CAPS-ad e que ele seria uma das estratégias a ser criadas na estruturação da RAPS e na ampliação dos serviços territoriais, conforme citou o gestor regional em sua entrevista. Tendo em vista que a presença deste equipamento ainda é escassa em diversos municípios de RAPS e que, por isso, estima-se um número elevado de internações psiquiátricas e compulsórias desta população.

Ainda, olhando isoladamente os dados do Gráfico 11, somos levados a inferir que existe uma rede de cuidados minimamente formada por diferentes setores e atores. Vale aqui discutir o conceito de redes associado ao da intersetorialidade. Como visto no capítulo 2.3, “redes” seria o emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem

nós (JUNQUEIRA, 2000) e a “rede social” seria os vínculos construídos entre os indivíduos e grupos, envolvendo cooperação e reciprocidade (MARQUES, 1999). Quando se associa o termo redes ao conceito da intersetorialidade (NASCIMENTO, 2010; PEREIRA, 2014) como uma estratégia para a gestão pública, compreende-se que o trabalho em rede deva ser pautado numa estratégia de reciprocidade, de idas e vindas, de inter-relações entre os serviços e trabalhadores, de uma ação pactuada por todos que compõe aquela rede. Assim, ao analisar o Gráfico 11, leva-se a concluir que os serviços citados existam como atuantes no cuidado à população usuária de drogas, porém, baseado nos relatos de caderno de campo, pergunta-se se existe ali um trabalho em rede com estes serviços e setores ou se apenas existe um trabalho individualizado por cada um deles. Tal questionamento incide sobre a discussão acerca de as políticas em saúde mental, especificamente, preverem ações intersetoriais, porém, com a ausência desta prática de forma efetiva, ainda pelo fato que a RAPS e seus pontos de atenção são formados exclusivamente pelos serviços do setor saúde, excetuando as demais secretarias.

Outro fator que contribui para esta análise foi que no decorrer da participação nas discussões de estruturação da RAPS, bem como a partir dos dados de caderno de campo e da entrevista com o coordenador regional, observou-se o quanto os próprios técnicos têm cobrado a aproximação com os demais serviços e uma atuação partilhada no cuidado ao usuário de drogas, diferente da lógica de encaminhamento entre setores e serviços.

Eles acham que só porque somos o serviço de atenção ao dependente químico iremos dar conta do problema. Esquecem que nosso usuário é da rede de saúde e não do CAPS (Técnica do município B. Anotações do Caderno de Campo).

Temos dificuldades de conseguir internações no Hospital Geral, ou mesmo consultas na rede básica de saúde, porque eles acham que o problema seja apenas alcoolismo ou droga, e esquecem que eles podem ter outros problemas de saúde (Técnica do município R. Anotações do Caderno de Campo).

O CAPS-ad virou quase que um depósito de pessoas. Quando ele passa no médico e fala que faz uso de álcool ou drogas, já é encaminhado para cá, nem escuta o que ele tem a dizer (Técnica do município N. Anotações do Caderno de Campo).

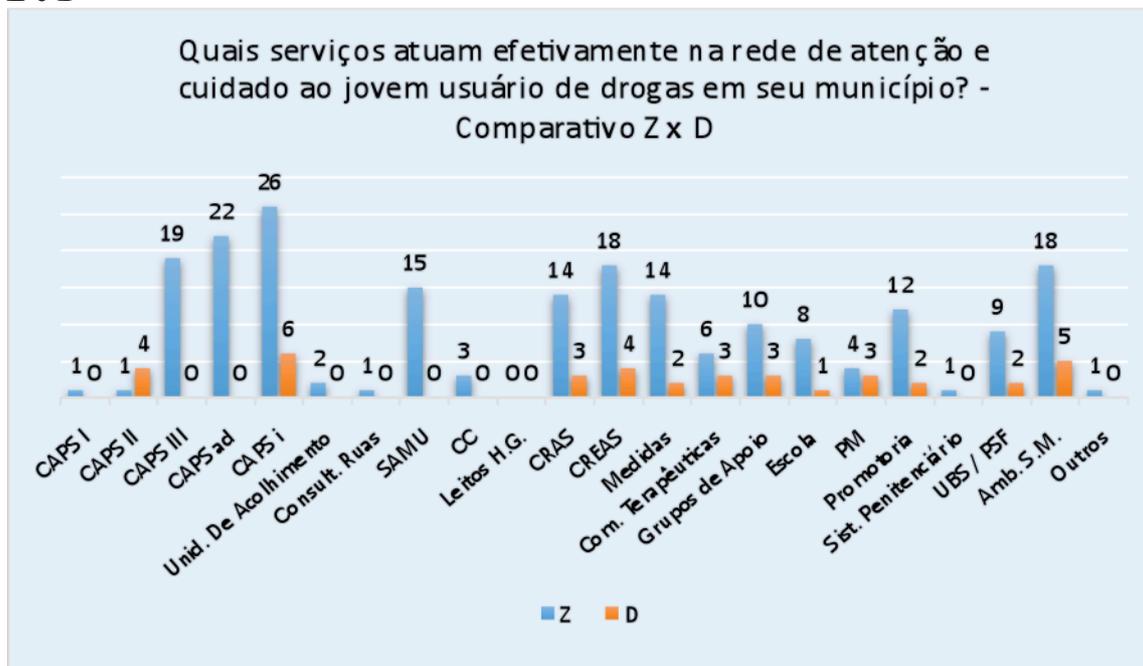
Outra questão levantada pela análise simplista do Gráfico 11, pelo dado estatístico, se dá pelo fato dos dados terem sido somados em sua totalidade, sem levar em consideração a proporção de profissionais de cada município. Assim, ao observar o

Gráfico 11 pode-se inferir que o CAPS-ad e o CREAS, por exemplo, sejam serviços de grande representatividade de ação na RAPS como um todo, sendo que isto não é real, como já explicitado na fala do coordenador regional. Assim, ocorre que como as cidades maiores possuem um número diferenciado de serviços de saúde mental, logo, houve um maior número de questionários advindos destes locais. Esse esclarecimento está explicitado no Gráfico 2, o qual demonstra a amostragem de questionários respondidos por municípios.

Portanto, tem-se que 60% dos questionários respondidos correspondem à realidade de três municípios (município N, R e Z), sendo que, como descrito na Tabela 1, esses são os municípios que apresentam um maior número de serviços especializados em saúde mental e, por isso, com maior número de profissionais, pois possuem uma rede minimamente composta por diferentes serviços.

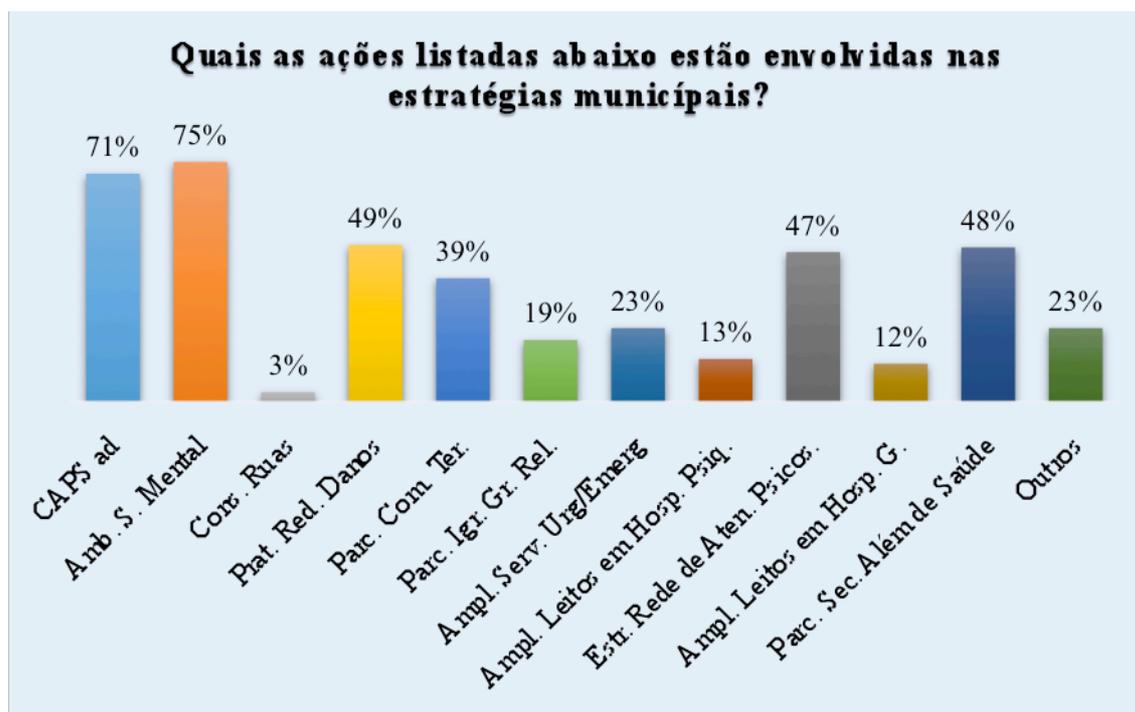
Para refletir sobre essa última hipótese, comparou-se (Gráfico 12) isoladamente a pergunta sobre a rede de cuidados efetiva dos municípios Z com D. Utilizou-se esses dados como exemplo por se tratar de duas cidades distintas em termos de proporção e estruturação da rede, sendo que aí foram encontrados dados diferenciados.

Gráfico 12 – Comparativo das respostas dos técnicos sobre a rede, entre os municípios Z e D



A mesma questão foi observada quando questionado sobre quais ações listadas estão presentes nas estratégias de cuidado municipal. O Gráfico 13 representa as respostas:

Gráfico 13 – Técnicos: Ações presentes na estratégia de cuidado municipal



Apesar de o CAPS-ad ser um serviço listado por 71% dos questionários respondidos, ainda é um serviço que necessita de maior ampliação na regional em virtude de estar presente em apenas quatro dos 11 municípios em que foi aplicado o questionário e em fase de estruturação e credenciamento em outros dois municípios. No

entanto, essa resposta só deu alta incidência pelo fato de 60% dos técnicos que responderam ao questionário serem de cidades que contêm este serviço². Já em relação ao Ambulatório de Saúde Mental, ele ainda é um dos equipamentos presentes na rede de cuidados, no entanto, ele não pertence à RAPS, devendo ser extinguido e transformado em CAPS. Além disso, o coordenador regional destaca que a ampliação da rede CAPS, principalmente a construção de quatro CAPS-ad 24 horas, seria a prioridade de gestão pública dessa coordenadoria, mas que, até o momento, ainda não foi possível por falta de disponibilidade de recursos e vontade política dos gestores municipais, conforme acima mencionado. Tal estratégia encontra-se presente e elencada no documento analisado “Diretriz Operacional da RAPS do Quadriênio 2013-2017” (SÃO PAULO, 2009a), mas ainda não foi executada e sequer existe este planejamento.

A fragilidade e a quase inexistência da rede especializada de cuidado em saúde mental ao usuário de drogas também foi citada pela coordenação de saúde mental dos municípios, conforme destacado na Tabela 2:

Tabela 2 – Coordenadores: Estratégias construídas como plano da RAPS em nível municipal

Estratégias	Coordenadores que assinalaram a questão
CAPS-ad	1
Amb. Saúde Mental	3
Consultório de Rua	0
Part. Redução de Danos	2
Parcerias Comunidades Terapeuticas	1
Parcerias Igreja e grupos religiosos	0
Ampl. Serviço Urgência e Emergencia	1

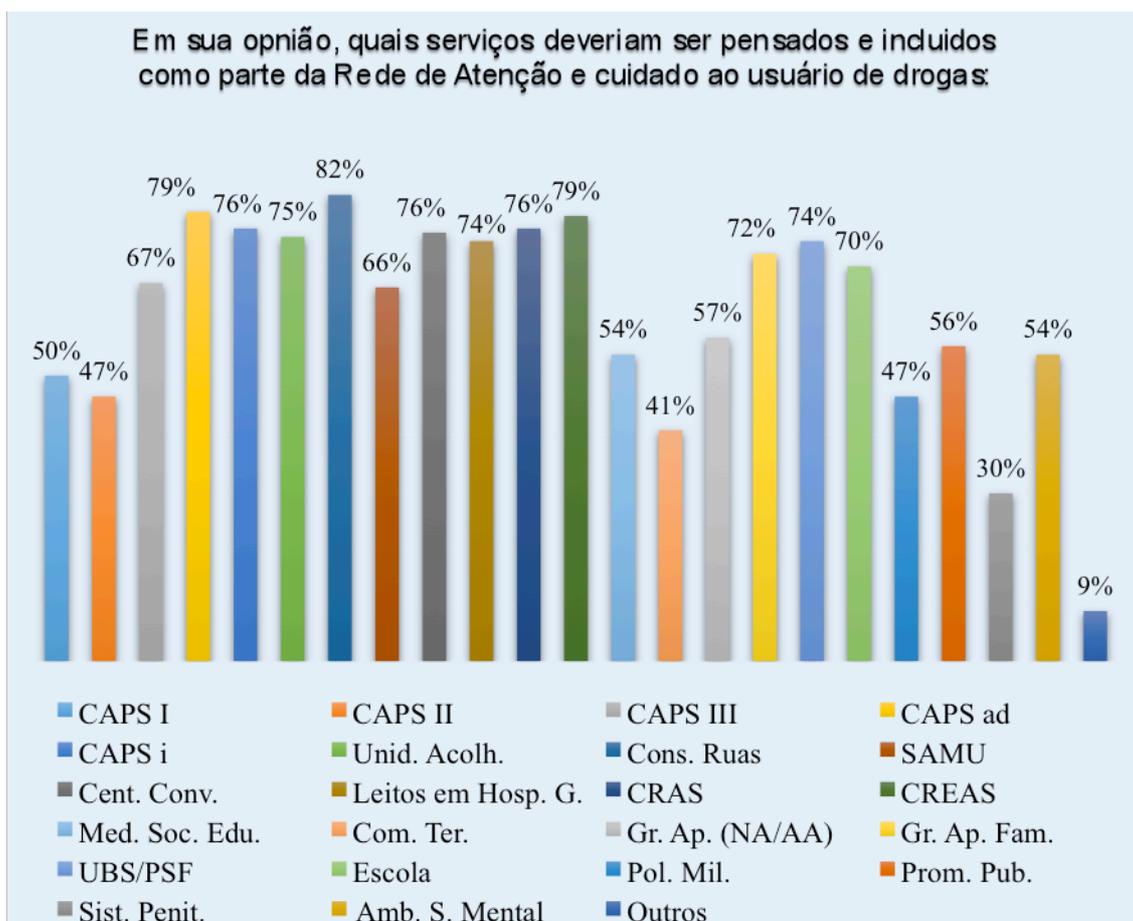
² Ressalta-se que no município N existe o Ambulatório de Saúde Mental álcool e drogas, no entanto, em virtude de este estar funcionando no modelo proposto de CAPS, aguardando apenas o credenciamento pela Regional de Saúde para ser transformado em CAPS-ad, a fim de se receber o recurso financeiro federal, todos os técnicos deste município citaram o ambulatório álcool e drogas dentro do item CAPS-ad, em virtude de ser o único município a dispor de especialidades no formato de ambulatório.

