



**A LÓGICA DAS REDES, MODOS DE ATENÇÃO E PRÁTICAS DE CUIDADO EM
SAÚDE COM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

DOI: 10.17058/barbaroi.v1i61.11436



Evelin Helena Torrel

Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC – Brasil

Moises Romanini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Brasil



Resumo:

Sabe-se que foi a partir da Reforma Psiquiátrica e da constituição de políticas públicas sobre drogas que o uso de álcool e outras drogas passou a ser pensado como uma questão de saúde pública. Nesta perspectiva, o objetivo geral desta pesquisa foi o de mapear e compreender as práticas de cuidado desenvolvidas através das equipes que atuam nos serviços públicos voltados às pessoas que usam álcool e outras drogas na cidade de Santa Cruz do Sul. Para a construção dos dados da pesquisa foram utilizados os seguintes procedimentos: participação nas reuniões de equipe dos serviços; realização de uma roda de conversa com cada equipe; observação participante em grupos e atividades em cada um dos serviços. Os dados foram analisados a partir da análise temática de conteúdo, sendo construídas três categorias temáticas. A primeira categoria apresenta e discute as noções de rede que surgiram nos grupos. Na segunda categoria, identificam-se e (re)descobrem-se algumas práticas de cuidado no contexto dos serviços estudados. Por fim, a terceira categoria coloca em evidência e problematiza as perspectivas de trabalho das equipes. A pesquisa possibilitou o entendimento dos serviços que ofertam cuidados aos usuários de álcool e outras drogas em Santa Cruz do Sul, assim como desafios, articulações entre os serviços e quais perspectivas estão orientando este cuidado.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; Políticas Públicas; Assistência Integral à Saúde; Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias.

Introdução

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e reconhece que aconteceu certo atraso histórico do SUS em relação ao enfrentamento de problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas. Atualmente, a política brasileira sobre drogas é marcada por controvérsias, já que, por um lado ainda se reproduz uma prática de repressão e controle e, por outro lado, preconiza-se a redução de danos, com um viés político e terapêutico. Percebe-se também que a correlação entre o privado e o público presentes na política do SUS se reproduz nos recentes investimentos no âmbito das drogas (ROMANINI; DETONI, 2014).

Neste contexto, percebe-se esforços para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o aumento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD), bem como equipes de Consultório na Rua (CnR). Em contrapartida, observa-se também um grande investimento de contratos do poder público com os serviços privados, como comunidades terapêuticas e clínicas, baseadas no paradigma da abstinência. Localiza-se esta contradição, por exemplo, no Plano de Enfrentamento ao Uso de Crack e Outras Drogas que foi lançado pelo governo Federal em 2011, no qual os eixos estruturantes são: Prevenção (escola e comunidade), o Cuidado (RAPS, Comunidades Terapêuticas) e a Autoridade (internação na cracolândia e combate ao crime organizado). (ROMANINI; DETONI, 2014).

Neste sentido, é importante ressaltar que as práticas de Saúde Mental, ao longo do tempo, vêm sofrendo grandes transformações e sendo influenciadas por dois grandes modelos: o asilar e o da atenção psicossocial. O primeiro dá ênfase para problemas de determinações orgânicas, não levando em conta a subjetividade do indivíduo e da sua rede de apoio, família e comunidade, constituindo-se como um sistema fechado, tendo o asilo como instituição e o saber médico predominante. Já o modelo da atenção psicossocial busca superar o modelo asilar, ou seja, propõe que o indivíduo em sofrimento não seja isolado e sim reinserido no mundo social, através da reabilitação psicossocial. Nessa perspectiva são levados em conta os fatores culturais, biopsicossociais, espirituais, bem como, do uso de diferentes tecnologias de cuidado, da integração do indivíduo como sujeito de sua história, da inserção da família, equipe multidisciplinar e comunidade como sistema de apoio em relação às intervenções que disponibilizam atenção integral ao indivíduo (MARTINS et al., 2011).

Diante deste contexto, o caminho através do qual se estabeleceu o consenso proibicionista no século XX, em grande parte das sociedades ocidentais modernas, que determinam ilegalidade de algumas substâncias, certamente é um grande fator da desqualificação e marginalização social dos indivíduos que possuem sua trajetória relacionada de alguma forma ao uso de álcool e outras drogas e a todas as questões a elas relacionadas, principalmente por sua comparação aos processos de criminalização causadores de condenações valorativas e preconceitos. Assim, as drogas passaram a ser uma preocupação social, sendo entendidas por alguns fatores como uma ameaça ou perigo para toda sociedade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Pensar o proibicionismo em relação às estratégias de cuidado é entender que este gera práticas tutelares, bem como a violação de direitos, sustentado no modelo moral/criminal e em consenso com a ideia de doença. Desta forma, esses modelos potencializam o tratamento

tendo como único objetivo a abstinência e o encarceramento. Além do mais, consideram-se os modelos de assistência à saúde fundamentados no proibicionismo como de grande exigência, pois, se apoiam na abstinência em todos os casos. Isto, gera um problema ao acesso à saúde, pois impõem um obstáculo para aqueles que não desejam ou não podem parar com o uso de drogas, lícitas ou ilícitas (ALVES, 2009).

