

## Funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento a usuários de *crack*

Operation of a Psychosocial Care Center for the treatment of crack users

Funcionamiento de un Centro de Atención Psicosocial para tratamiento de los usuarios de *crack*

Leandro Barbosa de Pinho;<sup>1</sup> Débora Schlotefeldt Siniak;<sup>2</sup> Aline Basso da Silva;<sup>3</sup> Laura Borges Araújo;<sup>4</sup> Brenda Folador<sup>5</sup>

### Como citar este artigo:

Pinho LB, Siniak DS, Silva AB, Araújo LB, Folador B. Funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento a usuários de crack. Rev Fund Care Online. 2017 out/dez;9(4):1099-1106. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1099-1106>

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) para o atendimento a usuários de *crack*. **Métodos:** Trata-se de um recorte da pesquisa “ViaREDE”. Possui natureza avaliativa, do tipo estudo de caso, baseando-se na utilização da avaliação de quarta geração como referencial teórico-metodológico. **Resultados:** o CAPS AD é apontado enquanto um serviço potente na rede de atendimento ao usuário de *crack*. Destaca-se a importância da porta aberta do serviço para garantia do acesso universal e comprometido com o usuário. Outras questões discutidas são a necessidade de fortalecimento da rede intersetorial e a ampliação de horários de funcionamento do serviço. **Conclusão:** A análise do funcionamento do serviço contribuiu para pensarmos a constituição cotidiana da rede, bem como a capacidade reformadora dos dispositivos de cuidado.

**Descritores:** Saúde mental, Cocaína, *Crack*, Serviços de saúde, Desinstitucionalização, Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the functioning of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS ad) for the treatment of crack users. **Methods:** This is a part of the research “ViaREDE”. Has an evaluative nature, the type case study, based on the use of the assessment of Fourth Generation as theoretical-methodological framework. **Results:** CAPS AD is pointing as a service powerful in the service network to the user of crack cocaine. It highlights the importance of open door of service to guarantee universal access and committed to the user. Other issues discussed are the need to strengthen the network intersectorial and extension of hours of operation of the service. **Conclusion:** The analysis of the operation of the service helped to think through the constitution of daily network, as well as the ability to undertake reform of care.

**Descriptors:** Mental health, Crack, Cocaine, Health services, Deinstitutionalization, Nursing.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Professor adjunto da Escola de Enfermagem (EENF) e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: <lbpinho@uol.com.br>.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS. Professora assistente da Universidade Federal do Pampa (Unipampa). E-mail: <debynha33@hotmail.com>.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PPGENF/UFRGS. E-mail: <aline\_basso@hotmail.com>.

<sup>4</sup> Enfermeira graduada pela EENF/UFRGS. E-mail: <laura.ba@hotmail.com>.

<sup>5</sup> Enfermeira graduada pela EENF/UFRGS. E-mail: <brendafolador@hotmail.com>.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el funcionamiento de un Centro de Atención Psicossocial para el consumo de alcohol y otras drogas (CAPS ad) para el tratamiento de los usuarios de *crack*. **Métodos:** Se trata de una parte de la investigación "ViaREDE". Tiene un carácter evaluativo, el tipo estudio de caso, basado en el uso de la evaluación de cuarta generación como marco teórico-metodológico. **Resultados:** El CAPS AD mientras un potente servicio en la red de servicio a los usuarios de cocaína *crack*. Subrayamos la importancia de la puerta de servicio para garantizar el acceso universal y comprometido con el usuario. Otros temas discutidos son: la necesidad de reforzar la red intersectorial y ampliación del horario de funcionamiento del servicio. **Conclusión:** El análisis de la operación del servicio ayudó a pensar a través de la constitución de la red de diarios, así como la capacidad de emprender la reforma de la atención.

**Descriptor:** Salud mental, *Crack*, Servicios de salud, Desinstitucionalización, Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A recente introdução de dispositivos inovadores na composição de redes de atenção psicossocial no Brasil vem projetando o saber e o fazer dentro do campo psiquiátrico. Fruto da consolidação do movimento da reforma psiquiátrica,<sup>1</sup> tem-se hoje o território como o *locus* do cuidado, longe das configurações anteriores de um modelo cristalizado, centralizado nas estruturas manicomial, de caráter excludente e que impedia o exercício da autonomia do indivíduo.

É nesse sentido que se coloca a reforma psiquiátrica como um campo aberto e que proporciona a visualização de um novo paradigma na saúde mental. É dizer que a reforma imprime, na realidade brasileira, novos processos de trabalho e uma organização dos serviços de saúde em formato de redes, redes estas capazes de trabalhar não apenas com os aspectos individuais do sujeito, mas também com a premissa de que ele possa habitar o seu circuito social, circular por esse território amplo e complexo.<sup>2</sup> Mas, mesmo diante das inovações testemunhadas, há especificidades do campo da saúde mental ainda desafiadoras para o sistema de saúde, como no caso do uso de drogas.