Ampl. Leitos Hosp. Psiquiátrico	0
Estruturação RAPS	3
Ampl. Leitos Hospital geral	0
Parceria Secretarias Saude	3
Outros	2

Como visto, ações listadas como essenciais no cuidado ao usuário de drogas pelo gestor regional de saúde mental, como os Consultórios de Rua, as Unidades de Acolhimento e a ampliação dos leitos nos Hospitais Gerais, citados em sua entrevista, tiveram zero de respostas. Ou seja, não constam na pauta de gestão municipal. A ausência de uma estratégia estadual e de pactuação da RAPS, presente nos documentos elaborados pelos grupos condutores, nas estratégias de gestão municipal, coloca em questionamento como se dará a efetividade do trabalho da RAPS, uma vez que seus principais pontos de atenção não se encontram em fase de ação e implantação nos municípios e sequer são listadas como estratégias a serem pensadas pela gestão municipal.

Ainda em relação ao trabalho em rede e aos serviços existentes como estratégias e pontos de atenção no cuidado ao usuário de drogas, incluindo demais setores envolvidos, quase todos os técnicos apontam como necessidade a criação e a expansão de todos os serviços listados no questionário como componentes da rede de atenção e cuidado ao usuário de drogas, conforme demonstra o Gráfico 14. Infere-se que há a compreensão de que quanto mais pessoas interligadas nesta ação, mais efetiva será a rede, mesmo quando citados aqueles serviços vistos como autoridade de repressão frente a esta população.

Gráfico 14 – Técnicos: Serviços que deveriam ser incluídos na rede de cuidados ao jovem usuário de drogas



Na compreensão por parte dos gestores municipais (Tabela 3), há uma diferenciação nas respostas com um enfoque mais assinalado para os serviços especializados de atendimento à população usuária de drogas, a saber:

Tabela 3 – Coordenadores: Serviços que devem ser pensados na rede de cuidados ao usuário de drogas

Serviços	Coordenadores
CAPS I	4
CAPS II	1
CAPS III	0
CAPS-Ad	2
CAPS-i	1
Unidade de Acolhimento	1
Consultório de Rua	3
SAMU	1
Centros de Convivência	2

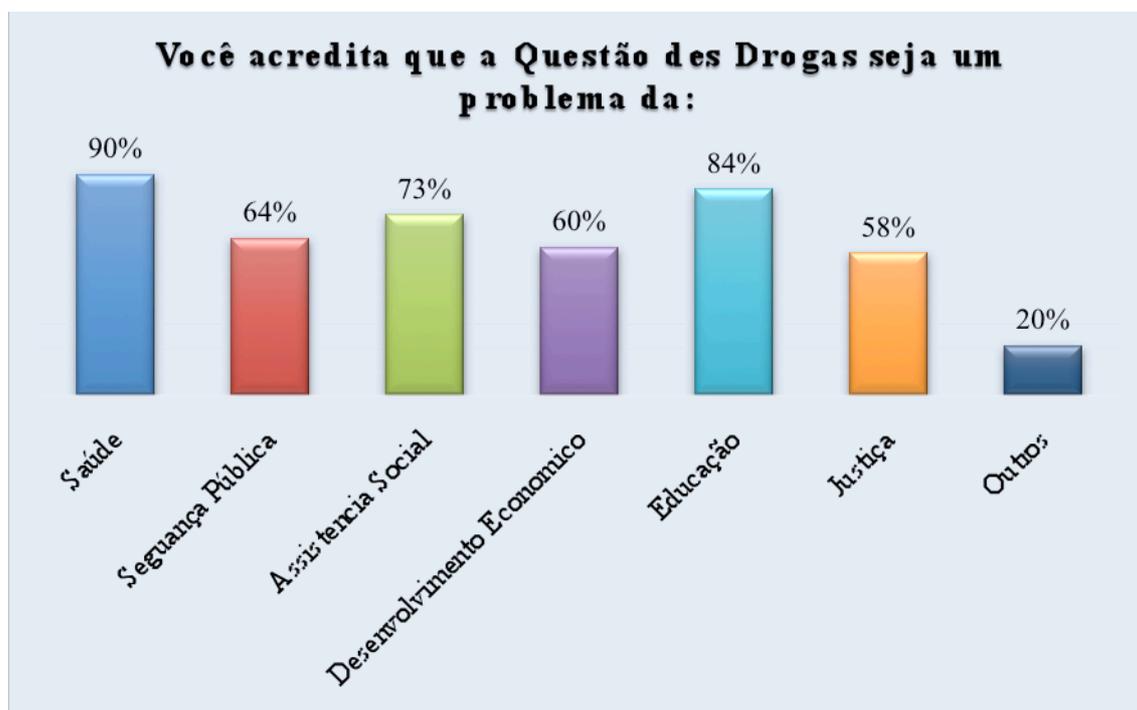
Leitos em Hospital Geral	4
CRAS	4
CREAS	4
Medidas Sócio Educativas	2
Comunidades Terapêuticas	0
Grupos de Apoio (AA/NA)	2
Grupo de Apoio Familiar	3
UBS/PSF	4
Escola	3
Polícia Militar	3
Promotoria Pública	4
Sistema Penitenciário	1
Outros	0

Observa-se que os coordenadores não listaram a presença do equipamento CAPS-ad III (24horas), sendo que o coordenador regional de saúde mental listou este serviço como essencial e primordial a ser criado e desenvolvido pela RAPS, no que tange ao cuidado aos usuários de drogas, uma vez que tal equipamento poderia contribuir com a diminuição da demanda de internação hospitalar, podendo dar suporte territorial nesse cuidado à população. Isso é alarmante uma vez que os executores das estratégias das RAPS, em nível municipal, são os coordenadores municipais e se os mesmos não compreendem esse serviço como um dispositivo necessário e fundamental, possivelmente, não haverá defesa de sua proposta, o que poderia se traduzir em investimento político e pessoal para a construção desse equipamento nos municípios. Compreende-se assim que a contradição na compreensão das necessidades listadas pela gestão estadual com a gestão municipal possa ser um dos maiores empecilhos no trabalho em rede, pois, na medida em que a gestão estadual pensa de uma forma, a maneira de executar depende da gestão municipal, e não havendo compreensão da importância de tal equipamento, não haverá vontade política para se efetivar tal construção.

Quando abordado o que cada um pensa a respeito do tema das drogas, no sentido de compreender a responsabilidade social por parte dos serviços públicos, tem-se que ambos, tanto os técnicos como os coordenadores, compreenderam que esta seja de

responsabilidade em primeiro plano da saúde (91% e 4, respectivamente), seguido da educação, assistência social e segurança pública e, posteriormente, de responsabilidade da justiça e do desenvolvimento econômico. Mostra-se presente uma visão intersectorial de problematizar tal questão, ainda que a maioria tenha elencado o setor saúde como principal, compreendendo a necessidade de diálogo entre ambas as áreas e serviços, bem como a responsabilização de todos para com a questão elencada. O Gráfico 15 apresenta a resposta dos técnicos, sendo que a questão aceitava múltiplas respostas.

Gráfico 15 – Técnicos: Visão sobre drogas



A mesma questão, quando respondida pelos 5 coordenadores municipais, obteve como resposta que: 4 responderam o setor Saúde, 3 Segurança Pública, 3 Assistência Social, 2 Desenvolvimento Econômico, 3 Educação, 2 Justiça e 1 assinalou outros, mas não citou qual setor seria.

Ainda que a maioria tenha listado o setor saúde como principal responsável deste cuidado, possivelmente em virtude de que todos que responderam o questionário são profissionais atuantes no campo da saúde, a visão de a droga ser um problema intersetorial e que, portanto, necessita de estratégias de cuidado para além do setor saúde é um forte índice de que tais políticas deveriam ser mais interligadas com ações intersetoriais. Além disso, tal aspecto mostra que, mesmo que a rede não consiga se tornar efetiva, no sentido de trabalho compartilhado, uma vez que foi item de discussão das reuniões da DRS, bem como foi apontada ser inexistente, na fala do gestor regional. O fato de mais de 90% dos técnicos e os coordenadores apontarem uma visão de que a problemática das drogas deve envolver uma ação intersetorial, pontua a necessidade de uma rede que seja de fato intersetorial e não apenas um conjunto de serviços atuando individualmente na ação efetiva com esta demanda. Assim, torna-se necessário ampliar as discussões municipais e regionais interligando os demais setores para que se tenha um trabalho de rede minimamente atuante, uma vez que a própria RAPS não inclui outros setores e secretarias em sua rede.

Entretanto, parte das análises dos resultados tem mostrado que a discussão de uma rede de atendimentos e da legitimação do trabalho técnico é um tema que salientou diversas questões e que inclusive tem inviabilizado práticas de cuidado efetivas ao usuário de drogas. Por vezes, a rede não acontece dentro dos próprios serviços, sendo que pensar numa estratégia intersetorial torna-se mais distante, em virtude da abertura de diálogos e escutas de saberes plurais.

O técnico, por sua vez, se resguarda de seu saber e o legitima para justificar suas ações. Por vezes, fazem falas que vão ao encontro da lógica de manutenção da ordem, por meio de práticas sem questionamento técnico ou mesmo reflexões pertinentes sobre suas ações em um modelo mecanicista de atuação. Em outras vezes, demonstram olhares mais ampliados e a composição de diferentes dimensões para se compreender e atuar nessa complexa dimensão. Assim, configuram-se ações ambivalentes, nas quais o papel do técnico é utilizado em diferentes dimensões e demonstrando a complexidade ali também envolvida.

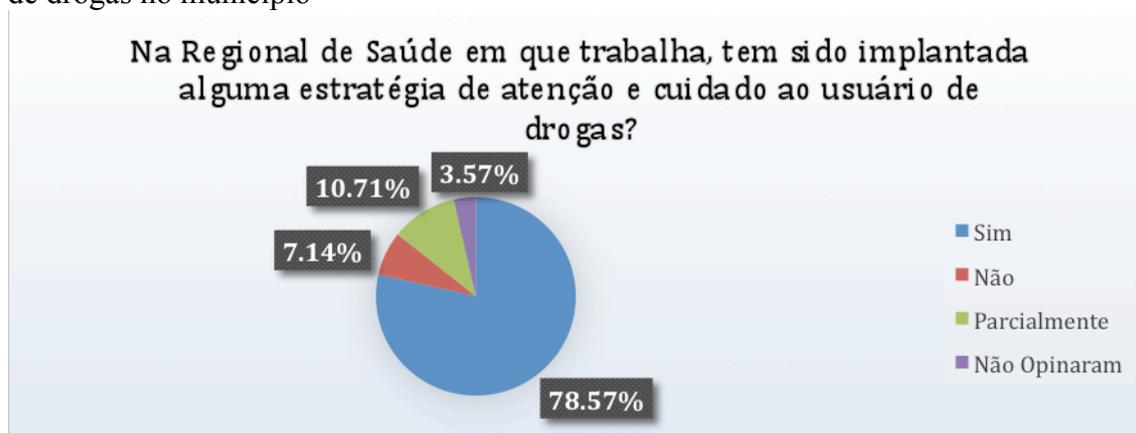
6.2 Reunião devolutiva dos dados iniciais da pesquisa com a equipe de um CAPS-Ad³, localizado no município Z

A última etapa da pesquisa ocorreu por meio da visita a um dos serviços especializados no cuidado ao usuário de drogas como forma de pensar a rede de atendimentos a partir da experiência de um município que continha um maior número de serviços e pontos da rede de atenção presentes na RAPS (como o CAPS III, o CAPS-Ad e o CAPS-i, além de mais dois ambulatórios de saúde mental e comportar o Hospital Psiquiátrico SUS da Regional).

Esta etapa ocorreu no mês de dezembro de 2015, utilizando-se do espaço da reunião de equipe para a explanação dos dados obtidos na primeira fase da pesquisa. Sendo assim, estava presente na reunião de equipe, além da equipe técnica com formação em nível superior, técnicos de nível médio, os quais não responderam os questionário, mas participaram desta fase e discutiram os dados encontrados, pois, naquele local, é prática a presença de toda a equipe na reunião.

Como estratégia para a conversa, optou-se pela apresentação dos dados dos questionários com um recorte específico daquele município, utilizando como forma de possibilitar discussões de temas e dados daquela realidade local. A cada bloco apresentado foi aberto o espaço para o diálogo dos resultados com a equipe. Assim, inicialmente foram apresentados os gráficos listados abaixo (Gráficos 16, 17, 18, 19 e 20):

Gráfico 16 – Técnicos Município Z: Implantação de estratégias de cuidado aos usuários de drogas no município



³ Esta etapa da pesquisa ocorreu com o apoio da pesquisa desenvolvida por Letícia Andriolli Bortolai, no nível de iniciação científica (componente do Programa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFSCar), a quem agradecemos a colaboração.