De acordo com Araújo e Costa (2012), a droga acaba sendo entendida como foco principal, não dando lugar para a fala do usuário e, neste discurso, pode-se colocar a questão da ilegalidade do uso de drogas, cuja experiência é ainda criminalizada. Assim como ressalta Acselrad (2005 apud ARAÚJO; COSTA, 2012, p. 14) “do uso ilícito para à dependência, não é dada a oportunidade para a fala do usuário predominando o uso da razão para visualizar o efeito potencial das drogas diante do sujeito”.

Nesta perspectiva, de acordo com Andrade (2011), o proibicionismo e a redução de danos têm modos diferentes de compreender a questão do uso de álcool e outras drogas. O primeiro dedica-se em diminuir a demanda e a oferta de substâncias psicoativas perante ações criminalizadoras e repressivas da produção, uso e comércio. Já o segundo se detém em enfrentar de maneira prática os problemas de saúde, econômicos e sociais interligados ao uso de substâncias psicoativas, sem considerações morais sobre esta prática.

Em relação às políticas públicas de drogas no Brasil, por um lado vemos um compromisso do país por meio de convenções e acordos internacionais, com o combate ao consumo de drogas ilícitas, que confirma um posicionamento de guerra às drogas, com introdução de ações militarizadas e repressivas. Por outro lado, existem indagações sobre o conteúdo da legislação brasileira, principalmente no que diz respeito à questão do consumo de drogas lícitas e ilícitas como uma questão de saúde pública e não como um problema jurídico-policial, dessa forma, refletindo na despenalização da conduta dos usuários. Atualmente, constata-se o direito de cidadania aos usuários de drogas, bem como o direito de fazer o consumo com diminuição de danos à saúde e sociais, como também o de ingresso aos serviços e bens da saúde pública (ALVES, 2009).

Tomando esse debate como pano de fundo, este artigo tem como objetivo geral mapear e compreender as práticas de cuidado desenvolvidas através das equipes que atuam nos serviços públicos voltados às pessoas que usam álcool e outras drogas na cidade de Santa Cruz do Sul. No presente manuscrito, busca-se também identificar e discutir as perspectivas ou modelos que orientam as práticas de cuidado em serviços que recebem recursos públicos no município de Santa Cruz do Sul/RS, bem como problematizar as propostas de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas a partir dos pressupostos da Política Nacional sobre Drogas e do trabalho em rede.

Metodologia

Com o objetivo de compreender como ocorrem as práticas de cuidado desenvolvidas através das equipes que atuam nos serviços públicos voltados às pessoas que usam álcool e outras drogas no município de Santa Cruz do Sul, o presente estudo se enquadra no espectro das pesquisas qualitativas e exploratórias, mais especificamente dentro da proposta das pesquisas participativas (GOLDENBERG, 1997; SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Os sujeitos que participaram da pesquisa foram as equipes dos serviços que atuam nos serviços públicos voltados às pessoas que usam álcool e outras drogas no município de Santa

Cruz do Sul. Para saber quais eram os serviços especializados em álcool e outras drogas, tendo em vista os que recebem recursos públicos, entramos em contato com a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde via e-mail. Os serviços apontados pela Coordenadoria foram: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III); Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA); Equipe de Redução de Danos; Urgência e Emergência do Hospital Santa Cruz; e Comunidade Terapêutica Recomeçar.

Para fins desta pesquisa foram escolhidos a Comunidade Terapêutica Recomeçar, CAPS AD e Equipe de Redução de Danos, tendo em vista que estes serviços são destinados exclusivamente para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas. Destaca-se que, ao final da pesquisa, num momento de devolução e validação dos dados construídos, foram convidados para uma roda de conversa as três equipes que fizeram parte da pesquisa.

Para realização desta pesquisa, entrou-se em contato com as equipes da Comunidade Terapêutica Recomeçar, CAPS AD, Equipe de Redução de Danos e Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul para uma breve explanação da pesquisa e para pedir autorização para realização desta nos serviços. Após receber a autorização destas, junto da assinatura das cartas de aceite para realização da pesquisa, o projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Para construção dos dados da pesquisa foram utilizados os seguintes procedimentos: participação nas reuniões de equipe dos serviços, realização de uma roda de conversa com cada equipe, observação/participante em grupos e atividades em cada um dos serviços. As observações nas reuniões e grupos desenvolvidos nos serviços foram registradas em um Diário de Campo que, segundo Minayo (2007), é um instrumento no qual o pesquisador anota informações alcançadas através de conversas informais, observação de comportamento, expressões, hábitos e outros elementos que não são por meio de entrevistas formais.

As realizações das rodas de conversa tiveram como ferramenta a técnica do grupo focal. O grupo focal é entendido como um procedimento de coleta de dados, através do qual o pesquisador encontra a possibilidade de ouvir vários sujeitos no mesmo tempo, bem como observar as interações do processo grupal. Busca obter uma diversidade de experiências, informações, sentimentos e representações de pequenos grupos sobre uma determinada temática (KIND, 2004).

Neste sentido, de acordo com Kind (2004), o grupo focal se constitui em torno de uma tarefa específica, que é oferecer informações sobre um tema que foi anteriormente determinado. Estes grupos devem ser mais diretivos, do que operativos, ou seja, cabe ao mediador intervir na dinâmica grupal sempre que o tema for excedido. Os grupos focais realizados com as equipes proporcionaram um momento de reflexão sobre as práticas de cuidado ofertadas aos usuários de álcool e outras drogas em Santa Cruz do Sul, bem como possibilitou pensar a rede AD (álcool e drogas) do município, colaborando não só para a pesquisa, mas como um momento oportuno para as equipes também repensarem seus processos de trabalho.