Dentro desse contexto, destacamos o uso do *crack* como uma necessidade candente dentro das políticas de saúde mental. Trata-se de uma droga que gera inúmeros prejuízos sociais ao usuário, entre eles perda de emprego, promiscuidade, ruptura de vínculos, violência e outros danos cognitivos importantes, colocando-o em situação de risco e vulnerabilidade.<sup>3</sup> No entanto, a despeito da especificidade da substância, visualizamos que qualquer abordagem a usuários de *crack* não é diferente das intervenções relacionadas a outras drogas.

Vale ressaltar que, desde 2010, o Brasil vem se sensibilizando para a necessidade de estabelecer diálogos sobre o cuidado a indivíduos com problemas decorrentes do consumo de drogas e, em nosso caso, do *crack*. A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso a Tratamento em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas são exemplos de iniciativas para o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, tratamento e educação do usuário. Esses

instrumentos consideram que o fenômeno do uso de drogas é complexo, multifatorial, sendo primordial fortalecer a rede de serviços de saúde mental com a participação de diferentes dispositivos, como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD).<sup>4</sup>

Como dispositivos estratégicos no cuidado em saúde mental e regulamentados pela Portaria nº 336/2002, do Ministério da Saúde (MS), os CAPS são responsáveis pela oferta de cuidados a indivíduos com transtornos mentais graves, severos e persistentes. No caso do uso de drogas, o CAPS AD é o serviço de referência, despontando como articulador da rede substitutiva ao manicômio e que trabalha com o sujeito, também no sentido de problematizar os reflexos do uso da substância, além da relação que o indivíduo estabelece com ela.<sup>5</sup>

Nesse sentido, consideramos que é preciso investir fortemente em um cuidado que contemple as múltiplas facetas relacionadas ao uso do *crack*. Não se pode negar que há simbolismos, desejos, escolhas e riscos envolvidos nesse processo. Mas é importante fugir do um discurso organicista, que muitas vezes insiste em reduzir esse uso e associá-lo ao comportamento compulsivo e desorganizado do usuário.

A discussão que propomos neste estudo perpassa uma perspectiva que problematize a relação do indivíduo com a droga, valorizando o sujeito, sua escolha e seu desejo. Sinalizamos a necessidade de evitar intervenções focadas, ampliando nosso saber/fazer. É nesse sentido que se valoriza o plural e o singular, o que, conseqüentemente, envolve uma série de transformações e mudanças relevantes no cotidiano dos serviços de saúde mental, ao introduzir novos olhares, novas formas de organização e funcionamento.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo analisar o funcionamento de um CAPS AD para o atendimento a usuários de *crack*.

## MÉTODOS

Trata-se de um recorte da pesquisa "Avaliação qualitativa da rede de serviços em saúde mental para atendimento a usuários de *crack* (ViaREDE)", financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e MS. Possui natureza avaliativa, do tipo estudo de caso, baseando-se na utilização da avaliação de quarta geração como referencial teórico-metodológico.<sup>6</sup>

A avaliação de quarta geração é uma avaliação construtivista e responsiva, que, por meio de um processo interativo, procura descobrir e analisar os diferentes pontos de vista, de modo a poder interpretar os consensos e dissensos dos grupos de interesse.<sup>6</sup>

O cenário do estudo foi o CAPS AD do município de Viamão/RS. Trata-se de um CAPS AD II, que funciona das 8h às 18h, de segunda a sexta. É o serviço de referência para atendimento a usuários de *crack* no município.

Os sujeitos do estudo foram oito trabalhadores do CAPS AD, dez usuários do serviço, 11 familiares de usuários e sete gestores do sistema. Eles foram escolhidos a partir da definição de critérios de inclusão, sendo eles:

- Gestores e trabalhadores – trabalhem no CAPS AD e na gestão de saúde mental do município há pelo menos seis meses;
- Usuários – frequentarem o CAPS AD ou já terem frequentado outro serviço da rede de saúde mental em função do uso de *crack*; estarem com boas condições clínicas e de comunicação e que se dispusessem voluntariamente a participar da pesquisa;
- Familiares – acompanhem ou terem acompanhado algum parente, usuário de *crack*, em atendimento no CAPS AD e em outro ponto da rede de serviços de saúde mental.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2013, por meio de observações de campo e entrevistas. As observações de campo totalizaram 189 horas, sendo registradas em um diário de campo. Em relação às entrevistas, foram realizadas 36 ao todo.

As entrevistas foram realizadas com a aplicação do círculo hermenêutico dialético. É hermenêutico porque é interpretativo, e dialético porque representa a comparação e o contraste das visões, para a realização de um alto nível de síntese.<sup>6</sup> Cada grupo de interesse respondeu a um roteiro prévio, seguindo a questão norteadora geral do projeto, que era: qual a avaliação que os grupos de interesse fazem sobre a rede de serviços de saúde mental para o atendimento do usuário de *crack*?