Gráfico 17 – Técnicos município Z: implantação de estratégias de cuidado no município separado as respostas por instituições

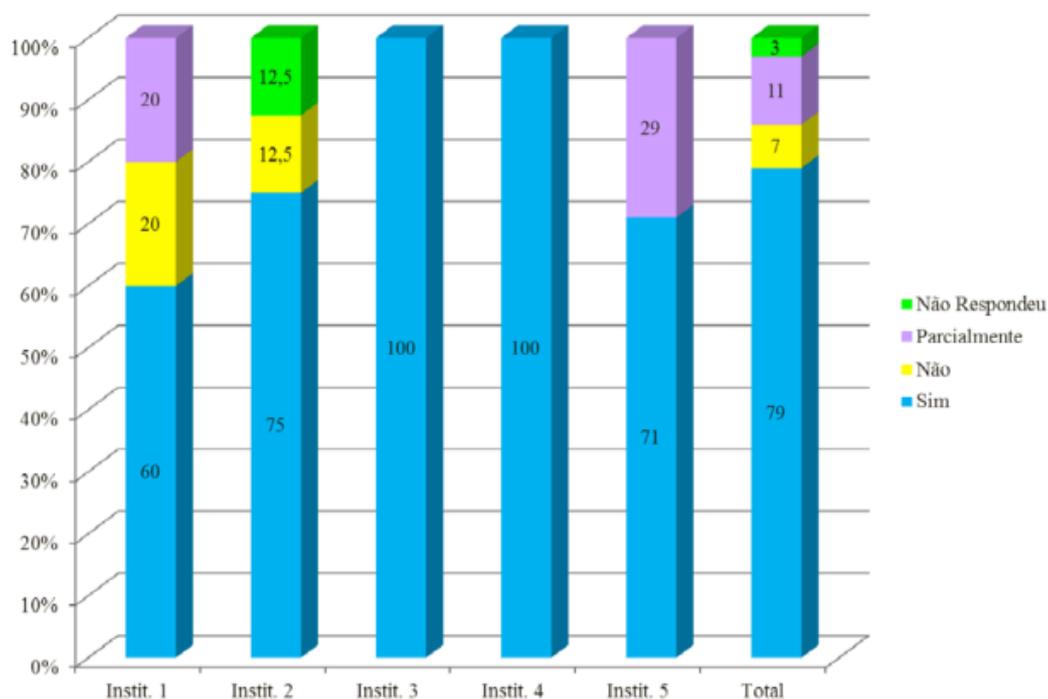


Gráfico 18 – Técnicos município Z: concordam com as estratégias implantadas

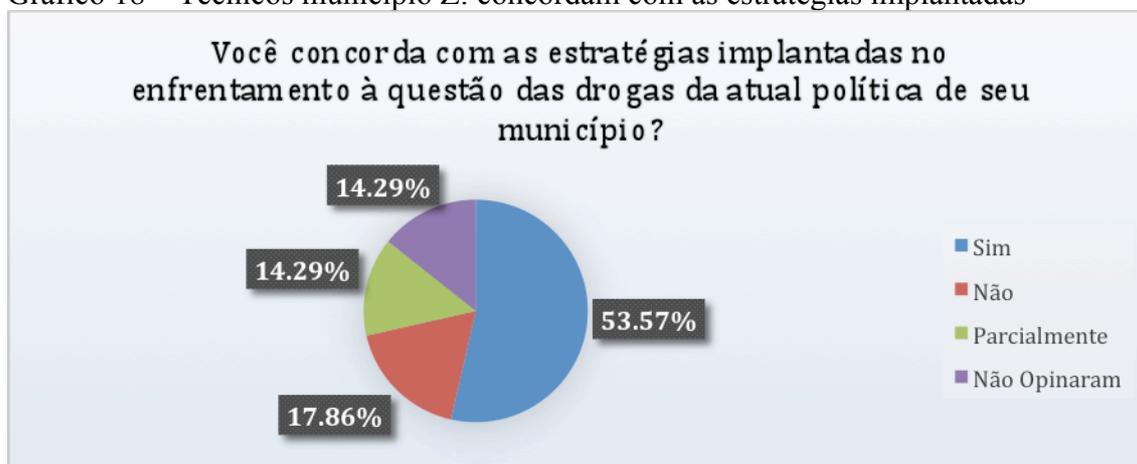


Gráfico 19 – Técnicos município Z: amostra por instituição acerca da concordância com as estratégias implantadas

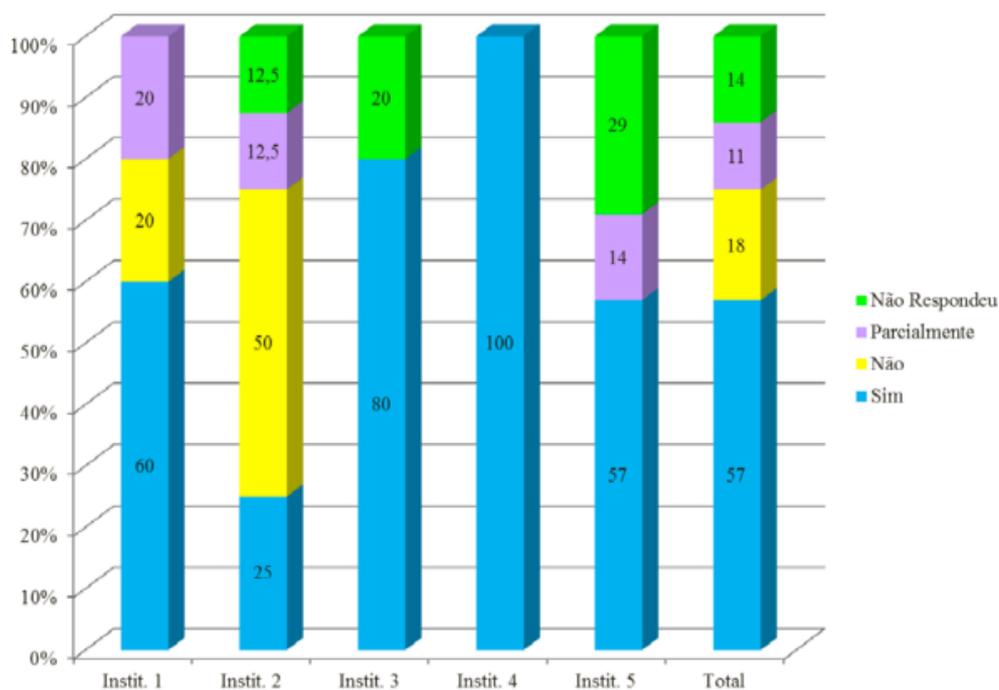


Gráfico 20 – Técnicos município Z: quais ações listadas estão presentes nas estratégias de cuidado no município



A partir dos dados representados nos gráficos, abriu-se espaço para discussão com a equipe e foram levantados os questionamentos sobre a divergência de respostas, principalmente ao perceberem que 7% das pessoas afirmaram não existir uma estratégia de cuidado aos usuários de drogas, mas 100% dos que responderam o questionaram reconhecerem o trabalho do CAPS-ad presente nas estratégias de cuidado aos usuários de drogas. Tal dado, aliado à questão sobre as estratégias existentes, das quais 18% afirmaram não concordar, pontuou o questionamento acerca da dificuldade de trabalho em rede, na medida em que existe ainda uma parcela de técnicos que não acredita no trabalho do CAPS-ad, mesmo reconhecendo-o como existente no município.

Acho difícil fazer uma afirmação, mas os dados nos mostram que existe uma confusão, pois não existe um consenso entre os trabalhadores da saúde mental de quais seriam as estratégias de cuidado aos usuários de drogas no município. (Técnica 1 CAPS-ad, município Z, transcrição de registro de grupo de discussão).

Os dados se mostram bem incoerentes, porque percebe-se que foram algumas instituições que disseram não existir estratégia, mas essas mesmas que disseram não concordar com a estratégia, listaram o CAPS-ad como existente (Técnica 2 CAPS-ad, município Z, transcrição de grupo de discussão).

A gente percebe que os próprios trabalhadores da saúde mental, que são técnicos de nível superior, não sabem ao certo qual o nosso papel, só sabem que se existe uso de álcool e drogas, tem que ser encaminhado ao CAPS-ad, mas não sabem exatamente qual o nosso trabalho. Isso acontece não só na saúde mental, mas inclusive dos encaminhamentos da Atenção Básica (Técnica 3 CAPS-ad, município Z, transcrição de grupo de discussão).

Estas falas retratam um pouco da dificuldade de efetivar um trabalho em rede dentro das estratégias do próprio município, uma vez que o diálogo entre serviços acaba por não ocorrer, nem mesmo no interior da própria rede de saúde mental. O que foi apontado por uma técnica:

Não dá para afirmar que ele desconhece o nosso trabalho, pode ser que ele apenas não concorde com esse trabalho. (Técnica 1 CAPS-ad, município Z, transcrição de grupo de discussão).

Porém, refletiu-se sobre o fato de terem sido citados como estratégias no município atuações de serviços que não existem na rede municipal, como o Consultório de Rua e ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos (Gráfico 20), o que possivelmente caracteriza tanto o desconhecimento do que seria esses serviços quanto demonstra a fragilidade da rede, uma vez que não se tem a compreensão sobre a atuação

de cada serviço e sobre quais as estratégias que estão sendo implementadas no município em que trabalham.

A seguir, destaca-se o segundo bloco de dados apresentado, pelos Gráficos 21 e 22, que tinha como objetivo destacar o conhecimento e a participação dos técnicos nas estratégias da estruturação da RAPS.

Gráfico 21 – Técnicos município Z: conhecimento da RAPS



Gráfico 22 – Técnicos Município Z: participação nas reuniões da RAPS



Acerca dessa questão, foi aberto o diálogo a fim de compreender se tal dado também traz parte de resultados desse serviço, tendo em vista que 65% dos técnicos

afirmaram nunca ter participado das reuniões da RAPS e que 25% disseram desconhecer o que seria a RAPS. Segue abaixo parte deste diálogo:

Técnica 4: às vezes eles responderam que não conhecem porque mesmo que já tivessem ouvido falar na RAPS, eles preferem dizer não ter conhecimento ou não ter participado por não terem certeza de estarem certos ou não, uma forma de não se comprometerem com a resposta e com a ação.

Técnica 1: uma das questões que pode ser levantada aqui é a maneira de seleção do funcionário público e a maneira como este é inserido no trabalho na saúde mental. Qual o preparo que ele tem quando é colocado neste serviço? Porque isso é uma grande questão no cenário da saúde pública, porque muitas vezes a pessoa vai e não se interessa pelo trabalho que ela tem que desenvolver, não se interessa em se qualificar e não é cobrada por isso, isso é o pior. Então acredito que esses dados nos mostram isso: eles não sabem o que é a RAPS e pelo visto não estão nem interessados em aprender. E o “Sim conheço”, mas a gritante maioria diz nunca ter participado de reuniões. Mas deveria ter a pergunta se eles buscam participar.

Técnica 3: mas acho que tem o outro lado, sobre o que é fomentado para você buscar e participar das reuniões da RAPS, porque eu nunca fui informada de nada sobre isso.

Técnica 5: Num outro município em que trabalhei, havia uma movimentação muito forte para que os trabalhadores participassem da RAPS, e que eles conhecessem o que era RAPS e compreendessem qual espaço estava inserido nessa rede, teve inclusive seminários e espaços de discussões. E que isso não acontece e não foi sequer falado com os funcionários em nenhum momento.

Técnica 3: aqui são muito segregadas as coisas, fala-se muito em RAPS quando se precisa utilizar os serviços fora da rede do município, mas aqui dentro do município, isso não acontece.

Técnico 1: acaba ficando algo velado tanto dos gestores que acabam por não discutir isso com a equipe, como dos próprios funcionários que acabam por não buscar saber e não se interessam. São duas problematizações.

A partir dessa discussão, levantou-se a reflexão acerca da postura de ambiguidade do papel do técnico, uma vez que pode partir dele a busca pelo conhecimento, conforme Gramsci (1982) aponta, como o intelectual que busca a transformação social, mas que também pode ser o mantenedor da ordem pelo fato de não questionar sua participação nas reuniões da RAPS e manter sua ação apenas enquanto um recurso técnico a ser desenvolvido com o outro, sem a busca de efetivar uma transformação política em seu trabalho. Traz também como pauta a discussão das estratégias de gestão ser por vezes hierarquizada, na qual o técnico é apenas operário dessa gestão e que, por muitas vezes, não o incentiva a participação e o diálogo.

Sobre esse papel ambíguo, Brito e Barp (2008) assinalam, num campo macrossocial, como o Estado opera:

O Estado moderno assumiu uma forma ambígua: de um lado significa um aparato de governo ou de poder e de outro é o sistema social como um todo subordinado a esse governo ou poder. Aqui se evidencia um processo de cristalização do Estado que, pelas proposições Teóricas de Max Weber (1991) culmina não somente com a monopolização dos meios de violência e de administração, mas também com a capacidade de reivindicar um poder sobre um território (BRITO; BARP, 2008, p.27).

O que se vê, de forma macrossocial, no papel ambíguo que o Estado opera, trazendo reflexos de forma micro nas relações sociais, aqui em especial, na relação do técnico de saúde mental com os usuários daquele serviço. Se de um lado ele representa a cientificidade e o conhecimento, de outro é um ser social que traz consigo parte de suas culturas e crenças, que ocupa um lugar na sociedade como sujeito e que, por vezes, opera desse lugar. Tratam-se de crenças e regras que o obrigam a agir de determinada forma, porque as regras sociais pré-determinam a existência social do indivíduo (BRITO; BARP, 2008).