Como dispositivo para iniciar a discussão do grupo, cada equipe construiu o desenho da rede Álcool e outras Drogas de Santa Cruz do Sul, a partir de suas perspectivas. Os grupos foram gravados mediante a autorização dos participantes e em seguida foram transcritos. Após transcrição dos grupos, os dados foram analisados a partir da análise temática de conteúdo. Realizar uma análise temática significa descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, onde a frequência ou presença possam significar algo para o objeto analítico pretendido. Neste sentido, intentamos qualitativamente identificar a presença de estipulados

temas que designam os valores de referência, bem como modelos de comportamento presentes no discurso. (MINAYO, 2007).

Desse procedimento analítico, três categorias foram construídas e, posteriormente, apresentadas aos profissionais presentes no encontro final. As categorias foram discutidas e “validadas”, tendo sido aberta a possibilidade de reconstrução e reescrita conjunta das mesmas e das reflexões empreendidas sobre a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Resultados e Discussão

Os dados construídos, a partir das observações, realização dos grupos focais com as três equipes anteriormente mencionadas e a roda de conversa com as equipes participantes da pesquisa, foram sendo agrupados e analisados a partir de três categorias temáticas. A primeira categoria, intitulada “**(Re)Desenhando a Rede e suas (des)articulações**”, apresenta e discute as noções de rede que surgiram nos grupos, as dificuldades encontradas nos processos de articulação entre os serviços, bem como a importância do território na tessitura desse cuidado.

Na segunda categoria, “**(Re)Descobrimo as práticas de cuidado**”, identificam-se e (re)descobrem-se algumas práticas de cuidado no contexto dos serviços estudados. Os conceitos de vínculo e acolhimento nos pareceram fundamentais nessa discussão. Por fim, a terceira categoria, intitulada “**(Re)Pensando o trabalho com usuários de drogas: os redemoinhos dos modelos que orientam o cuidado**”, coloca em evidência e problematiza as perspectivas de trabalho das equipes, com uma tendência para um hibridismo entre a redução de danos e o paradigma da abstinência (Modelo da Atenção Psicossocial e Modelo Asilar).

Redesenhar, redescobrir, redemoinhar... Verbos que trazem como marca linguística a palavra “rede”, tão cara aos processos de continuidade dos cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Embora a rede constitua o foco da primeira categoria, veremos que ela atravessa as demais.

(Re)Desenhando a Rede e suas (des)articulações

Nesta categoria serão discutidas as noções de rede que surgiram nos grupos, os modos de articulação entre os serviços, bem com a importância do território em relação às práticas de cuidado e no acesso do usuário à rede. Será também apresentado e explicado o desenho da rede AD que foi construído por cada equipe durante a realização do grupo focal.

De acordo com o Ministério da Saúde, a rede de atenção à saúde é constituída pelo conjunto de serviços, bem como equipamentos de saúde que se localizam em determinado território, seja este um município, uma regional de saúde ou distrito sanitário. Pode-se pensar esses serviços como os nós de uma rede, por exemplo, um hospital geral, uma unidade básica de saúde, um conselho municipal de saúde, um centro de atenção psicossocial, etc. Todavia, para se construir uma rede na saúde, é necessário mais do que ofertas de serviços em um mesmo território, e sim a relação entre esses serviços, sobre como está se dando a comunicação entre eles e quais os modelos de gestão e atenção estão sendo produzidos (BRASIL, 2009).

A construção de redes é uma tarefa árdua, tendo em vista que exige a efetivação de tecnologias que possam qualificar os encontros entre os diferentes serviços, saberes e

especialidades, ou seja, ter grande quantidade de serviços e equipamentos é preciso, mas não é o suficiente. É necessário garantir a ampliação da rede de saúde, na qual exista uma boa comunicação para se garantir processos de gestão e atenção mais eficazes, que construam a integralidade da atenção (BRASIL, 2009). Em relação a isso, percebemos, durante a realização dos grupos, que apesar da rede AD (álcool e drogas) de Santa Cruz do Sul ser considerada completa, no sentido de ter serviços especializados dispostos no território, ainda se percebe falta de diálogo e interação entre os serviços.

As equipes ressaltam que, além da dificuldade com a articulação entre os serviços da rede, não ocorre uma continuidade no cuidado, onde o sujeito é encaminhado de um serviço para o outro, perpetuando, assim, a lógica do encaminhamento em detrimento da corresponsabilização pelo usuário:

O grande desafio é saber não que o usuário seja só da atenção básica ou só da especializada, que seja de todo mundo, isso ainda falta ainda. Porque às vezes vem uns encaminhamentos assim “não devolver, não somos da rede”, coisas desse tipo assim, falta ainda a rede ser uma rede só, ser unificada... “Aaahh, veio da atenção, veio do CAPS AD, tá bem, tá abstinente?”. Tu pode voltar pra atenção básica (GRUPO RD).