Assim, o respondente inicial  $R_1$  participa de uma entrevista aberta para determinar uma construção inicial em relação ao foco da pesquisa. É questionado e convidado a construir, descrever e comentar. Ao término da entrevista, é solicitado ao respondente que indique outro respondente, chamado  $R_2$ .<sup>6</sup>

Os temas centrais, concepções, ideias, valores, preocupações e questões propostas por  $R_1$  são analisados pelo pesquisador, formulando uma construção designada  $C_1$ . Entrevista-se o segundo respondente ( $R_2$ ) e, caso alguma construção abordada por  $R_1$  não seja contemplada por  $R_2$ , convida-se  $R_2$  a comentá-la. A entrevista de  $R_2$  produz informações de  $R_2$  e uma crítica da construção de  $R_1$ . O pesquisador conclui a segunda análise, resultando em  $C_2$ , uma construção mais sofisticada e informada, e assim sucessivamente, até finalizar a coleta de dados.<sup>6</sup>

O método utilizado exigiu que a análise e a coleta de dados fossem processos paralelos, um direcionando o outro, baseado no método comparativo constante.<sup>7</sup>

Após a coleta de dados e a organização das construções de cada grupo, realizou-se a etapa da negociação. Foram reunidos os entrevistados, sendo apresentado o resultado provisório da análise dos dados, para que pudessem ter acesso à totalidade das informações e tivessem a oportunidade de modificá-las ou de afirmar a sua credibilidade.<sup>6</sup>

A partir da negociação, os pesquisadores procederam à etapa final de análise dos dados. Nela, as questões surgidas foram reagrupadas, permitindo a construção de categorias temáticas. Os resultados deste estudo foram organizados a partir da temática “acesso à rede”, no qual convergiram questões relacionadas ao funcionamento dos serviços e à avaliação individual dos componentes da rede de atenção psicossocial. Nesse ponto, o CAPS AD foi avaliado em

relação ao seu funcionamento dentro dessa composição. Apresentaremos os resultados desta análise.

O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), recebendo parecer favorável à execução (Protocolo nº 20.157/2011). Foi também, por solicitação do CEP/UFRGS, avaliado pelo Conep/MS, recebendo parecer favorável à sua execução (Parecer nº 337/2012).

Foi também garantido o anonimato dos sujeitos do estudo e respeitados todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, como é preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assim como foi respeitada a decisão de desistência por parte dos pesquisados, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para isso, os integrantes da equipe foram identificados com a inicial E, os gestores com a inicial G, os usuários com a inicial U e os familiares com a inicial F, seguidos da ordem em que apareceram na entrevista. Exemplo: E6, U3, F11, G4.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns aspectos em relação ao funcionamento do CAPS AD para o atendimento a usuários de *crack* têm sentido na própria forma de organização das práticas. O estudo evidenciou que há dois grandes pilares nesse contexto: o uso de tecnologias reveladoras da importância do sujeito no processo de cuidado e a facilitação do acesso, com a garantia do funcionamento de porta aberta.

Em relação às tecnologias de cuidado oferecidas pelo CAPS, os grupos de interesse mencionaram que ele é a principal referência para o atendimento a usuários de *crack* em Viamão, considerando-o como a porta de entrada na rede.

Como porta de entrada para usuários de *crack*, eu volto a dizer que a gente tem hoje no município o CAPS AD, em muitos momentos eles acabam indo em outros CAPS porque acaba em alguns casos assim tendo transtorno e a dependência junto, então às vezes o próprio CAPS de CAPS II, que atendem transtorno mental acabam sendo uma porta de entrada, mas a gente sempre tem como foco para porta de entrada o CAPS AD. E aí depois, bom, tem outros braços que a gente chama né, daí sim é própria unidade do hospital do município. [...] Acho que um dos fatores como porta de entrada a gente tem o serviço do CAPS e do próprio Hospital que hoje se dá dentro do município (G2).

Bom, em Viamão o principal dispositivo de cuidado, de atenção é o CAPS, é um serviço de referência, eu acho que ele já está nesse lugar de referência, ele ainda não está colocado como um serviço regulador, que acho que é um avanço que a gente precisa construir, porque o CAPS acho que é um regulador do serviço de atenção (E7).

Ela deu encaminhamento direto pra cá. Daí a gente venho. Já fez a acolhida e já começou a fazer (tratamento). Foi o primeiro lugar que a gente procurou (F3).

Eu acredito que a porta de entrada pro usuário de *crack* é os CAPS. [...] Eu não posso dizer que a porta de entrada seja a entrada das unidades, a porta de entrada são os CAPS em função disso porque se eu encarar a porta de entrada como um acolhimento, como uma escuta apropriada e um encaminhamento da problemática a porta de entrada são os CAPS aqui (G3).