Porém, o técnico atua de forma ambivalente, ora é opressor para com quem se dirige, operando de forma restrita e ora são suprimidos por esse sistema que também os exclui e os coloca para agir sem questionamento, devendo seguir a ordem social. Como visto, os resultados da pesquisa apontaram que uma parcela significativa não concorda com a atual estratégia de cuidado e sequer participaram das discussões propostas na estruturação daqueles serviços, colocando-os a mercê de agir a partir da ótica da gestão, de forma hierárquica, sendo também vítimas desse sistema social em que impera o poder. Por vezes, a ausência do diálogo ocorre nas próprias ações técnicas, entre as ações hierárquicas de gestão nos serviços e, assim, acabam reproduzindo falas e ações que não foram ouvidas ou refletidas. Dessa forma, o técnico passa a ser um ator fundamental nesse cuidado, porém, num campo de ação ambivalente, também sendo ora o opressor e ora o oprimido.

Outro apontamento levantado nesse diálogo é acerca do quanto trabalhar na saúde mental envolve um desprendimento que vá além da ação técnica em si, como afirma Basaglia (1985), devendo, portanto, ser analisado o perfil profissional desses trabalhadores. Esse foi um dos questionamentos levantados por uma técnica ao dizer que a falta de comprometimento técnico em buscar conhecimento tem relação com a questão de não gostarem do local em que trabalham ou daquilo que ali fazem, mas que, por ser concurso público a forma de entrada nos serviços, eles acabam por ali ficar pela necessidade de emprego, não existindo qualquer envolvimento com o trabalho realizado, por não possuírem “afinidade com o tema”.

O próximo bloco de dados apresentado traz a discussão sobre a rede e os serviços que compõe o cuidado no município, a partir daquilo que os técnicos elencarem como a rede ideal e a rede existente. Os Gráfico 23, 24 e 25 ilustram os resultados:

Gráfico 23 – Técnicos do município Z: quais serviços deveriam ser pensados na rede cuidados

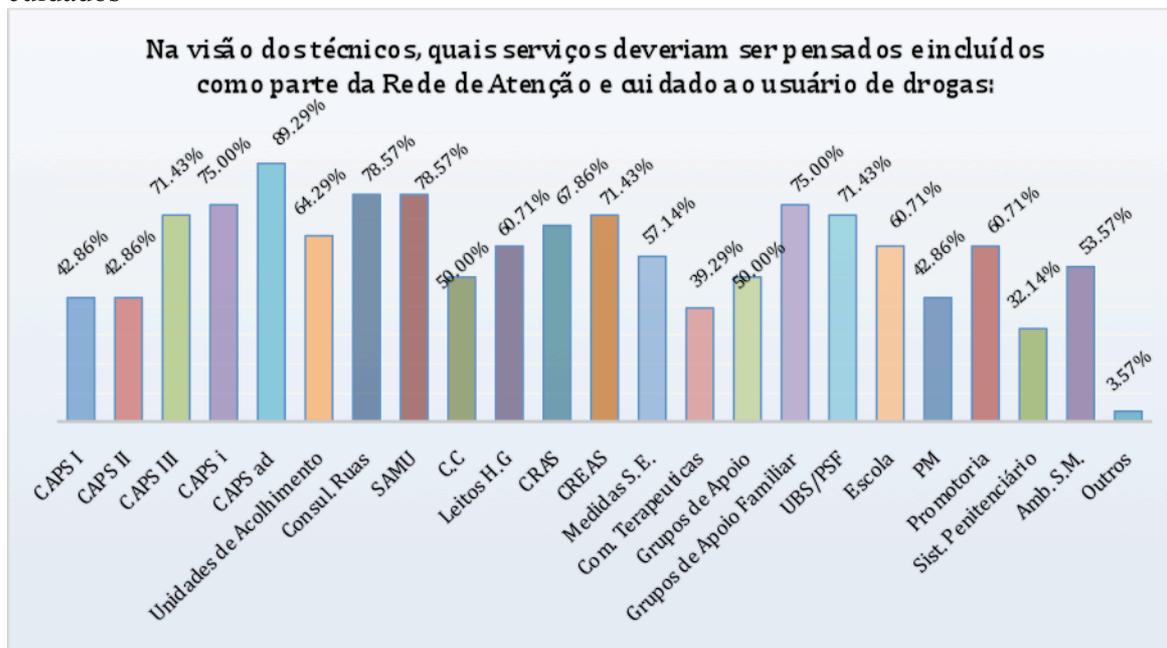


Gráfico 24 – Técnicos município Z: Quais serviços atuam efetivamente em seu município

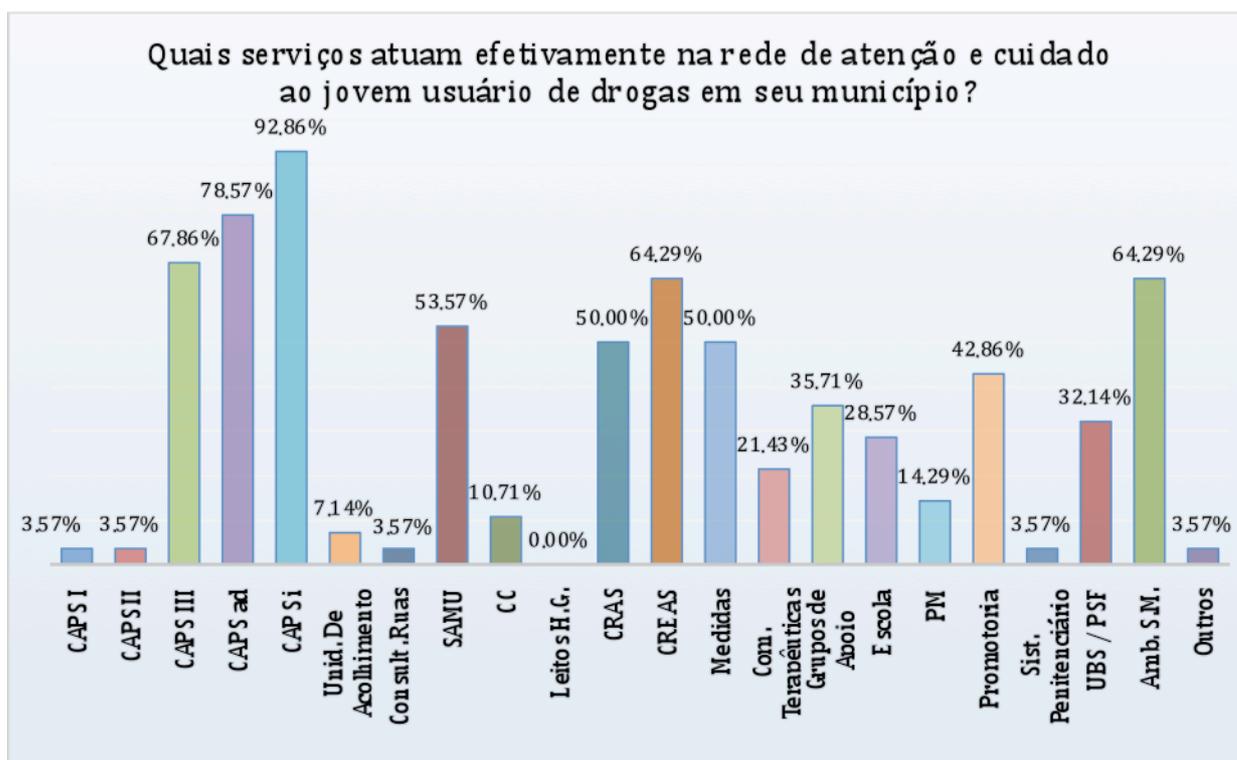
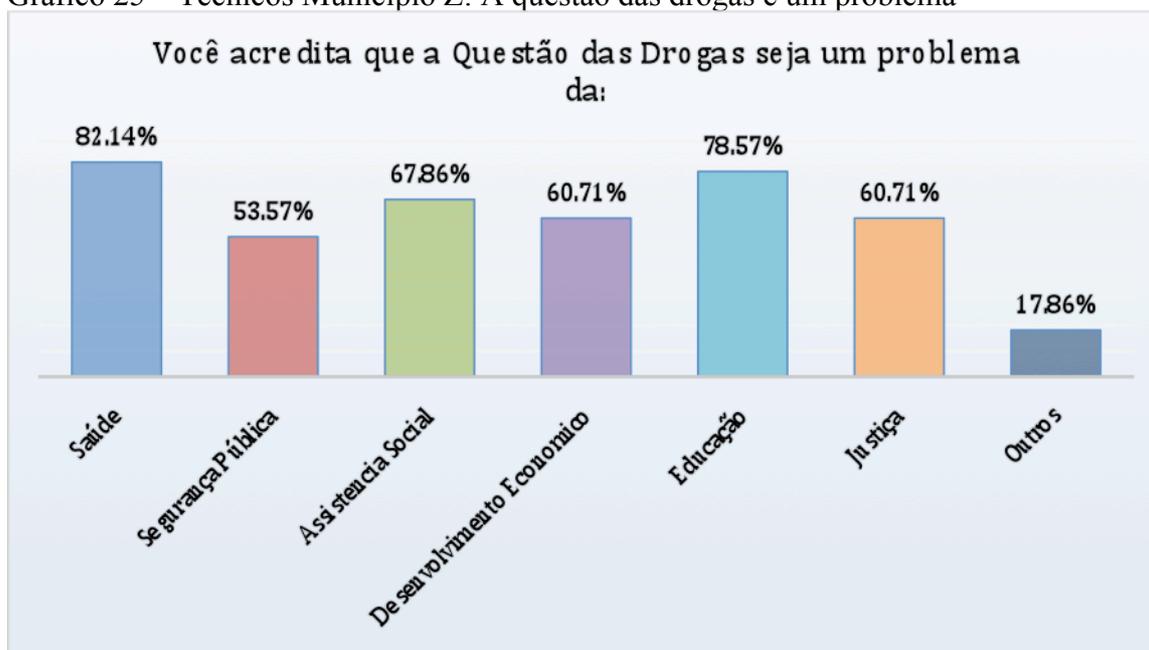


Gráfico 25 – Técnicos Município Z: A questão das drogas é um problema



Analisando esses três gráficos pode-se inferir que a discussão acerca do cuidado ao usuário de drogas deve envolver estratégias intersetoriais com base na ação de diferentes secretarias e serviços numa rede de atenção. Essa estratégia intersetorial, no entanto, aponta acerca de que tipo de ação deve ser efetivada, no sentido de se discutir

sobre ações isoladas de diferentes serviços ou mesmo de se pensar sobre uma ampliação do conceito de rede.

Assim, compreendendo o emaranhado de nós que compõe a rede (JUNQUEIRA, 2000), buscando uma transformação e ideias sobre a organização social e a relação de vínculos entre indivíduos, grupos e organizações (MARQUES, 1999) que são essenciais para o suporte ao enfrentamento de questões sociais e do sofrimento pela doença (MÂNGIA; MURAMOTTO, 2005), pontuam-se diferentes falas advindos dos técnicos, quando comparados àqueles trazidos no campo das políticas do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Uma questão levantada pelos técnicos do serviço foi o fato de terem sido apontados no Gráfico 24 serviços que não existem no município, como atuantes de forma efetiva, entre eles as unidades de acolhimento e consultório de rua, e, também, terem sido levantados serviços no Gráfico 23 que atuam na contrarreforma psiquiátrica, como as comunidades terapêuticas, sendo que esse serviço obteve uma alta porcentagem (40%) das respostas dos técnicos. Sobre essa questão, o grupo apontou que o CAPS-ad surgiu para constituir a rede substitutiva de tais serviços e, ao elencar a comunidade terapêutica como um serviço que deve fazer parte da rede, reconhece-se assim a visão de que o cuidado ao usuário de drogas deve ser pautado na internação em longo prazo, prática que a RAPS e o movimento de construção de uma política de saúde mental humanizada vêm combatendo.

Ainda, para refletir sobre o levantamento da discussão da internação e das estratégias de serviços que adotam tal técnica como recurso de tratamento, os Gráficos 26, 27, 28 e 29 retratam a visão dos técnicos acerca da internação tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes e quais locais para ser realizada essa prática.