Esta integração que articula os serviços com características semelhantes é denominada de processos de integração funcional. Todavia, uma rede que busca a ampliação do acesso e continuidade do cuidado, qualificando a gestão e atenção do SUS, não pode se reduzir através da articulação de serviços de modo funcional, mas também dar ênfase ao entorno territorial. Desse modo, o conceito de redes de saúde ou, mais precisamente, de redes de produção de saúde, busca dar conta dessa tensa coprodução entre a rede assistencial e o território. Porém, o território não é somente campo de demanda e nem um depósito de recursos e necessidades para a rede assistencial. O território também vai se construindo conforme a localização de pontos da rede assistencial, e de como esses modificam o espaço vivido (RIGHI, 2010)

O território foi apontado pelos grupos como de extrema importância, sendo uma noção fundamental para se pensar uma rede que funcione melhor. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), as equipes de ESF (Estratégia de Saúde da Família) e os redutores de danos que estão inseridos também na Atenção Básica são concebidos como atores fundamentais, levando em conta que esses têm contato direto com os usuários e possuem capacidade de criar vínculo.

Um ponto que nos chama a atenção nos grupos, principalmente no CAPS e na CT, é quando os profissionais se referem ao trabalho que está sendo desenvolvido “lá no território”. Essa expressão pode estar nos indicando que, mesmo o CAPS sendo concebido como um serviço de base territorial, comunitário, fica isolado, os profissionais sentem o seu trabalho descolado do território. Então, mesmo que se entenda essa noção, o território não é sentido, vivenciado por esses profissionais. E isso se reflete na forma como os grupos foram pensando e desenhando a rede de cuidados a pessoas que usam álcool e outras drogas.

No caso do CAPS, a rede foi desenhada tomando como ponto de partida o próprio CAPS, estabelecendo-se relações, indicadas pelas setas de mão dupla, que demonstravam quais serviços só encaminhavam para o CAPS e para os quais o serviço encaminhava. Destacam a Comunidade Terapêutica como a principal relação que eles têm, para onde mais encaminham. Falam da importância da Atenção Básica, da equipe de redução de danos, do consultório na rua e das agentes comunitárias, no sentido que estes facilitam o acesso do usuário à rede e que conseguem estabelecer um vínculo com estes “lá no território”. Ressaltam a importância dos grupos como A.A e N.A para o tratamento e continuação do mesmo.

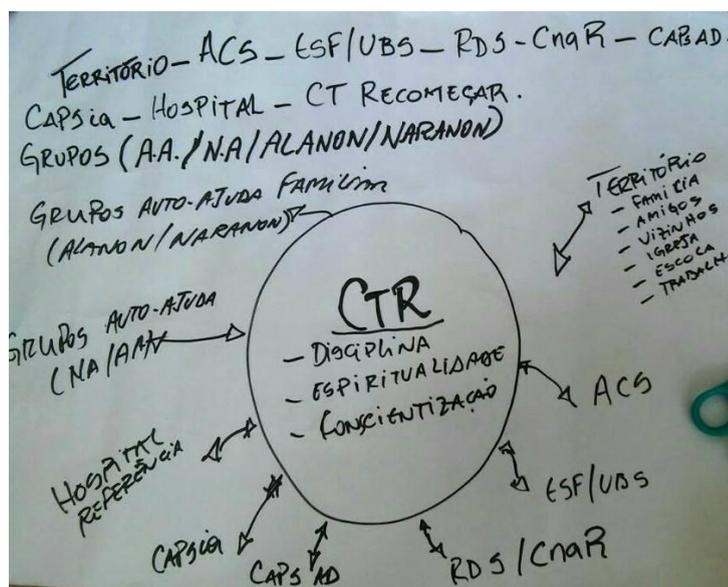
Figura 1. Rede AD na perspectiva da Equipe do CAPS AD III



Fonte: fotografia realizada pela primeira autora.

Já no grupo realizado junto à CT, os profissionais discutiram a noção de rede a partir do território, das agentes comunitárias de saúde e da redução de danos, mesmo que a lógica de tratamento seja voltada para a abstinência. Durante a construção do cartaz ocorre uma discussão sobre os serviços especializados (como os únicos que possuem saber para realizar o tratamento a usuários de álcool e outras drogas) e serviços como hospitais, ESF (“os que não tem tanto conhecimento sobre a dependência química”), porém é reforçado a importância destes serviços e profissionais em relação a estes cuidados, no sentido de que os mesmos estão no território e são essenciais para garantir o acesso à rede. Relataram que o contato maior que possuem dentro da rede AD em Santa Cruz do Sul é com o CAPS AD, do qual recebem encaminhamentos e também reforçam que os usuários do serviço continuem o tratamento lá após receberem alta, como também frequentem grupos como A.A e N.A. Ressaltam que, mesmo que tenham colocado uma ordem por onde esse usuário passa, este caminho pode ser invertido, pensando que o usuário pode começar com uma internação e depois continuar o trabalho com a Redução de Danos, ou então começar “lá no território” com as agentes comunitárias, depois a redução de danos encaminha para o CAPS e, conseqüentemente, para a CT.