Em sendo a porta de entrada, o próprio CAPS é levado a organizar-se a partir de lógicas diferenciadas de atendimento. Avaliado como um serviço que vai além da questão orgânica, o CAPS ouve, acolhe o usuário e compreende a relação que ele estabelece com a droga, sem julgamentos precipitados ou planos prescritivos.

Aqui estes usuários são acolhidos como um sujeito que chega em busca de uma ajuda, que tem, ah é visto com a complexidade da vida, mas tem essa especificidade que está buscando um auxílio para esta questão específica, que é o prejuízo que o uso de algumas substâncias está causando na sua vida e este prejuízo normalmente não vem como uma questão orgânica que as pessoas dizem (E1).

Fui bem atendida aqui [no CAPS]. Eles foram lá em casa também. Visitaram e tudo mais (F1).

Quantas vezes o CAPS saiu daqui, foi até lá fazer visita pro [nome do usuário] no São Pedro. [...] Então é assim, uma corrente, o CAPS e o Hospital onde o paciente vai estar. Se o paciente vai estar se tratando aqui, o CAPS nunca abandonou ele. [...] O CAPS ligava pra lá [...]. Deixavam de fazer outras coisas pra levar ele. Eles apoiavam a gente muito (F5).

Aqui eles tentam saber como é que tu está, teu dia a dia, como tu está conseguindo te manter, dialogar. Onde mais a gente tenta aprender alguma coisa é no grupo, onde cada um fala um pouquinho de si, é quando tu vai analisando aquilo ou fica muitas vezes gravado o que o colega falou, aí tu fica pensativo se aconteceu isso daí com ele eu vou tentar fazer diferente, se eu puder desviar daquele caminho eu não vou poder passar por lá. Por mais que, automaticamente tua cabeça vá naquele sentido, tu vai contra, tenta fazer algo ou ocupar a cabeça, converso muito com as pessoas (U2).

Acho bom [...]. É a melhor maneira como eles tratam os pacientes: conversar. [...] Aqui eu faço minha atividade estratégica e conduta de grupo (U5).

A gente [CAPS] trabalha e prioriza trabalhar na lógica da redução e não da abstinência como algo totalitário de que ela tenha que acontecer de forma imediata, que todas as nossas intervenções estejam pautadas né. Isso como grande ação, mas sim como projeto de vida de cada sujeito porque a gente acredita também de que todos nós temos quando conseguimos entrar em contato com os nossos desejos, com a vida, os desafios que a vida coloca, dependendo do momento a gente pode se

atrapalhar com isso, e se perder às vezes do nosso desejo, do nosso projeto (G1).

A reforma psiquiátrica vem com o propósito de transformação do paradigma psiquiátrico, despertando a criação de mudanças no atendimento, no âmbito cultural, político, conceitual e assistencial.<sup>8</sup> Nesse sentido, a impressão de novas características à prática assistencial em saúde mental precisa estar articulada à adoção de novos modelos, que correspondam à necessidade do sujeito, sua compreensão sobre o processo que o leva ao uso da droga, longe de processos tutelares que castram o potencial do sujeito.<sup>9</sup>

Desta forma, a invenção é a característica mais marcante dos novos serviços de saúde mental. Consideramos que, diante disso, despontam novas tecnologias que estabeleçam vínculos mais precisos e duradouros com os sujeitos. Nesse caso, a escuta sensível, o “atender bem” e o compromisso institucional com o indivíduo deslocam o cuidado centrado na doença para aquele que respeita a singularidade do sujeito.<sup>10</sup> É assim que é possível produzir saúde, como uma capacidade inerente dos serviços de se adaptar à nova realidade para gerarem redes formadoras de vidas, operando novos contornos nos processos de trabalho.<sup>9</sup>

Essa realidade é traduzida no diálogo de E1. Para o profissional, é preciso conhecer a complexidade que circula a vida do indivíduo. No caso de U2, U4 e F1, o CAPS tem profissionais com uma característica peculiar, pois atendem bem, são respeitosos e comprometidos. O fato de possibilitar a geração de novos encontros e a ampliação do potencial produtivo do serviço, naturalmente nos permite pensar que o uso da droga entra no processo de trabalho do CAPS AD como um elemento “a ser descoberto” ao longo da vinculação com o usuário, não sendo a droga, embora importante, objeto de intervenção primeira do trabalhador.