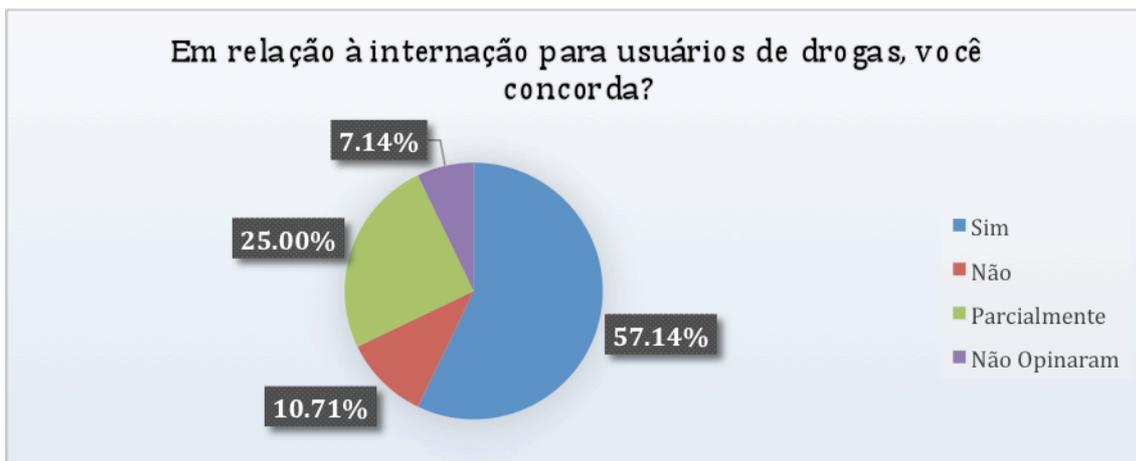


Gráfico 27 – Técnicos município Z: local para serem realizadas as internações de adultos

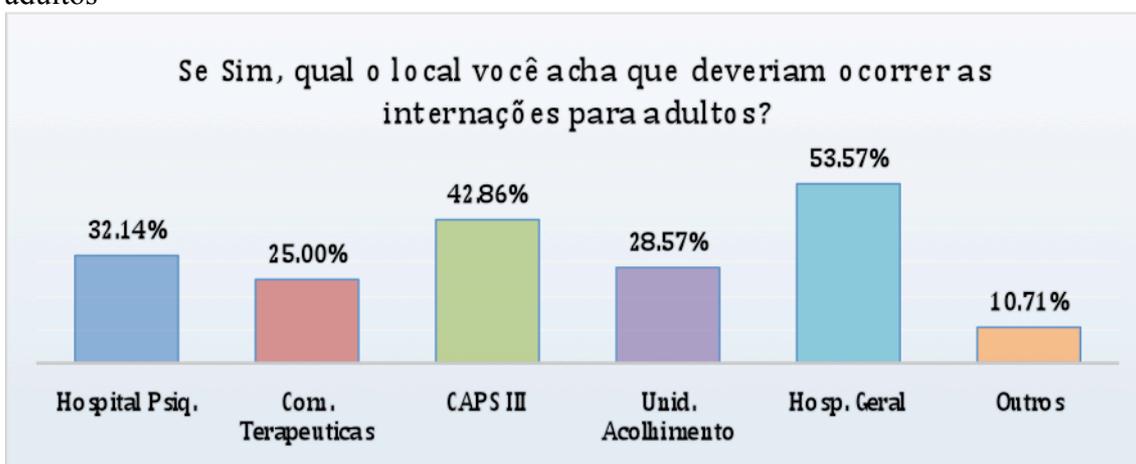


Gráfico 28 – Técnicos município Z: concordam com internação de crianças e adolescentes

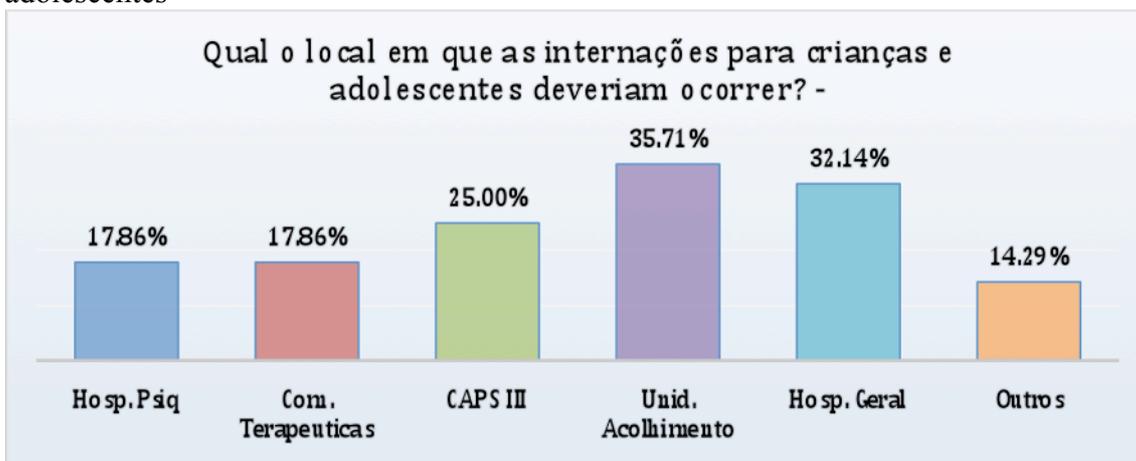
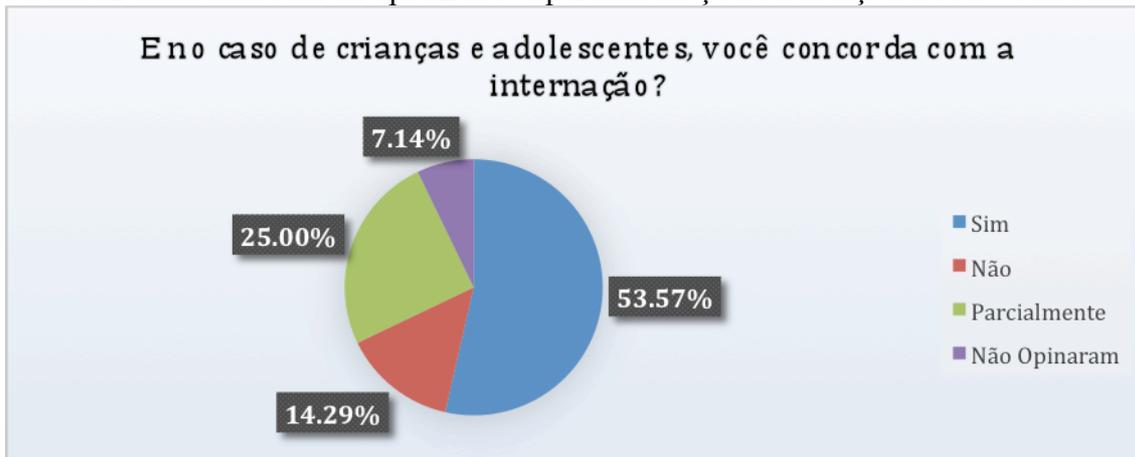


Gráfico 29 – Técnicos município Z: local para internação de crianças e adolescentes



Acerca dessa questão, a equipe, durante a conversa, questionou a resposta que citou ser a comunidade terapêutica (18%), o local para ocorrer as internações. A equipe do CAPS-ad levantou a hipótese de que as mesmas pessoas que afirmaram não haver uma estratégia de cuidado ao usuário de drogas no município (7%), ou mesmo que disseram não concordarem (18%) com a estratégia de cuidado adotada no município, possam ter sido as pessoas que assinalaram a comunidade terapêutica como o local para ocorrer as internações, uma vez que tais números são próximos e apontam a crença na conduta da internação em longo prazo numa comunidade terapêutica como recurso de tratamento ao usuário de drogas. O que conflitua com a proposta oficial local, da política de redução de danos, na qual a internação é último recurso e o tratamento proposto é de reabilitação psicossocial no CAPS-ad.

Sobre estas questões, os técnicos disseram:

Técnica 1: Sobre a internação, podem responder sim as pessoas que têm um argumento técnico adequado e também aquelas que defendem esta prática como única proposta de tratamento.

Técnica 3: Eu acho que a questão de terem respondido CAPS III, é porque aqui no nosso município as internações ocorrem no CAPS III.

Técnica 1: E isto deveria ser no hospital geral. Eu acho interessante ver que 25% das pessoas de nível superior acreditam que seja a comunidade terapêutica o melhor local para ocorrer a internação. Porque coincidem que temos apenas 80% que acreditam no CAPS-ad e possivelmente, estes mesmos 20% que não acreditam no CAPS-ad são os que acreditam nas comunidades terapêuticas. Porque são filosofias de trabalho bem diferentes.

Técnica 4: Os que responderam “outros” não nomearam o que seriam esses serviços. Então pode ser que esses 10% que responderam “outros” pensem que a melhor solução é mandar prender ou matar.

Técnica 2: Isso é bem provável. Tem pessoas que pensam dessa forma radical.

A partir desses excertos, reflete-se o quanto que a percepção individual, a partir de sua cultura e de seu papel na sociedade, pode influenciar as ações de trabalho técnico, dos trabalhadores da saúde mental. Como foi levantado pela equipe, discutir a questão da internação não significa apenas compreender se é contra ou a favor de algo, mas em quais referenciais sobre a prática de trabalho e tratamento o técnico está se pautando, compreendendo que muitos utilizam apenas seu julgamento moral.

A partir dos dados expostos, perguntou-se à equipe de trabalho se tal resultado representa a opinião daqueles que trabalham com a demanda específica dos usuários de drogas. Disseram:

Técnica 1: Eu acho que a grande maioria das respostas não. Eu entendo o CAPS-ad como uma estratégia de cuidado ao usuário de drogas. No município é a mais efetiva, porque a gente busca a intra e intersetorialidade, por mais que ainda existam muitas dificuldades e eu acho que são essas dificuldades que aparecem nessas questões. Porque a gente tem mesmo dificuldade de dialogar com a atenção básica, com os outros CAPS e com os outros ambulatoriais. Acredito que aqui a equipe não acredita no trabalho das comunidades terapêuticas, porque inclusive a gente tem um posicionamento bem concreto frente às demandas que vão trazendo esse pedido, porque muitas vezes a família e o usuário chegam solicitando a internação nas comunidades terapêuticas e a gente tenta mostrar para eles que não é por aí. Chegam pedindo internação, compulsória e involuntária, e nós tentamos conversar com esta família para entender o pedido e explicar outros caminhos. Então eu acredito ser um posicionamento bem diferente das respostas.

Técnica 4: Mas eu achei bem interessante a pesquisa porque nós que aqui trabalhamos temos a compreensão de que outros serviços e outros técnicos pensem dessa maneira. Tanto a comunidade como os técnicos têm essa ideia que foi apontada nas respostas. E é esta é a nossa dificuldade aqui no CAPS-ad de trabalhar. A gente não tem uma estrutura de rede básica, temos muita dificuldade com a intersetorialidade, somos muito barrados. Então, eu achei interessante a pesquisa para fazer-nos pensar em como vamos conseguir abrir este espaço para mudar essa realidade. Até porque a gente tem a proposta no papel do que é o CAPS-ad e de como é o nosso projeto de saúde mental, mas daí a gente vai trabalhar e as coisas são bem diferentes, a rede como um todo pensa diferente. Não tem nada disso, eu vou fazer meu trabalho e irei encaminhar para a UBS e ele dará seguimento lá. Isso não existe. Não tem isso de dizer: eu não vou mandar para o hospital psiquiátrico, porque lá não é o melhor local. A família chega aqui quase que com uma espingarda te obrigando a internar. Então a realidade de trabalho é bem diferente.

Técnica 1: Se engana quem fala que de fato está implementado a política de cuidado ao usuário de drogas, principalmente porque estamos falando de uma mudança de cultura. A população não aceita a proposta da RAPS.

Técnica 4: E se trata de uma proposta que vem de cima para baixo. A população não foi chamada a ouvir e discutir o que eles queriam. Simplesmente decidiram fechar as portas dos hospitais, mas não se preparou a comunidade para acolher essa demanda.

Técnica 1: Cadê o controle social nesta questão? Será que se houvesse um plebiscito com a população eles iriam concordar com os fechamentos de leitos no hospital psiquiátrico, será que eles concordariam com a internação breve? Se fosse feito um consenso com a população para estruturar a RAPS de como deveria ser feito, a gente estaria ainda na lógica de cuidado hospitalocêntrica, porque a cultura da população é essa. E daí quando tem esta frase de que a educação é a melhor forma de combater a questão das drogas, eu concordo, porque só por meio da educação que a população vai começar a refletir sobre isso. Porque a gente está falando de uma população extremamente humilde e que não tem conhecimento.

Técnica 4: É que eles têm uma idéia que é passada e construída de que a comunidade terapêutica é um método eficaz.

Técnica 2: Mas aí é que eu penso que estas pessoas que responderam o questionário trabalham na saúde mental. E são formadores de opinião.

A partir desse diálogo, coloca-se a questão sobre a forma como se fazem às políticas públicas no Brasil e o quanto a própria população tem conhecimento acerca delas. O técnico, porém, dentro de seu papel social, seria o responsável por mediar o acesso à informação e à participação, aquele que levaria a “revolução da massa” (GRAMSCI, 1982), o agente de transformação social. Entretanto, ele mesmo não se vê apto a essa função. Também tem seus questionamentos e se vê impossibilitado de agir por acreditar estar numa hierarquia inferior. Isso foi levantado quando uma das técnicas afirmou que o problema é que as políticas partem de cima para baixo, de forma hierárquica e verticalizada, e são muitas vezes impostas. Essa mesma técnica afirmou não conhecer a RAPS e nunca ter participado das reuniões, assim, para ela, a compreensão é de que o diálogo entre os técnicos executores das políticas não ocorre e que as ações são sempre verticalizadas. Em outros apontamentos, a mesma técnica pontuou sobre a falta de incentivo da gestão em motivar os técnicos a serem mais participativos e reflexivos, passando a ideia de que essa ausência de estímulo faz com que as pessoas sejam apenas reprodutoras da ordem, das técnicas de execução.

Pitta (2011) chama atenção para discutir este cenário na realidade brasileira em contraponto ao momento vivido pelos técnicos, usuários e familiares no período da Reforma Psiquiátrica, quando o Brasil sofreu fortes influências advindas de todas as regiões do Brasil e do mundo, com Seminários e Congressos nos quais se discutiam as “missões ético-políticas cativantes” advindas dos pensadores, como Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Loring, Robert Castel. Para a autora o que temos hoje:

no limite, todos de todas as profissões querem condições ideais de atendimento aos enfermos e, melhores condições de trabalho para si. Entretanto, atualmente, muitos desses profissionais que poderiam fazer a diferença em termos de implicação ética e

técnica com a “boa prática” para sustentar a interdisciplinaridade e por consequência a potência das equipes no território, parecem, ou não se sentem convocados ao apelo ético-político desses primeiros momentos. [...] tais espaços de trabalho dependem fortemente desses profissionais para o “tornar a si a responsabilidade de cuidar”, numa ação transdisciplinar potente. (PITTA, 2011, p.4582).

Assim, percebemos que tal reflexão concerne com aquilo que esta pesquisa demonstrou tanto no diálogo com a equipe quanto na análise de dados de forma qualitativa: como os técnicos hoje têm assumido o papel na transformação da realidade do cuidado em saúde mental, especificamente na problemática das drogas aqui exposta. Tem-se visto hoje, especialmente na última década, a entrada da pré-dica de enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, particularmente ao uso de crack, com o aumento do número de recursos financeiros e com planos de ações advindos de diferentes setores públicos (Segurança Pública, Saúde e Assistência Social), o que tem mobilizado não apenas o discurso político e de gestão, mas, sobretudo, a forma de cuidar e de pensar a técnica do cuidado pelos operadores deste trabalho. Assim, a equipe de trabalho tem sido chamada a atuar neste cenário, a fim de atender a demanda exposta, porém, pouco se tem debatido e dialogado nesta rede de cuidado que se forma. O grande desafio para gestores e trabalhadores que “operam nas redes assistenciais é de como contemplar as necessidades reais e concretas das pessoas usuárias de drogas no atual sistema de cuidados” (PITTA, 2011, p.4587).