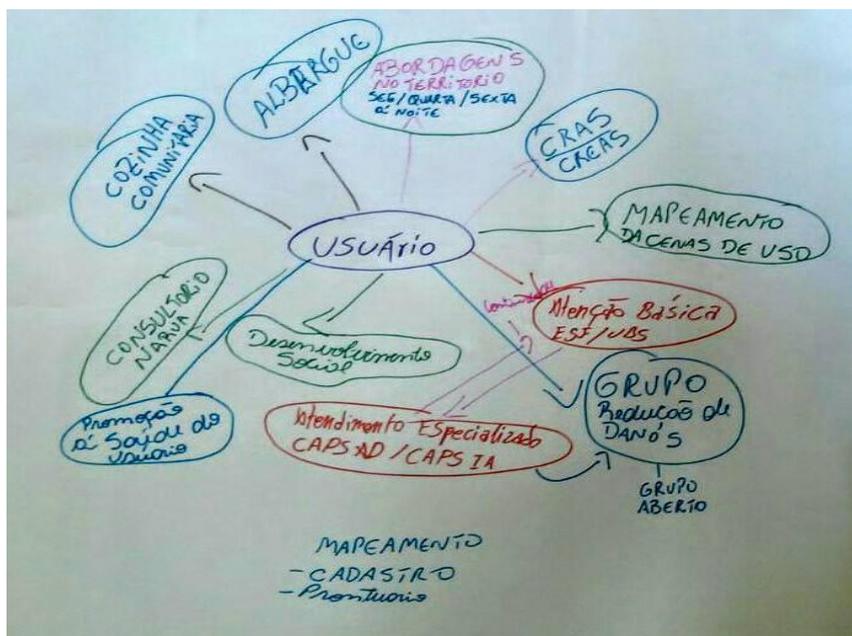
Figura 2. Rede AD na perspectiva da Equipe da Comunidade Terapêutica



Fonte: fotografia realizada pela primeira autora.

E, por fim, na discussão com os Redutores de Danos, o centro da rede foi constituído pelo usuário. Foi a partir do usuário que os redutores começaram a pensar nas ofertas de práticas de cuidado a partir dos encaminhamentos que fazem, como para o CAPSIA, CRAS, CREAS, CAPS AD, ressaltando que possuem uma boa relação com todos, bem como demarcam a importância do mapeamento que realizam no território para localizar os usuários. Destacam que a rede AD em Santa Cruz do Sul é bem completa, mas ainda faltam mais conexões entre os serviços para que aconteça uma continuidade no cuidado. Ressaltam que, apesar de estarem inseridos na Atenção Básica, dentro dos ESFs e no território, conseguem fazer um bom trabalho e possuem uma boa ligação com os serviços especializados.

Figura 3. Rede AD na perspectiva da Equipe do Consultório na Rua



Fonte: fotografia realizada pela primeira autora.

Segundo Righi (2010), a imagem que melhor simboliza uma rede é uma que comporte os fluxos, as curvas que colaboram para a definição dos nós, ou seja, a imagem de uma rede menos arrumada. Desse modo, os nós, ao mesmo tempo em que mostram identidade, não são e não serão iguais, assim como os fluxos e as distâncias não são as mesmas. Desse modo, existem conexões a produzir e nós a reforçar, aspectos importantes para a produção de rede em saúde, bem como a noção da indefinição, provisoriedade e inacabamento. Nesta condição, faz-se importante também trabalhar com o fato de que mudanças no fluxo modificam o desenho da rede e tem efeitos em relação à formação de redes dentro dos princípios do SUS.

Sendo assim, apostar em encontros que visem a produção do comum, mantendo as singularidades dos serviços, parece mais resolutivo que tecer redes entre instituições ou pessoas com identidades mais marcadas, como profissionais das mesmas categorias, ou redes de hospitais, ou redes de atenção básica, ou rede de serviços de urgência a emergência, etc. Desse modo, compreende-se que o encontro de sujeitos e instituições mais marcadas pela identidade, deveria ser a preparação para este trabalho em rede, para o encontro com o diferente, com o que complementa, seja no território ou então no trabalho da equipe (RIGHI, 2010).

(Re)Descobrimo as práticas de cuidado

Na presente categoria os conceitos de vínculo e acolhimento são fundamentais para discutirmos as práticas de cuidado, tendo em vista que se identificam e se (re)descobrem algumas práticas de cuidado nos contextos dos serviços estudados. Nesta discussão, percebemos alguns tensionamentos em relação aos significados atribuídos ao cuidado, entendido de forma ampla pelos profissionais como a capacidade de acolher, de se vincular e de produzir saúde.

Historicamente, as práticas de cuidado direcionadas a usuários de álcool e outras drogas tiveram oscilações entre cuidados com características religiosas ou de modelos medicocentrados, não garantindo resolutividade e efetividade no cuidado, reforçando um modelo de exclusão e segregação, que foi combatido pela Luta Antimanicomial. Todavia, o direito à saúde traz a necessidade de se considerar a singularidade do sujeito e, a partir de então, estabelecer um vínculo guiado pelo respeito, bem como uma humanização no tratamento, no protagonismo, na inclusão social e defesa da vida (PASSOS, 2010).

As novas tecnologias do cuidado, construídas e reconstruídas cotidianamente no movimento da Reforma Psiquiátrica, inspiram-se em uma nova gramática, onde eficiência e eficácia são substituídas por vínculo e afeto. Uma outra forma de fazer saúde, onde não mais se cobra abstinência como única opção e se fala de cuidado e de atenção, bem como ocorre a substituição de contenção para acolhimento e de controle para continência. Dentro deste contexto, percebe-se uma construção de um novo fazer, o qual visa um compromisso ético em defesa da vida, convocando a todos da rede a assumirem a função do acolhimento e do cuidado (PASSOS, 2010).