Desse modo, a escuta, o acolhimento e o vínculo com o usuário revelam toda uma nova maneira de cuidar. Não apenas como uma preocupação, mas também como uma atitude de implicação do trabalhador: contribui para diminuir o distanciamento com o usuário e dilui relações meramente institucionais. Utilizar tecnologias relacionais nos processos de trabalho compreende um compromisso ético e filosófico de valorizar a vida, efetivando uma prática de incentivo da consciência do sujeito sobre seu problema ou sua dificuldade, contrapondo-o ao cuidado inautêntico e técnico/prescritivo, típico do modelo hegemônico hospitalar.<sup>11</sup>

Nesse sentido, é relevante considerar que a escuta e o vínculo comportam-se como novas relações e perspectivas no cuidado em saúde mental. É dizer que, sem eles, a própria relação que o sujeito estabelece com a droga não se modifica. Respeitar limites e desejos, agruras, trabalhando com os potenciais humanos, pode tornar-se um excelente exercício para rediscutir o papel que o CAPS tem na vida do usuário da droga. É nesse sentido que entendemos que o trabalho da equipe aproxima-se das premissas da reforma e da atenção psicossocial, sendo um grande avanço em termos de funcionamento desse serviço na realidade estudada.

Dentro das questões que envolvem o funcionamento do CAPS, destacamos a porta aberta como uma das



principais estratégias usadas pelo serviço para garantir vínculo com o usuário de drogas. Os depoimentos a seguir destacam essa questão:

[...] A outra questão eu acho base fundamental, é a porta aberta que a gente também tem construído aqui. Ele ainda não é 24 horas, a porta aberta é das 8h às 17h da tarde, mas é algo que não exige encaminhamento, é uma revisão que não exige o encaminhamento, que não exige que os usuários tenham documentos, que não exige que o usuário venha acompanhado, ou seja, do jeito que ele chegar, embriagado, sobre o efeito de drogas, ou não, ele vai ser acolhido, ele vai ser atendido e vai ser pensado um cuidado (E7).

Ah, desculpa te interromper, mas assim ó, uma coisa que eu esqueci de falar é que isso é uma das melhores coisas em Viamão, sabe, vamos falar de coisas boas também, que o trabalho tá muito recente assim, a acolhida aberta, isso aí é, isso é uma coisa que tem que ser imitada em todo o serviço. A gente sabe como funciona, não só o usuário de *crack*, todo dependente químico, toda pessoa que tem uma demanda de saúde mental precisa ser ouvida naquele momento para tu entender um pouco, entender a pontinha do *iceberg* que está ali e aí que vai começar a construir o vínculo, é aqui na recepção “olha eu precisava de uma [...]”, “ah tá, volta a semana que vem”. É assim, só que semana que vem ele já está na boca de novo, já está. Então, isso é uma conquista, duas coisas que Viamão tem melhor que, bem melhor que Porto Alegre é isso aí e Risperidona na rede né, Risperidona é tu ter que submeter aos caras a ter que ficar usando Haldol (E8).

Na hora a gente já teve acolhida com a psicóloga (F3).

Em um estudo sobre um CAPS da região Sul do Brasil,<sup>12</sup> uma das estratégias mais inovadoras destacadas na composição de redes de atenção psicossocial é mesmo a porta aberta. Para o autor, a porta aberta representa um compromisso social e sanitário que promove uma revitalização das relações entre os serviços e as pessoas. Além disso, a porta aberta revelaria novos processos de trabalho que, de fato, afetam positivamente o potencial de resolubilidade de um serviço. Em um serviço altamente especializado, como CAPS, supõe-se que a porta aberta seja capaz de propiciar acolhimento e acesso fácil às pessoas em franca situação de sofrimento, ajudando na consolidação dos ideais da reforma psiquiátrica.

Com a questão dos serviços de porta aberta, chega-se à conclusão de que, quem fica de fora dos serviços, seja por uma dificuldade de reorganização das práticas, seja por demanda reprimida, fica cada vez mais dependente da clínica tradicional, com seu aspecto medicalizante. Com a criação de vínculos mais precisos e duradouros entre o trabalhador e o usuário, é possível chegar a estratégias que gerem autonomia nos espaços de tratamento. Por mais que a abertura de um serviço para o recebimento da demanda possa ser encarada inicialmente como um problema, vale lembrar que a agregação da clientela pode ser um bom indicador de

vínculos interpessoais, de receptividade para receber novas procuras e de satisfação pela facilidade no acesso.<sup>13</sup>

Compreendemos que a porta aberta recupera e revitaliza algo inerente à conformação da proposta substitutiva do cuidado em saúde mental, que é a valorização da demanda e da necessidade individual. Trazendo à tona a necessidade de uma nova organização das práticas, ela também atravessa um novo modelo para pensar o uso de drogas, uma vez que provoca um tencionamento de que o cuidado vai além da relação entre o trabalhador e o usuário. É nesse contexto que entendemos o quanto o CAPS torna-se um serviço criativo, inovador, ao investir em projetos comprometidos com a real situação do sujeito, sem desconsiderar o olhar do trabalhador nessa construção.