Faz-se necessário assinalar a visão crítica que esta equipe colaboradora do estudo apresentou em sua discussão acerca dos dados elencados. A crítica explícita à internação, aos desafios do estabelecimento de uma rede intersetorial e à complexidade do perfil profissional necessário do técnico atuante em saúde mental foram explicitados e posicionados naquele grupo.

Para finalizar o encontro, foi solicitado à equipe relatar um caso que foi bem encaminhado por ter conseguido um trabalho em rede e um caso que não obteve resultados pela dificuldade das ações em rede. Ao pontuar esta questão, foi unânime entre os técnicos dizerem que existiam muitos casos a se pensar em que a rede deveria ser mais atuante e não é, e que não existia nenhum caso positivo para relatarmos sobre a efetividade da rede.

Técnica 1: Só um caso? Tem muitos.

Técnica 2: Mas é só jovens ou pode ser outros casos? Porque tem o caso do XX, do YYY, temos vários casos, mas não sei se são tão jovens.

Técnico 1: É que a gente sente uma grande tendência dos próprios serviços da saúde mental e da rede básica de, ao abordarem o usuário, pelo simples fato dele relatar já ter feito uso de álcool ou drogas, eles já encaminham para o CAPS-ad.

Técnica 5: Não importa se ele já está abstinente há 10 anos eles encaminham ao CAPS-ad.

Técnica 1: Fumou maconha com 20 anos e está sem fumar há 3 anos, se ele surtou é CAPS-ad, mesmo que o surto dele seja agudo e de conteúdo psicótico, com outras comorbidades, a cultura ainda é de que se deve encaminhar ao CAPS-ad. Não existe o entendimento de que seja uma problemática não apenas de CAPS-ad, exatamente esse entendimento que as pessoas colocaram aqui que a questão das drogas é uma problemática intersetorial, na hora da prática, de você ir lá na USF e prover um suporte melhor no território, tentar analisar as questões territoriais antes de pensar num cuidado centralizado na questão do uso abusivo da droga, isso não existe, falou em uso de droga, falou em saúde e CAPS-ad. Então por mais que o discurso seja esse, a prática não é. Se ele é psicótico, ou sociopata, cardíaco, hepático, mas se ele fuma maconha, ele é paciente do CAPS-ad. Principalmente quando a gente estabiliza o usuário e o uso e quer dar esse encaminhamento de caso.

Técnica 4: O ZZ é um dos casos assim, que desde criança circulou por diferentes serviços com diferentes problemas, e ele começou a se envolver com drogas desde cedo, passou pelo sistema penitenciário, teve que responder processos criminais. E então ele iniciou a ser usuário do CAPS-ad há cinco anos, no movimento de ir e voltar, sempre procurando nos momentos de piora do quadro, mas ele tem vários comportamentos psicóticos, como delírios religiosos. Atualmente, ele está abstinente, mas mantém o quadro de psicose, e aqui não tem mais o que ser trabalhado com ele. A gente entende que aqui ele tem um vínculo, até porque sempre o acolhemos neste serviço, mas trabalhar com a abordagem de uso de álcool e drogas, no momento, não faz mais parte do tratamento dele, até porque ele diz que nem pensa em usar drogas, e então acreditamos que o melhor para ele é o suporte no CAPS. E então fomos tentar fazer essa troca, para orientar na rotina, para ter outras oficinas, trabalhar com as questões psicóticas dele. Ouvimos da outra equipe, que é da saúde mental, que não, porque ele tinha histórico de uso de drogas. Então usou drogas é do CAPS-ad.

Técnico 1: Resultado disso tudo é que ele permanece no CAPS-ad, e tivemos que reorganizar o nosso serviço para acolher essa demanda que ele veio trazendo.

Técnico 4: Então nossa maior problemática é essa, porque a gente conversa aqui no serviço que o sentido do uso da droga para o psicótico é um e para o neurótico é outro, totalmente diferente. E pensamos sempre enquanto equipe até que ponto a gente consegue mesclar essa população. Tem algumas oficinas que sim, é muito bacana o trabalho em conjunto, mas no geral, é muito difícil unir essas duas demandas. Temos muitos problemas de convívio, porque os pacientes neuróticos têm dificuldades de compreender. Às vezes porque um psicótico fica mais deitado e ele pode e eu não posso, tem dificuldade de compreender a própria limitação que determinada patologia vai interferir na vida do outro. E isso dá muita briga, porque às vezes num surto psicótico um paciente desorganiza uma oficina, e o outro, não quer entender o porque ele fez isso, e às vezes, um paciente quer bater no outro aqui dentro. Mas a gente não consegue encaminhar para outro local simplesmente pelo fato de que se ele usa drogas então ele é paciente do CAPS-ad. Porque argumentam que a psicose dele é causada pela droga, agora se eu não consigo essa compreensão dentro da própria rede de saúde mental, o que dirá na articulação com outros serviços.

Técnica 1: Não existe clareza sobre uso abusivo, uso nocivo.

Técnica 4: Mas daí eu até questiono, porque, por exemplo, teve uma vez que um paciente do CAPS III queria ser paciente no CAPS-ad. Eu entendo essa fala como algo muito problemático, porque assim, um paciente vir a dizer que quer ir para o CAPS-ad é algo a se questionar porque pode ter algo além dessa fala. Alguém virar para você e dizer que quer ir para o CAPS-ad tem que estar muito doente. Porque aqui não é um lugar que eu queira ir. E isso não foi trabalhado, não foi ouvido, e, por fim, ele acabou começando a levar droga para os pacientes do CAPS III e ele então chegou até aqui. E isso não foi questionado ou levantado pela equipe de lá o que estava acontecendo.

Pesquisadora: Isso me levanta a questão de pensar o quanto que o CAPS é acolhedor a ponto de o usuário querer estar aqui, e não conseguir se desvincular ou pensar outro local para ser cuidado.

Técnica 1: Mas não podemos institucionalizar um CAPS. Tem que ter a porta da saída.

Parte dessa conversa destaca que pensar a rede de cuidados ao usuário de drogas implica em discutir como ocorrem as estratégias de cuidado em todo o município, a partir da compreensão que se constrói acerca do que seria uso e abuso de drogas. Como visto, o estigma criado pelo uso por uma parcela de população que entra em sofrimento psíquico acaba por determinar um viés de cuidado para o resto de sua vida, sem a real necessidade dessa abordagem. Isso se torna agravante quando é pensado na dificuldade de cuidado com a própria rede que engloba apenas os serviços da saúde mental. Assim, quando expande esse cuidado para os pontos de atenção da RAPS, deve-se questionar que tipo de capacitação e discussão têm sido elaboradas com a rede e no interior de cada serviço, a fim de que se consiga discutir casos e necessidades reais do usuário para além da lógica de encaminhamentos de serviços. Tal dificuldade foi relatada pela equipe em colaboração com este estudo, mas também foi retratada por outras equipes de trabalho em outros municípios.

Costa et al. (2015) apontam que:

Para compreender a rede de atenção a partir desta perspectiva integrada é necessária a superação de práticas fragmentadas, que acarretam na ausência do diálogo e de interação entre atores e setores que a constituem e em polarização entre serviços ambulatoriais ou hospitalares, sem comunicação entre os diferentes pontos de atenção (COSTA et al., 2015, p. 397).

Nesse sentido, coloca-se o questionamento sobre a prática de trabalho como uma prática de ação intersetorial ou se ela se refere apenas à manutenção de um sistema com diferentes serviços que contém ações setorializadas de cuidado. A discussão caminha sobre o quanto é necessário ampliar as ações para que envolvam diferentes saberes e diálogos, tanto da gestão quanto do saber técnico, abertos a ouvir o outro, a discutir as

reais necessidades do usuário do serviço e a compreender as complexidades que envolvem esse cuidado.

6.3 Enfatizando algumas discussões

Com base nas discussões apresentadas, conclui-se que as estratégias da intersectorialidade e das ações em rede configuram-se como centrais no debate a se pensar o cuidado aos usuários de droga. No entanto, encontram-se ainda longe de serem efetivas por não compreenderem seus preceitos como estabelecidos, estando mais no nível de discussões teóricas do que das ações reais, apesar da postura de alguns técnicos que advogam pela necessidade e pelo estabelecimento de tais princípios. Observa-se que se faz necessário um diálogo amplo, não apenas intra-serviços, mas por meio de uma proposta de um saber compartilhado entre gestão, serviços, usuário, família e comunidade, avançando para ações que reconheçam o território e suas relações como importantes elos da rede.

Além disso, fica evidente a insuficiência do setor saúde, uma vez que as redes e as dinâmicas presentes na vida das pessoas envolvem redes e setores diversos, incluindo arranjos informais que escapam à lógica das políticas sociais. Contudo, ainda em seu interior, é preciso o envolvimento de diversas “secretarias”, na representatividade das ações sociais em curso, com o intuito de caminhar para um cuidado efetivo para quem faz uso de drogas. O que, necessariamente, precisa avançar para além da RAPS.

Reflete-se aqui a necessidade de desenvolvimento de Fóruns e Seminários que consigam envolver a rede como um todo, não focando apenas na discussão do trabalho individualizado de cada serviço, mas numa ação que consiga lidar com a droga na complexa perspectiva multifatorial que a envolve, o que requer uma ação compartilhada não apenas entre os diferentes setores públicos e privados, mas também de forma aberta com toda a sociedade.

Ainda, centralizam-se os técnicos como atores fundamentais para esta discussão, buscando não “culpá-los” pelo processo em curso, bem como não glorificá-los na contraposição. Trata-se da assunção de sua centralidade para a efetividade de qualquer proposta em política social e, juntamente, admitir sua ambivalência na execução de seu papel técnico e político. Operam (operamos) de diferentes óticas e lugares que ocupam na sociedade. Ora sendo executores de uma ordem social que por vezes oprime e exclui, reproduzindo a desigualdade e o controle social, reproduzindo a opressão que sofrem do

sistema social de forma a efetivar uma lógica sem questionamento. Ora atuam pela mudança e a circulação de outros projetos que possibilitem ações integradas, efetivas, verdadeiramente em prol do outro e de suas possibilidades de existir social.

Gramsci (1982), Basaglia e Basaglia (1977) e Basaglia (1985) trazem em suas discussões teóricas a reflexão acerca da função do intelectual e do técnico na sociedade. Tal reflexão hoje traz contribuições sobre a necessidade de rever o papel central do profissional no que tange à problemática aqui exposta: as drogas. Compreende-se que se tem chamado parte da responsabilidade ao setor saúde, em especial a saúde mental, e que, assim, cabe àqueles que estão na base destes serviços a responsabilidade de operar um cuidado que vise à transformação ou à reprodução da ordem social. O saber técnico-científico possui o poder de conseguir operar sobre o outro práticas e ações que possam configurar ações de opressão ou de transformação. Assim, será o técnico, munido de sua cultura e de seus valores, de seus conhecimentos científicos e de sua disponibilidade a decidir qual caminho seguir. Porém, este mesmo técnico, precisa de apoio, capacitação e condições de trabalho para que, efetivamente, se possa falar em escolha.

O terapeuta ocupacional é um destes técnicos que compõe este cenário, seja nos serviços de saúde mental ou em outros setores de intervenção. Portanto, para esta categoria e as demais se coloca o desafio de se refletir sobre seu papel político para além da técnica a ser utilizada com esta população, uma vez que mais do que pensar na melhor técnica de reabilitação do indivíduo, torna-se necessário uma maior e melhor compreensão de toda a conjuntura social que envolve a problemática das drogas hoje em vigência.

Por fim, destaca-se a possibilidade de contribuição das ações intersetoriais, para as quais o terapeuta ocupacional é um profissional que contém conhecimentos específicos contributivos para articulação de redes, formais e informais. No que concerne à atenção às pessoas que fazem uso de drogas, buscando a constituição de serviços efetivos, não medicalizantes ou psicologizantes, que se voltem, verdadeiramente, para as necessidades e as possibilidades de quem faz uso de drogas atualmente na contemporaneidade.

7. CONCLUSÃO

Tendo em vista os objetivos propostos nesta pesquisa, este estudo buscou conhecer a estratégia de construção da RAPS a ser implantada numa Regional de Saúde do estado de São Paulo, sob a perspectiva dos técnicos trabalhadores dos serviços de saúde mental dos municípios que compõe aquela regional, especialmente, no que tange ao cuidado para com quem faz uso de drogas. Assim, no que se propôs enquanto objetivo, tal estudo apreendeu as estratégias de cuidados que estão em implantação na Regional de Saúde escolhida.

Além de conhecer as estratégias, foi possível traçar um panorama geral acerca das percepções dos técnicos trabalhadores do setor da saúde mental dos municípios que compõem a RAPS sobre a rede de cuidados dos usuários de drogas em seus municípios e sua inserção na estratégia regional. Realizou um levantamento de dados acerca dos serviços de cuidado a quem faz uso de drogas vislumbrando a necessidade de ampliação da RAPS, conforme perspectivas apontadas pelas normativas do Ministério da Saúde e pela DRS em seu documento de pactuação da RAPS.

A luz da conceituação teórica do técnico como agente de transformação social ou mantenedor da ordem vigente, por meio de suas respostas a perguntas dirigidas e pela escuta do diálogo de suas equipes, lançou-se algumas reflexões acerca do cuidado ofertado, tendo como parâmetro a articulação em rede proposta nas atuais leis e diretrizes em vigor. Neste sentido, observou-se a necessidade de avanço das diretrizes da RAPS para além do setor saúde, pensando numa estratégia dialogada com demais secretarias, uma vez que a problemática das drogas não é de responsabilidade exclusiva deste setor, demandando ações de outras secretarias, como a Assistência Social e a Defensoria Pública, para que se possa avançar, efetivamente, sob a perspectiva da intersetorialidade.