Neste sentido, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, que se caracteriza como um campo de lutas em prol de outra forma de assistência em saúde mental, as ofertas de cuidado a usuários de álcool e outras drogas devem estar baseadas no modelo de atenção psicossocial, o qual reconhece os direitos e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. Em oposição a esse, o paradigma asilar concebe o indivíduo como um “doente mental” que ameaçava e oferecia risco à sociedade, por isso, deveria ser excluído do convívio social por meio da internação. Nesta perspectiva, o cuidado para usuários de álcool e outras drogas deve ter uma lógica ampliada, que visa à redução de danos, objetivando a reinserção social destes indivíduos. Todavia, visualiza-se nos grupos realizados que a internação ainda é uma prática de cuidado bastante presente no cotidiano dos serviços e que a reinserção social dos usuários ainda está sendo difícil de trabalhar.

Neste sentido, o debate sobre as práticas de acolhimento a pessoas que usam drogas se faz necessário tendo em vista a percepção de práticas individualizadoras que acontecem, como exemplo temos o crescimento de internações compulsórias dos usuários. Neste contexto, o acolhimento pode ser entendido como dispositivo, que acontece no encontro cotidiano dos profissionais e usuários, permeado por visões singulares e afetos (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), no campo da saúde, o acolhimento deve ser compreendido como uma diretriz ética/estética/política, características dos modos de se produzir saúde, bem como ferramenta tecnológica de intervenção na construção de vínculos, garantia ao acesso, qualificação de escuta que deve acontecer e ser responsabilidade dos serviços. Deste modo, entende-se o acolhimento como um regime de afetabilidade, uma tecnologia do encontro, que acontece a cada encontro e diante destes como “construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde” (BRASIL, 2010, p. 18).

O acolhimento se diferencia da triagem, pois não é um local ou espaço, mas sim uma postura ética, onde não se supõe profissional ou uma hora determinada para fazê-lo, implicando um compartilhamento de angústias, saberes e intervenções. Cada um teve ter para si a responsabilidade de acolher o outro em suas demandas tendo em vista o caso em questão. Deve acontecer em todos os momentos e locais do serviço e não como uma etapa do processo. Nos grupos realizados, percebe-se que a noção de acolhimento, por vezes, se direciona para uma ação ou atividade de um profissional, ou seja, “Eu acolho o outro, ofereço o menu de

atividades, grupo e oficinas do meu serviço e o usuário adere ou não, participa ou não” (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017, p. 490). Deste modo, se o usuário não adere, é porque lhe faltam condições para aderir e, geralmente, esta falta de condição é relacionada com a dependência química e todas suas atribuições, tais como falta de motivação, recaídas, fissura ou por fatores externos como “desestruturação familiar”, pobreza, etc. (ROMANINI; GUARESCHI; ROSO, 2017).

No encontro com as equipes do CAPS e da CT, percebeu-se que o acolhimento se refere à uma avaliação/triagem, na qual o sujeito é avaliado para “entrar” no serviço e então é encaminhado para atividades do mesmo, como se fosse um “cardápio de atividades” oferecido pela equipe. Entretanto, a equipe entende o acolhimento como algo que vai além da triagem, existe uma ação protocolar, mas esse cuidado em saúde é atravessado por contradições e encontramos uma equipe que busca maior flexibilização através da revisão constante de suas práticas. Também se percebeu que é atribuído ao sujeito usuário de drogas algumas características que são consideradas inerentes a ele, relativas ao seu modo de vida e do consumo da substância, o que dificultaria a “adesão” ao tratamento.

Durante a realização dos grupos focais, de um modo geral, entende-se que as equipes reforçam que para o usuário entrar, participar e permanecer no serviço é preciso que se crie um vínculo com o mesmo, no sentido de trabalhar as motivações do sujeito, principalmente relacionadas às questões do seu uso, o que se percebe nas falas abaixo.

Um dos principais desafios seria de criar um vínculo para ele continuar voltando, para ele não se desligar do serviço né, esse é um dos motivos que temos a reunião de AA aqui dentro, e a gente trabalha muito forte isso com eles, que conclua o tratamento, que continue voltando. Existe um projeto ai né seu M. na questão dos voluntariados fixos, que a ideia que isso aconteça logo né, para que de fato eles estejam próximos, pois o afastamento faz com que a pessoa de certa forma vá esquecendo um pouco o que passou, o que viveu. (GRUPO CT).

A gente trabalha muito qual a necessidade do usuário. A gente cria um vínculo muito bom, tanto com o usuário, quanto com o traficante. Hoje a gente entra em muito lugar que ninguém entra, que nenhuma equipe chega, sabe. E a gente é muito bem recebido por eles, eles não têm assim aquele receio de ser da polícia, ou de repreender eles. Não, a gente tem um vínculo muito bom. Quando eles tão usando, a gente chega, se eles não querem assunto, eles fazem algum gesto pra gente, a gente respeita, eles respeitam a gente ou se não eles fazem sinal que querem falar com a gente. (GRUPO RD).

A questão do vínculo atravessa as três equipes, com perspectivas diferentes. Na equipe da RD, o vínculo é entendido pelos profissionais como chave para aproximação e o desenrolar do tratamento com os usuários, permitindo a aproximação dos profissionais com o contexto de vida das pessoas, onde se estabelece uma relação de confiança. Já no CAPS AD e Comunidade Terapêutica, o vínculo é estabelecido e entendido como fator para que o sujeito adentre no serviço e se insira na proposta de tratamento ofertada, muito atrelado à motivação.