E8 também revela outra inovação do município de Viamão, que é a disponibilização de medicação antipsicótica diferente das tradicionais opções, como Haloperidol. No caso, a Risperidona é um antipsicótico que oferece efeitos colaterais em menor proporção e de mais fácil manejo dos usuários.

A oferta de Risperidona não é coberta na Relação Nacional de Medicamentos Oficiais (Rename), o que torna facultativa sua aquisição pelo município. No entanto, ao dar oportunidade ao psiquiatra de diversificar a medicação psicotrópica, sem ter que reduzir o tratamento farmacológico a apenas uma opção (geralmente o Haloperidol), Viamão reposiciona seu olhar sobre um modelo de saúde mental que garante cuidado clínico a partir de uma experiência singular, sem a necessidade de padronização.

O funcionamento de porta aberta, a despeito do potencial inovador, também apresenta limitações. E7, por exemplo, pondera que há porta aberta, mas restrita ao dia, uma vez que o CAPS não funciona 24 horas.

Os trabalhadores citam a necessidade da ampliação do horário do CAPS AD, em especial para atender a situações de crise vindas em turno oposto ao seu horário normal de funcionamento. Diante da relevância do tema, os pesquisadores entenderam que era preciso conhecer o posicionamento dos outros grupos de interesse. Assim, essa pergunta foi imediatamente incorporada ao círculo de usuários, gestores e familiares, que apontaram a importância desse atendimento contínuo, como também de os trabalhadores circularem mais pelo território, evitando, assim, que o atendimento restrinja-se ao CAPS.

Eu acho que a ampliação do acesso é pra ontem. Já estava aprovado pelo ministério da saúde. Agora só pra nós tu não tens para fazer o tema de casa, eu acho que a gente precisa, aqui no serviço, que tenha uma outra forma de organizar e ampliar esse acesso. Acho que nós precisamos e a gente vem discutindo né, na possibilidade de a gente ampliar, vamos ampliar no momento em que tivermos um 24 horas, mas nós também temos que ter um investimento para que a gente também consiga estar mais fora do CAPS, interações em diferentes espaços da cidade, acho que se constrói uma estratégia, mas eu sempre digo não é uma estratégia para o usuário de *crack*, é uma estratégia de saúde mental (G1).

Saber eu não sei, têm muitos que ficam à deriva esperando segunda-feira. Muitos são moradores de rua, que vem aqui só para ter atendimento e também poder se alimentar, como estava falando para ti né? Mas ficam por aí pela rua, muitos ficam pelas praças (U1).

Quando o CAPS acontece final de semana, já aconteceu, espero que nunca mais aconteça (crise) né, a gente precisou daí não tinha o CAPS, sábado ou domingo ou à noite, daí a gente tinha que apelar pro 192, que é ambulância da Samu, mas às vezes tinha, às vezes não tinha. Mas quando tinha, daí com a brigada levavam pro Hospital de Viamão, e do Hospital de Viamão encaminhavam para o Hospital Psiquiátrico São Pedro. [...] Quando não tem o CAPS, por exemplo, final de semana tem que ser o Hospital, de noite tem que ser o Hospital. Não tem outro lugar, leva direto pro São Pedro, não tem como. [...] o recurso aqui em Viamão é o CAPS, de segunda a sexta até 17h. Depois a gente não pode contar mais com a saúde em Viamão. Com o Samu e o Hospital de Viamão não! (F5).

Eu acho essencial, porque se a gente conseguir fazer isso vai mudar radicalmente o acesso né, o usuário não só de *crack*, mas eles têm uma relação diferente com os horários, a noite né, eles relatam muito que é um momento de maior fissura, de maior angústia, é do final da tarde para a noite e a rotina deles na grande maioria é noturna (E7).

Toda relação com o usuário em crise exige certo esforço imediato de ação, que ultrapassa o limiar da contenção. Como resultado de um conjunto de fatores inerentes à constituição do sujeito, suas relações e seu contexto, a crise demarca mais uma vez a necessidade de investimento na dimensão relacional entre o trabalhador e o usuário, mas também investimento institucional permanente, com abertura de serviços 24 horas e criação de “espaços de interlocução”, para troca, diálogo e discussão compartilhada entre as equipes.<sup>14-15</sup>

Apesar dos esforços candentes de redirecionar a assistência psiquiátrica brasileira, estruturando redes de serviços, ainda é difícil reverter a pirâmide que situa, como espaço privilegiado de cuidado, o hospital. É nele, muitas vezes, que as situações de crise chegam e estancam, em função da insuficiência da rede. Se a ideia é reconfigurar a crise no contexto psiquiátrico, essa mesma psiquiatria deve ganhar as ruas e as pessoas. É preciso entender que a crise é quando a pessoa mais precisa de ajuda, indo além de um simples diagnóstico, porque envolve histórias. Assim, ficaria mais fácil estabelecer vínculo, desde que esse vínculo aconteça quando realmente a necessidade aparece.<sup>16</sup>

Nesse contexto, é preciso repensar as estratégias usadas pelo município para garantir continuidade de cuidado psicossocial ao usuário de *crack*, carregado, em termos, pelas amarras da fissura e dos efeitos da droga. Entendemos que a estruturação de uma rede com efetiva “porta aberta” prescinde de uma discussão pautada na urgência como sendo um dos pilares dessa sustentação.