Tal estudo apontou a relevância do desdobramento de outras pesquisas que possam se aprofundar nas realidades estudadas e compreender mais qualitativamente a dinâmica do cotidiano dos serviços. Entretanto, na realidade estudada, pode-se dizer em princípio que há falhas relevantes no processo de implantação da RAPS e caminhos possíveis para se pensar sua qualificação e maior efetividade por meio da participação e envolvimento dos técnicos locais.

Destaca-se, também, a explicitação presente na portaria que regulamenta a RAPS acerca da necessidade do envolvimento dos serviços de atenção primária, em conjunto com aqueles denominados especializados. Para tanto, a discussão acerca da Estratégia de Saúde da Família e do papel das Unidades Básicas é fundamental para composição desta discussão. Contudo, o estudo em tela demonstrou a desconexão dos serviços de atenção especializada em saúde mental com a atenção primária em saúde, sendo que é urgente que as estratégias de implantação da RAPS englobem gestores e técnicos da atenção primária em saúde, sem os quais não haverá a tessitura da rede, o que não foi vivenciado no campo aqui descrito.

Portanto, há muito que se avançar para que a RAPS seja de fato implantada nesta Regional, e possivelmente em outras localidades, necessitando ainda de muitas reuniões e articulações em rede que de fato se proponham a criar estratégias de trabalho intersetorial que contrariem a lógica de encaminhamentos e internação, ainda fortemente presentes neste campo de estudo.

Conclui-se, portanto, que ainda estamos no início deste trabalho, porém no caminho, o qual deverá envolver todos os atores da rede e dependerá fundamentalmente dos executores desta ação: os técnicos, em suas funções de agentes de transformação social ou reprodutor do *status quo*, pois são a base para a efetividade da RAPS. Sem envolvimento de todos os trabalhadores não haverá a RAPS.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F., CASTRO, A. L. O exercício da sensibilidade da pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Revista Saúde e Sociedade**, v.3, n. 2, p. 172-185, 1994.

ADORNO, S. O social e a sociologia em uma era de incertezas. In: **Plural – Revista do Programa de Pós Graduação em sociologia da USP**. São Paulo, Editora da USP, numero quatro, p.1-27, 1997.

ALMEIDA, M. M. de; **A adesão de adolescentes ao tratamento para o uso de álcool e outras drogas: um bicho de sete cabeças**. / Marília Mastrocollo de Almeida- São Paulo: USP, 2010, 358p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

ALARCON, S. et al. **Território, território existencial e cartografia**. Texto de apoio. Caminhos do Cuidado/caderno do aluno. Ministério da Saúde: Secretaria da gestão do trabalho e da educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/08/caderno_do_aluno-leitura.pdf> Acesso em: 12 abr. 2015

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J.; Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

BARDI, G. **Histórias de vida na periferia: juventudes e seus entrecruzamentos/** Giovanna Bardi – São Carlos: UFSCar, 2013. 178f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

_____.; MALFITANO, A. P. S.; Pedrinho, religiosidade e prostituição: os agenciamentos de um ser ambivalente. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.23, n.1, p. 42-53. 2014.

BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Projeto Metuia: terapia ocupacional no campo social. **O Mundo da Saúde**, v. 26, n. 3, p. 365-69, 2002.

_____.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 2, p. 95-103, 2002.

_____.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Terapia Ocupacional Social: concepções e perspectivas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007a. p. 347-353.

_____.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Novos espaços, novos sujeitos: a Terapia Ocupacional no Trabalho Territorial e Comunitário. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007a. p. 354-363.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, O. F.; **Los Crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión.** Traducción de Juan Diego castillo com la colaboración de Maria Elena Petrilli y Marta Ortiz. Siglo XX editores, México, Argentina, Espanha, 1977.

_____.; **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Tradução de Heloisa Jahn – Rio de Janeiro. Edições Graal, 1985.

BEIRED, J. L. B. A função social dos intelectuais. In: AGGIO, A. **Gramsci: a vitalidade de um pensamento.** São Paulo: Ed. UNESP, 1998. p. 121-132

BOURDIEU, P., Participant Objectivation. **Journal of the Royal Anthropological Institute**, v.9, n.2, p. 281-294, 2003.

BRASIL. **Lei número 10216 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 26 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** 19 de fevereiro de 2002. Disponível: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Acesso em: 25abr2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília. 2004

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei número 11343 de 26 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em 29abr2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Casa Civil. Decreto n° 7.179 de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providencias.** Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>.

Acesso em: 07 set. 2015

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do SUS.**

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Efeitos de substâncias Psicoativas no organismo: módulo 2.** Brasil.2011

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas.** Brasília. 2012

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.** 26 de janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental.** Brasília, Editora MS, 1º ed. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial de crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília – DF, 2014.

BRITO, D. C.; BARP, W. J.; Ambivalência e medo: fases dos riscos na modernidade. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 10, nº 20, p. 20-47, jul-dez 2008

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, v. 43 (Supl.1), p. 16-22. 2009.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: CASTEL, R.; WANDERLEY, L. E. N.; BELFIORE, W. M. **Desigualdade e a questão social.** São Paulo: Educ, 2000. p.15-48.

_____. **As metamorfoses da questão social:** uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

COSTA, P. H. A.; 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. **Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas.** São Paulo. Editora Cortez. 2015. p. 41-66.

_____.; MOTA, D. C. B.; PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2): 395-406, 2015.

DELGADO, P. G. Entrevista exclusiva: Pedro Gabriel Delgado fala sobre crack. 2010. Disponível em: <http://coletivodar.org/2010/10/entrevista-exclusiva-pedro-gabriel-delgado-fala-sobre-crack/> Acessado em: 01abr2014.

_____. Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos. In: GRIGOLO, T. M.; PIRES, R. O. **Curso de Atualização em Álcool e outras drogas: da coesão a coerção**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. 2014. p.1-45

DUARTE, M. J. de O. Construindo a rede de cuidados na atenção à Saúde Mental, crack e outras drogas. In: MONNERAT, G. L., ALMEIDA, L. T., SOUZA, R. S. **A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais**. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014. p. 187-202.

FERNANDEZ, J. C. A. determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade. **Revista Saúde e Sociedade**, v.23, n.1, p.167-179, 2014.

FERREIRA, A. B .H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIORE, M. A. Medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: CARNEIRO, H., VENÂNCIO, R. P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda Casa Editorial, 2005. p. 257-90.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos**, v. 92, p. 9-2, 2012.

FLEURY, S.; OUVÉREY, A, M.; Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA L.; ESCOREI, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (organizadores). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008 p. 23-64.

GOMES, B. R.; CAPPONI, M. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: Conselho Regional de Psicologia (org.) **Álcool e outras drogas**. São Paulo: Conselho de Psicologia da 6ª Região, 2012. p. 9-14

GIL, G. ; FERREIRA, J. A cultura, o Estado e os diversos usos das drogas. In: LABATE, B. C. et al (orgs.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 9-12

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a Organização da Cultura**. Tradução: COUTINHO, C. N. 4º edição. Ed: Civilização Brasileira S. A. Rio de Janeiro – RJ, 1982.

IBGE, 2010. **Censo Demográfico de 2010**. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf> . Acesso em 01abr2014.

JUNQUEIRA, L. A. P.; A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor.

Saúde e Sociedade, v.13, n.1, p.25-36, 2004.

_____. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **RAP**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

LAHUERTA, M. Gramsci e os intelectuais: entre clérigos, populistas e Revolucionários (modernização e aticapitalismo) In: AGGIO, A. **Gramsci: a vitalidade de um pensamento**. São Paulo: Ed. UNESP, 1998. p.44-66

LAPORTE, T. J.; JUNQUEIRA, L. A. P.; A intersectorialidade nas políticas públicas sobre drogas. In: RONZANI, T. M.; et al. **Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo. Editora Cortez. 2015.p. 67-105.

LOPES, R. E.; SILVA, C. R.; MALFITANO, A. P. S. Adolescência e juventude de grupos populares urbanos no Brasil e as políticas públicas: apontamentos históricos. **Revista HISTEDBR On-line**, v. 23, p. 114-130, 2006.

_____. et al. Juventude pobre, violência e cidadania. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.3, p.63-76, 2008.

LORENZI-GUANAES, C. A construção do cuidado no diálogo entre usuários e profissionais de saúde. **Saúde & Transformação Social**, v.4, n.3 p.43-51, 2013.

MAGNANI, J. C. C. O (velho e bom) caderno de campo. **Revista Sexta-feira**, n. 1, p. 8-12, 1997.

MALFITANO, A. P. S. Intersetorialidade e a estratégia da atenção na rede de assistência á criança e ao adolescente. In: Eduardo José Manzini (Org.). **Educação especial e inclusão: temas atuais**.São Carlos: Marquezini& Manzini; Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial, 2013. p. 189-204.

_____. Experiências de Pesquisa: entre escolhas metodológicas e percursos individuais.**Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.2, p. 314-324. 2011.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Rev. Ter. Ocup. Universidade São Paulo**, v.16, n.1, p.22-30, jan/abr, 2005.

MARQUES, E. C.; Redes Sociais e Instituições na construção do estado e da sua permeabilidade. **Revista Brasileira Ciências Sociais**, v.14, n.41, p.45-67, 1999.

MONASTA, A. **Antonio Gramsci**. Tradução: Paolo Nosella – Recife: Fundação Joaquim Nabuco; Editora Massangana, 2010.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Intersetorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a Literatura atual. In: MONNERAT, G. L., ALMEIDA, L. T., SOUZA, R. S. **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. p.41-54.

NASCIMENTO, S. do; Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas.

Rev. Serv. Soci. Soci, n.101, p.96-120, 2010.

NOSELLA, P. **A escola de Gramsci**. 3º edição. Re. Atual – São Paulo. Cortez, 2004.

PACHECO, R. P. **Os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo**/ Rodrigo Pinto Pacheco - São Paulo, USP, 2009, 168p. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009.

PALOMO, V.; **A dependência química é de uma minoria**. In: Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=542> acesso em 27 de abril de 2014 às 22:44

PECHANSKY, F. **O uso de bebidas alcoólicas em adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre: características de consumo e problemas associados..** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1993.

PEREIRA, P. E.; MALFITANO, A. P. S. Recursos Metodológicos para a apreensão de universos de adolescentes e jovens: um enfoque na questão das drogas. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 3, p. 334-340, 2012.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. In: MONNERAT, G. L., ALMEIDA, L. T., SOUZA, R. S. et al. **A intersectorialidade na agendas das Políticas Sociais**. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014. p.23-39.

PITTA, A. M. F.; Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência &Saúde Coletiva**, 16 (12). 4579-4589, 2011.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estudos de Psicologia**, v. 26, n. 4, p. 445-454. 2009.

RODRIGUES, T. **Tráfico, guerras e despenalização**. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=537>. Acesso em 27 abr 2014.

RONZANI, T. M.; et al. **Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. São Paulo. Editora Cortez. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Diagnóstico da Região de Saúde de Araras**. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no estado de São Paulo. Campinas, Unicamp, 2009 (a).

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Diagnóstico da Região de Saúde de Limeira**. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no estado de São Paulo. Campinas, Unicamp, 2009 (b).

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Diagnóstico da Região de Saúde de Piracicaba**. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no estado de São Paulo. Campinas, Unicamp, 2009 (c).

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Diagnóstico da Região de Saúde de Rio Claro**. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no estado de São Paulo. Campinas, Unicamp, 2009 (d).

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa da Saúde**. SES/SP, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude>

_____. Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, institui o Programa estadual de enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. Governo do estado de São Paulo. Secretaria estadual de Saúde. 2013.

SANTOS, M. O retorno do território”. In: SANTOS, M., SOUZA, M. A A e SILVEIRA, M. L. (Orgs). **Território, Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec. 1998. p.15-20.

SANTOS, V. E., SOARES, C. B. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 2, p. 38-54, 2013.

SCADUTTO, A. A., BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 605-14, 2009.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C. et al (orgs.) **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13-21

SPOSITO, M. P. Trajetórias na constituição de políticas públicas de juventude no Brasil. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. de C (Orgs.). **Políticas públicas: juventude em pauta**. São Paulo:Cortez, Ação Educativa, Fundação Friedrich Ebert, 2003. p. 57-75.

TORCATO, C. E. M.; et. al. Editorial. **Rev. Saúde e Transformação Social**. Florianópolis. V.4, n.2; p.i-iv. 2013

VASTERS, G. P. **Trajetórias de adolescentes usuários de drogas em um serviço especializado: do primeiro uso ao tratamento**. Ribeirão Preto, USP, 2009, 139p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

VINHA, I. R.; **Panorama da Assitência em saúde Mental a Pessoas que fazem uso de substâncias Psicoativas na Região de Saúde de Piracicaba- São Paulo**. 120 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Dependência Química). Unifesp. São Paulo. 2008.

WARSCHAUERF, M.; CARVALHO, Y. M. de; O conceito de “intersectorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa *Lazer e Saúde* da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade**, v.23, n.1, p.191-203. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro de entrevista

Coordenador regional de Saúde Mental

Formação Profissional

Tempo de Atuação no cargo

1. Como foi que o Senhor assumiu o cargo de coordenação regional de saúde mental na DRS?
2. Como a RAPS vem se organizando para implantar e discutir as estratégias de atenção e cuidado ao usuário de drogas nesta regional?
3. Existe algum registro ou documento oficial com as diretrizes e protocolos de funcionamento destas ações?
4. Quais destas ações você destacaria como as mais efetivas?
5. Quais serviços são envolvidos nestas ações? E como eles vêm se articulando numa discussão que permeia o caminho de rede de Atenção e cuidado ao usuário de drogas?
6. Nesta compreensão, o que você entende por rede? E qual a interferência deste conceito na dinâmica da regional de saúde mental?
7. Para a temática das drogas, quais os serviços você entende que deveriam estar relacionados na discussão sobre uma rede de atenção e cuidado a pessoa que faz uso prejudicial de drogas?
8. Como vem sendo tratado a questão da internação dos usuários de drogas, em especial de crianças e adolescentes com medidas de internação compulsória nesta Regional? Quais ações e estratégias ?
9. A partir da proposta da estruturação da RAPS nos municípios desta regional, qual deverá ser o fluxograma de atendimento ao usuário de drogas?
10. Como você entende a questão das Drogas?
11. Espaço livre para complementar sobre o assunto.