Para finalizar esta categoria, faz-se necessário discutir a noção de produção de saúde a partir de Emerson Merhy, o qual ressalta que o processo de produção de saúde só acontece quando se realiza nas interposições entre trabalhador e usuário. Merhy (2004) assinala uma preocupação com aqueles que produzem o cuidado, ressaltando que nem todo cuidado é mesmo cuidado. No sentido que alguns processos de encontros, no cuidado em saúde, promovem a interdição de sujeitos e territórios por meio da exclusão e dominação.

Nesta micropolítica dos encontros, territorializam-se, dentro das loucuras que ela contém, relações onde territórios e sujeitos interdita outros territórios e sujeitos. Os

encontros explodem como uma revelação de que agrupamentos de sujeitos colocam-se diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento. Parece que o outro, como estrangeiro, é, para ele, um grande incômodo, não suportando a possibilidade deste existir nem como imaginador (MERHY, 2004, p. 2).

Dentro desta perspectiva, a produção de saúde deve estar implicada com a produção de vida, ou seja, na relação que é estabelecida entre usuário e o trabalhador de saúde, o cuidado pode ser entendido como “um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro” (MERHY, 2004, p. 5). O cuidado é, dessa forma, produção de saúde, de subjetividade e de vida.

(Re)Pensando o trabalho com usuários de drogas: os redemoinhos dos modelos que orientam o cuidado

Por fim, na presente categoria são problematizadas as perspectivas de trabalho das equipes em relação às práticas que orientam o cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas, nas quais nota-se uma tendência para um hibridismo entre a redução de danos e o paradigma da abstinência, ou ainda entre o Modelo da Atenção Psicossocial e o Modelo Asilar.

Cabe ressaltar que as práticas de Saúde Mental, ao longo do tempo, vêm sofrendo grandes transformações, tendo sido fortemente caracterizadas a partir de dois grandes modelos ou modos: o asilar e o da atenção psicossocial. O primeiro dá ênfase para problemas de determinações orgânicas, não levando em conta a subjetividade do indivíduo e da sua rede de apoio, família e comunidade, constituindo-se como um sistema fechado, tendo o asilo como instituição e o saber médico predominante. Já o modelo da atenção psicossocial busca superar o modelo asilar, ou seja, propõe que o indivíduo em sofrimento não seja isolado, mas reinserido no mundo social, através da reabilitação psicossocial, sendo levado em conta os fatores culturais, biopsicossociais, espirituais, bem como do uso de diferentes tecnologias de cuidado, da integração do indivíduo como sujeito de sua história, da inserção da família, equipe multidisciplinar e comunidade como sistemas de apoio em relação às intervenções que disponibilizam atenção integral ao indivíduo (MARTINS et al., 2011).

De acordo com Ribeiro e Fernandes (2013), a abstinência se caracteriza como uma proposta de tratamento que faz uma síntese dos modelos moral e da psiquiatria, tomando as drogas como substâncias poderosas para viciar o sujeito, sendo entendido que qualquer pessoa que usa drogas irá se tornar uma pessoa viciada em algum momento de sua vida. Neste sentido, no tratamento que tem como modelo a abstinência, a substância tóxica aparece como mais importante que o sujeito que dela faz uso, tornando as consequências do uso iguais para todos os usuários, apenas se diferenciando na quantidade e no tipo de substância utilizada.

A proposta de tratamento pela abstinência se alia a uma perspectiva de repressão ao uso de drogas, o que possibilita pensar a ideia de que o consumo de drogas seria um problema de polícia e não de saúde pública. Desta maneira, este modelo de tratamento ressalta que a única forma de tratar/prevenir seria o não uso. Sendo assim, os usuários que se tratam através desta proposta se dizem em permanente recuperação, independentemente do tempo em relação ao último uso, ressaltando que estão “limpos” somente por hoje, ou seja, as recaídas são entendidas como uma grande ameaça para estes sujeitos. Desta forma, as recaídas são consideradas como um total fracasso do tratamento, sendo a abstinência um objetivo para toda vida (RIBEIRO; FERNANDES, 2013) – o que se mostrou muito evidente nos três serviços acompanhados, em especial na CT e no CAPS AD.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se caracteriza como um serviço de referência para pessoas com sofrimentos psíquicos, variando de acordo com o tratamento oferecido, bem como a faixa etária. Sendo o CAPS AD o principal instrumento de atenção à saúde no tratamento de uso/abuso de álcool e outras drogas, que tem como estratégias a reinserção social e a redução de danos (ARAÚJO et al., 2015).

E sempre tentando ver a perspectiva da pessoa, do que ela tá buscando, acho que isso a gente tá mais atentos a isso, tem as vezes as questões do risco que essa pessoa está se colocando que a gente avalia também, mas hoje tentando escutar o que ela está colocando ali naquele momento, acho que estamos tentando ver por esse lado também (...) (GRUPO CAPS).