Os grupos de interesse, na verdade, estão expondo uma questão candente no contexto das políticas públicas de saúde mental em Viamão, que, a despeito das dificuldades, deve enxergar o atendimento para além da oferta e cobertura dos serviços, atingindo também os modos de funcionamento das pessoas. É dizer que há uma urgência em se resolver a questão dos finais de semana e do atendimento noturno, uma vez que o surto ou a fissura “não possuem hora marcada para acontecer”.

Durante a coleta de dados, Viamão intensificou a constituição de um grupo de trabalho que pudesse construir a implementação do CAPS III 24 horas. Familiares e usuários, em geral, apontavam que a estruturação de um CAPS 24 horas seria fundamental.

Acho que aqui poderia ter um CAPS 24 horas, porque o período pior é à noite para nós. Nesse momento que a gente precisa de alguém, nesse horário não tem o CAPS aberto (U9).

Faz falta. Eu acho que tem que ter um CAPS 24 horas como tem não sei se em São Paulo ou Rio de Janeiro. [...] Eu acho que teria que ter, porque aqui faz falta mesmo, eu inclusive, amigos meus morreram de overdose de *crack*, de tanto fumar, e nunca conseguiram atendimento (U7).

Quando ele está muito doido pra tomar uma injeção, sei lá, ficar uns dois, três dias [...]. Poderia ter, pelo menos pra tu chegar e ter um atendimento para essa especialidade, porque aqui [no CAPS] não é todos os dias que está aberto, fim de semana não está aberto, feriados não está aberto (F2).

Gestores e trabalhadores também avaliaram essa necessidade, discorrendo sobre o potencial de ter um CAPS III funcionando em Viamão.

Acho muito importante a ampliação para 24 horas, como proposta do município, que se tenha o CAPS III acho que isso vai ser muito importante pra gente poder tá dando esse atendimento mais próximo ao usuário, no momento que se estende esse atendimento 24 horas, eu acho que acesso também vai ser diferenciado (G2).

E essa ideia do CAPS III a gente está esperando que seja implantado mesmo isso aí que vai fazer muita diferença para os usuários aqui. Não só para os que não têm, não só para os que estão em situação de rua, mas para os que têm suas casas também às vezes poder estar vindo e ficar até um pouco mais tarde e chegar a ir para casa mais perto da hora de dormir, para só deitar tomar banho e dormir não ficar aqui pensando, não ficar sozinho nessas horas (E4).

Eu acho que o CAPS III é extremamente necessário por causa de todo o problema com a emergência que nós temos com município de álcool e outras drogas, mas realmente a gente tem esses receios, mas no momento

que começar a ser construído, começar a ser divulgado que vai ter um CAPS III, a gente ter claro para nós como vai proceder ao atendimento dessas pessoas, que a gente sabe no máximo vai ser internação de curto prazo que a gente faria (E6).

No entanto, alguns trabalhadores visualizam que é preciso definir melhor a filosofia e as finalidades do CAPS III. A despeito do reconhecimento da relevância institucional, é preciso ter cuidado para que o serviço não se torne um albergue, um momento de passagem, uma vez que, por ter seu funcionamento 24 horas, poderá ser acessado pelo usuário para fazer suas refeições e dormir.

Não sei também se esse projeto de CAPS 24 horas não vai ser um tiro no pé, pela rede mesmo isso vai virar um albergue né, os caras vão vir aqui, comer só que falta né, porque cuidado de saúde mesmo não sei se vai ter (E3).

O CAPS III é um serviço que, segundo a Portaria nº 336/2002,<sup>17</sup> é destinado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas durante 24 horas, sete dias por semana. Pode ser instalado em municípios com cobertura populacional maior que 200.000 pessoas e deve possuir uma equipe especializada, que ofereça atividades diárias e acolhimento noturno à crise.

Sendo um serviço inovador, com cobertura no território durante todo o dia e também aos finais de semana, é importante ressaltar a importância de sua constituição na realidade de Viamão. No entanto, devemos ponderar que o CAPS III, sozinho, não deve ser o único e absoluto responsável pelo atendimento às demandas que aparecem fora dos horários tradicionais. Não desejamos que em Viamão ocorra um possível “perigo de desvio”<sup>18</sup> do caráter dialético da reforma, ou seja, da criação indiscriminada de CAPS ou de sua modernização para absorver demandas que podem (e devem) ser distribuídas pela rede. Por esse motivo, além do CAPS III, é preciso investir no fortalecimento da articulação com o Hospital Geral, com os serviços da rede básica e também com a rede de urgência/emergência tradicional.