APÊNDICE 2

Questionário Coordenadores Municipais de Saúde Mental

Município em que trabalha: _____

Tempo de atuação no cargo: _____

Formação Profissional: _____

1. No município em que trabalha, tem sido implantada alguma estratégia de atenção e cuidado ao usuário de drogas? () Sim () Não
Se Sim, qual a Política que vem sendo implantada?

2. Dentre as ações previstas nesta Política, quais estratégias vêm sendo feitas?

3. Quais das ações listadas abaixo são direcionadas e tomadas, nestas estratégias?

- () Atendimento no CAPS ad
() Atendimento no Ambulatório de Saúde Mental
() Consultórios de Ruas
() Práticas de Redução de Danos
() Parcerias com Comunidades Terapêuticas
() Parcerias com Igrejas e grupos religiosos
() Ampliação do serviço de Urgência/Emergência
() Ampliação dos leitos em hospital Psiquiátrico
() Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial
() Ampliação dos Leitos em Hospital geral
() Parcerias com outras secretarias além da Saúde
() Outros. Quais?

4. Uma das diretrizes é a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) onde esta deve propor uma discussão regional sobre os serviços a serem criadas e estruturadas no cuidado ao usuário de drogas. Desta forma, você participa das reuniões da RAPS? () **Sim** () **Não**

5. Se SIM, de que forma você têm articulado estas ações em seu município e quais os principais desafios encontrados nesta estruturação?

6. Nesta estruturação, quais serviços são pensados e incluídos como parte da Rede de Atenção e cuidado ao usuário de drogas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CAPS I | <input type="checkbox"/> Medidas Sócio |
| <input type="checkbox"/> CAPS II | Educativas |
| <input type="checkbox"/> CAPS III | <input type="checkbox"/> Comunidades |
| <input type="checkbox"/> CAPS ad | terapêuticas |
| <input type="checkbox"/> CAPS i | <input type="checkbox"/> Grupos de Apoio |
| <input type="checkbox"/> Unidade de | (NA/AA) |
| Acolhimento | <input type="checkbox"/> Grupo de Apoio aos |
| <input type="checkbox"/> Consultório de Rua | familiares |
| <input type="checkbox"/> SAMU | <input type="checkbox"/> UBS/PSF |
| <input type="checkbox"/> Centro de | <input type="checkbox"/> Escola |
| Convivência | <input type="checkbox"/> Polícia Militar |
| <input type="checkbox"/> Leitos em Hospital | <input type="checkbox"/> Promotoria Pública |
| geral | <input type="checkbox"/> Sistema Penitenciário |
| <input type="checkbox"/> CRAS | |
| <input type="checkbox"/> CREAS | |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? | |

7. Como é pensado o fluxograma de atendimento ao usuário de drogas, na construção da rede de atenção no município em que coordena?

8. Você acredita que a Questão das Drogas seja um problema da:

- Saúde
- Segurança Pública
- Assistência Social
- Desenvolvimento Econômico
- Educação
- Justiça
- Outros _____

APÊNDICE 3

Questionário Técnicos de Saúde Mental

Município em que trabalha: _____

Tempo de atuação no cargo: _____

Formação Profissional: _____

1. Na Regional de Saúde em que trabalha, tem sido implantada alguma estratégia de atenção e cuidado ao usuário de drogas? () Sim () Não () Parcialmente

2. Você concorda com as estratégias implantadas no enfrentamento à questão das drogas da atual política de seu município? () Sim () Não () Parcialmente

3. Quais das ações listadas abaixo estão envolvidas nas estratégias municipais?
 Atendimento no CAPS-ad
 Atendimento no Ambulatório de Saúde Mental
 Consultórios de Ruas
 Práticas de Redução de Danos
 Parcerias com Comunidades Terapêuticas
 Parcerias com igrejas e grupos religiosos
 Ampliação do serviço de Urgência/Emergência
 Ampliação dos leitos em hospital psiquiátrico
 Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial
 Ampliação dos leitos em hospital geral
 Parcerias com outras secretarias além da saúde
 Outros. Quais?

4. Uma das diretrizes nacional é a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) onde esta deve propor uma discussão regional sobre os serviços a serem criados e estruturados no cuidado ao usuário de drogas. Você tem conhecimento da RAPS? () Sim () Não

5. Se Sim, você já participou de alguma reunião de estruturação da RAPS?
() Sim () Não

6. Em sua opinião, quais serviços deveriam ser pensados e incluídos como parte da Rede de Atenção e cuidado ao usuário de drogas:
 CAPS I
 CAPS II
 CAPS III
 CAPS ad
 CAPS i
 Unidade de Acolhimento

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consultório de Rua | <input type="checkbox"/> Grupo de Apoio aos familiares |
| <input type="checkbox"/> SAMU | <input type="checkbox"/> UBS/PSF |
| <input type="checkbox"/> Centro de Convivência | <input type="checkbox"/> Escola |
| <input type="checkbox"/> Leitos em hospital geral | <input type="checkbox"/> Polícia Militar |
| <input type="checkbox"/> CRAS | <input type="checkbox"/> Promotoria Pública |
| <input type="checkbox"/> CREAS | <input type="checkbox"/> Sistema Penitenciário |
| <input type="checkbox"/> Medidas Sócio Educativas | <input type="checkbox"/> Ambulatório de Saúde Mental |
| <input type="checkbox"/> Comunidades terapêuticas | |
| <input type="checkbox"/> Grupos de Apoio (NA/AA) | |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ | |

7. Quais serviços atuam efetivamente na rede de atenção e cuidado ao jovem usuário de drogas em seu município?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CAPS I | <input type="checkbox"/> CREAS |
| <input type="checkbox"/> CAPS II | <input type="checkbox"/> Medidas Socioeducativas |
| <input type="checkbox"/> CAPS III | <input type="checkbox"/> Comunidades terapêuticas |
| <input type="checkbox"/> CAPS ad | <input type="checkbox"/> Grupo de Apoio (NA/AA) |
| <input type="checkbox"/> CAPS infantil | <input type="checkbox"/> Escola |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Acolhimento | <input type="checkbox"/> Polícia Militar |
| <input type="checkbox"/> Consultório de Rua | <input type="checkbox"/> Promotoria Pública |
| <input type="checkbox"/> SAMU | <input type="checkbox"/> Sistema Penitenciário |
| <input type="checkbox"/> Centro de Convivência | <input type="checkbox"/> UBS/ESF |
| <input type="checkbox"/> Leitos em Hospital geral | <input type="checkbox"/> Ambulatório de Saúde Mental |
| <input type="checkbox"/> CRAS | |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ | |

8. Você acredita que a Questão das Drogas seja um problema da:

- Saúde
- Segurança Pública
- Assistência Social
- Desenvolvimento Econômico
- Educação
- Justiça
- Outros _____

9. Em relação à internação para usuários de drogas, você concorda?

- Sim Não Parcialmente

10. Se sim, qual o local você acha que deveriam ocorrer as internações em seu município?

Hospital Psiquiátrico

Comunidades terapêuticas

CAPS III

Unidades de Acolhimento

Hospital geral

Outros. Quais? _____

11. E no caso de crianças e adolescentes, você concorda com a internação?

Sim Não Parcialmente

12. Se sim, qual o local em que estas internações deveriam ocorrer em seu município?

Hospital Psiquiátrico

Comunidades terapêuticas

CAPS III

Unidades de Acolhimento

Hospital geral

Outros. Quais? _____

13. Deixe sua opinião sobre o tema das drogas e juventude

APÊNDICE 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
portador de R.G _____ declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa: **“JUVENTUDE E DROGAS: PERSPECTIVAS DE UM TRABALHO EM REDE, NO CUIDADO AO JOVEM, A PARTIR DA VISÃO DO TÉCNICO DE SAÚDE”**⁴, que tem o objetivo de analisar e compreender, a partir da visão dos técnicos dos serviços de saúde mental da Rede Regional de Saúde 14 do estado de São Paulo (RRAS 14), quais estratégias são planejadas e implementadas para a promoção do trabalho em rede nas ações com jovens usuários de drogas.

Fui informado que minha contribuição na pesquisa se dará de forma a responder o questionário/entrevista a ser realizada no intuito de coleta de dados. **Estou ciente de que as informações obtidas, bem como o anonimato dos meus dados, serão mantidos em sigilo, sendo utilizados somente para o desenvolvimento desta pesquisa. Estou ciente que não há procedimento invasivo nessa etapa da pesquisa.**

Ao participar da pesquisa poderei ter risco moral, uma vez que minha opinião será escutada e avaliada, podendo ter o risco do julgamento moral pelos demais participantes da pesquisa, entretanto ressalva-se que independente de minha opinião, meus dados serão reservados ao anonimato e que os resultados divulgados não irão expor meu nome nem o serviço em que trabalho, e apenas será analisado enquanto número e porcentagem de participantes, identificando-me pela minha formação profissional, não correlacionando com a instituição e/ou cidade pois estes dados também não serão divulgados. Estou ciente que os procedimentos serão realizados em local e hora agendado e que o pesquisador irá até o local de trabalho do colaborador, não implicando em custos na participação.

⁴ Título inicial da pesquisa. Houve alteração do título da pesquisa nas etapas de qualificação e defesa. Mantem-se aqui o modelo de documento original assinado pelos colaboradores do estudo.

Fui informado que o estudo será desenvolvido por pesquisadores da **Universidade Federal de São Carlos**, sob orientação do **Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano** e concordo em participar desta pesquisa.

Estou ciente também que tenho total liberdade para recusar participar da pesquisa, retirando meu consentimento a qualquer momento, se assim eu desejar, sem que me ocorram quaisquer prejuízos.

Concordo também com a divulgação dos resultados provenientes da pesquisa, sendo resguardado o direito de sigilo à identidade institucional e pessoal dos envolvidos. O pesquisador responsável garantiu-me que será mantido o anonimato quanto às informações pessoais, e que se houver alguma dúvida poderei pedir esclarecimentos a qualquer momento.

Quanto à divulgação dos resultados provenientes da pesquisa, e sendo resguardado o direito de sigilo à identidade pessoal, dou o seguinte manifesto em relação à veiculação de fotos e filmagens contendo situações envolvendo minha pessoa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

() Concordo () Discordo

São Carlos – SP, __/__/____.

Assinatura do participante

Informações para contato:

Brena Talita Cuel

Aluno responsável

Email: brenacuel@yahoo.com.br

Telefone para contato: (19) 99962-6278

APÊNDICE 5



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
portador de R.G _____ declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa: **“CAMINHOS DA REDE: A EXPERIÊNCIA DE UMA REGIONAL DE SAÚDE, NO CUIDADO A QUEM FAZ USO DE DROGAS, A PARTIR DA VISÃO DO TÉCNICO DE SAÚDE”⁵**, que tem o objetivo de analisar e compreender, a partir da visão dos técnicos dos serviços de saúde mental da Rede Regional de Saúde 14 do estado de São Paulo (RRAS 14), quais estratégias são planejadas e implementadas para a promoção do trabalho em rede nas ações com os usuários de drogas.

Fui informado que minha contribuição na pesquisa se dará de forma a participar da apresentação dos dados e de sua discussão, enfocando os resultados do município que atuo. As discussões decorrentes deste processo contribuirão com a coleta de dados da referida pesquisa. Estou ciente que se fará da utilização de recursos audiovisuais para melhor registro da conversa e que estas imagens e áudios não serão disponibilizados em acesso público, servindo apenas como recurso para registrar e arquivar os dados da pesquisa. **Estou ciente de que as informações obtidas, bem como o anonimato dos meus dados, serão mantidos em sigilo, sendo utilizados somente para o desenvolvimento desta pesquisa. Estou ciente que não há procedimento invasivo nessa etapa da pesquisa.**

Ao participar da pesquisa poderei ter risco moral, uma vez que será emitida minha opinião, entretanto ressalva-se que, independente de minha opinião, meus dados serão reservados ao anonimato e que os resultados divulgados não irão expor meu nome nem o serviço em que trabalho e apenas será analisado enquanto número e

⁵Título inicial da pesquisa. Houve alteração do título da pesquisa nas etapas de qualificação e defesa. Mantem-se aqui o modelo de documento original assinado pelos colaboradores do estudo.

porcentagem de participantes, identificando-me pela minha formação profissional, não correlacionando com a instituição e/ou cidade. Estou ciente que os procedimentos serão realizados em local e hora agendados e que o pesquisador irá até o local de trabalho do colaborador, não implicando em custos na participação.

Fui informado que o estudo será desenvolvido por pesquisadores da **Universidade Federal de São Carlos**, sob orientação do **Profa. Dra. Ana Paula Serrata Malfitano**, e concordo em participar desta pesquisa.

Estou ciente também que tenho total liberdade para recusar participar da pesquisa, retirando meu consentimento a qualquer momento, se assim eu desejar, sem que me ocorram quaisquer prejuízos.

Concordo também com a divulgação dos resultados provenientes da pesquisa, sendo resguardado o direito de sigilo à identidade institucional e pessoal dos envolvidos. Se houver alguma dúvida, poderei pedir esclarecimentos a qualquer momento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, sob Processo no. 3506814.5.0000.5504.

() Concordo () Discordo

São Carlos – SP, ___/___/____.

Informações para contato:

Brena Talita Cuel

Aluno responsável

Email: brenacuel@yahoo.com.br

Telefone para contato: (19) 99962-6278

Assinatura do participante