Consideramos que os pontos problematizados pelos grupos de interesse sobre o CAPS AD de Viamão ultrapassam o próprio funcionamento *in loco* do serviço, pois envolvem a estruturação da rede, concepções diversificadas de clínica e o envolvimento com o usuário, seu projeto de vida e suas relações. A dimensão singular do cuidado no campo psicossocial permeia olhar não só para o funcionamento interno do CAPS, mas também o seu entorno, contemplando cenários, contextos e processos. No caminho da atenção psicossocial, essa problematização inova e enriquece a prática, dando novos contornos à relação estabelecida entre a rede, os serviços e o cuidado ao usuário.

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o CAPS AD é um dos serviços mais potentes da rede de atendimento a usuários de *crack*, trabalhando com muitas das demandas de usuários e familiares que procuram atendimento diariamente. Há estratégias inovadoras ressaltadas pelos grupos de interesse, como o modo de funcionamento centrado no usuário a partir do vínculo e do acolhimento, como também a porta aberta, que garante acesso universal e comprometido com as necessidades das pessoas.

No entanto, o CAPS não deve (nem nasceu para) absorver toda a demanda de saúde mental. É sobre isso que os grupos de interesse ressaltam a necessidade de investir em uma composição de rede que ultrapasse os muros dos serviços especializados. Assim, é preciso incorporar a relevância de constituir ampliação de acesso aos finais de semana e à noite, justamente quando o usuário da droga está mais suscetível aos efeitos dela.

A pesquisa avaliativa aqui desenvolvida trouxe ao debate sobre o fenômeno do uso do *crack* uma tendência que desmarca o aspecto prioritário na internação, estratégia típica do modelo manicomial. Ao contrário, potencializou não apenas a participação dos atores no processo de constituição cotidiana da rede, bem como nos levou a refletir sobre a capacidade reformadora dos serviços e os diversos elementos que fazem parte deste processo.

## REFERÊNCIAS

1. Pinho LB, Kantorski LP. Psychiatric care in the Brazilian context. *Ciênc. Saúde Colet* 2011 [acesso em: 16 jul 2014];16(4):2107-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400010>
2. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C, Filho CG. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011 [acesso em: 16 jul 2014];16(12):4685-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300017>
3. Laranjeira R. Legalização de drogas e a saúde pública. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010 [acesso em: 16 jul 2014];15(3):621-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300002>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Moura FG, Santos JE. O cuidado aos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: uma visão do sujeito coletivo. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* 2011 [acesso em: 20 abr 2014];7(3):126-32. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49585/53660>
6. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Unicamp; 2011.
7. Kolb SM. Grounded theory and the constant comparative method: valid research strategies for educators. *JETERAPS* 2012;3(1):83-6.
8. Lacchini AJB, Ribeiro DB, Soccol KLS, Terra MG, Silva RM. A enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. *Rev. Contexto Saúde* 2011 [acesso em: 22 out 2017];10(20):565-68. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1579/1334>
9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 71-111.

10. Rocha G, Barcelos ICRR. A relação intersubjetiva no cuidar de enfermagem em saúde mental – competência para o cuidado em saúde mental. R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online 2010 [acesso em: 20 abr 2014];2(ed. supl.):921-25. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1180/pdf\\_329](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1180/pdf_329)
11. Ballarin MLG, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. Mundo Saúde 2010 [acesso em: 16 jul 2014];34(4):444-50. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/218a224.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf)
12. Pinho LB. Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica. Tese [Doutorado] – Universidade de São Paulo; 2009.
13. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus, Actas de Saúde Colet. 2012 [acesso em: 16 jul 2014]; 6(2):151-63. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>
14. Costa MS. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. Arq. Bras. Psicol 2007 [acesso em: 16 jul 2014];59(1):94-108. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v59n1/v59n1a10.pdf>
15. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Rev. Psicol. Unesp 2007 [acesso em: 16 jul 2014];6(1):31-44. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewfile/44/84.html>
16. Jardim K, Dimenstein, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. Psicol. Rev 2007 [acesso em: 16 jul 2014];13(1):169-90. Disponível em: [http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20080521172535.pdf](http://www.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20080521172535.pdf)
17. Brasil. 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.
18. Amarante P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-65.

Recebido em: 15/07/2016  
Revisões requeridas: Não houve  
Aprovado em: 04/01/2017  
Publicado em: 25/10/2017

**Autor responsável pela correspondência:**

Leandro Barbosa de Pinho  
R. São Manoel, 963  
Rio Branco, Porto Alegre-RS  
CEP: 90620-110  
E-mail: <lbpinho@uol.com.br>