A Portaria n. 3088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde organizou a atuação dos CAPS em diferentes modalidades, as quais foram definidas de acordo com a sua complexidade, o porte e a abrangência de população do município. Sendo assim, o CAPS AD é uma unidade de saúde especializada no atendimento de usuários de álcool e outras drogas, tendo como uma forma de tratamento a liberdade e, conseqüentemente, a reinserção social, respeitando as singularidades dos seus usuários (ARAÚJO et al., 2015). Na modalidade deste serviço, encontra-se a articulação em rede, a base comunitária, equipe multiprofissional e tratamento integral, abrangendo também a família dos usuários e fortalecendo a autonomia dos mesmos. Desta forma, a droga deve ser entendida de forma ampla e não unicausal.

Bom esse é um serviço que trata dependência química e é composto por uma equipe multiprofissional, aí citando quais são estes profissionais e que o tratamento que pode acontecer é através de grupos, de internação pode ser uma parte também, pois acho que é uma das coisas que é bem importante, a gente vai avaliando, a questão da motivação, do teste de motivação do paciente e isso a gente poderia explicar, pois ontem mesmo a gente tava numa reunião e o que aparece “Ah, mas a pessoa precisa, está no momento dela, ela precisa internar pois esse é o momento que ela quer”. Então de também nesse primeiro contato dizer: “Bom, o tratamento está sendo oferecido, mas não necessariamente precisa a internação, pois a internação não é sozinha o tratamento né”. E isso é uma coisa que na sociedade é muito ainda forte, que o tratamento é a internação (GRUPO CAPS).

Durante a realização dos grupos focais, percebeu-se que existe certo hibridismo entre abstinência e redução de danos, ou seja, entre o Modelo Asilar e o Modelo da Atenção Psicossocial. Parece consenso que o modelo em vigor no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) é o da Atenção Psicossocial, pautado no trabalho da Redução de Danos. Entretanto, observa-se também a lógica da abstinência, muitas vezes com o trabalho focado nos estágios motivacionais¹ e na prevenção de recaídas, assim como faz a Comunidade Terapêutica, pautada no Modelo Asilar. Isso não quer dizer que se desconsideram as tentativas da equipe do CAPS em reduzir as internações compulsórias e construir outras formas de cuidado, mesmo que a partir de diferentes concepções de tratamento.

¹ Os estágios motivacionais pertencem ao Modelo Transteórico, este que tem como foco a mudança intencional do indivíduo, onde supõe-se que a mudança comportamental irá acontecer ao longo de um processo, no qual o sujeito irá passar por muitos níveis de motivação para mudança. Níveis estes representados por estágios de motivação, sendo quatro: *pré-contemplação*, *contemplação*, *ação* e *manutenção*. De um modo geral, a abordagem motivacional tem como objetivo a estabilização do comportamento, buscando identificar as conquistas e ganhos realizados, bem como um grande esforço para prevenir as recaídas (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1994 apud SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

Já na Comunidade Terapêutica, mesmo que a proposta de tratamento seja voltada para a abstinência, assim como propõe o regulamento de uma Comunidade Terapêutica, a equipe, durante o grupo focal, demonstrou-se disposta a pensar e, de certa forma, colocar em prática algumas propostas que visem, por exemplo, a construção de um projeto terapêutico singular. Mesmo com a dureza do modo asilar e do paradigma da abstinência, a equipe consegue refletir que talvez esse usuário não chegue até uma internação, pois irá resolver sua questão com a redução de danos, “lá no território”, como ficou evidente na segunda categoria apresentada, bem como quando eles conseguem modificar e repensar este tempo de internação a partir da necessidade de cada usuário.

ocorreu uma reformulação, principalmente hoje está muito reforçado a questão do trabalho de grupo e seminários. Então o grupo de sentimentos ocorre de uma forma mais frequente, os seminários são trabalhados por técnicos de enfermagem, enfermeiros, assistente social, psicólogo (...). Com uma proposta de tratamento singularizado né, estudar caso e caso, com uma proposta de 45, 90 dias... (...) tem usuários que vão precisar de determinado período né em função das dificuldades que tem que apresentam e se isso precisa ser reforçado em um período maior de tempo né?! Para tentar contemplar todas essas necessidades que surgem (GRUPO CT).

Por fim, a equipe de redução de danos, que tem suas práticas de cuidado voltadas a partir da perspectiva do usuário e tem como premissa a redução de danos, por vezes também é atravessada pela lógica da abstinência, no sentido de que, quando vão ao território e buscam o usuário para uma internação (casos de busca ativa), essa ação pode ser resumida a uma busca para internação. Obviamente se considera a gravidade da situação, pois, às vezes são pessoas que estão há muito tempo em situação de rua e com risco de vida, o que justificaria a internação. Entretanto, a equipe corre sempre o risco de deslizar para um lugar de “polícia da saúde”, concebendo a internação como primeiro recurso. Pode-se pensar que a própria gestão e serviços esperam que essa equipe encaminhe para internação. Pensa-se, assim, o quanto a lógica da abstinência está ainda introjetada nos sujeitos, atravessando o cotidiano dos serviços, das equipes, embora se faça parte de uma equipe de redução de danos, ou seja,

somos capturados constantemente pela tentação do conforto das formas e dos equilíbrios; indicam também que empreendemos, a todo o momento, processos de institucionalização da vida e que ajudamos a modular os sistemas de saberes-poderes que nos atravessam e a conservar as redes invisíveis de subjetivação moral, que sabotam as forças vivas da vida, a potência do novo, do desconhecido, do inusitado, da diferença. Chamamos isso de "desejos de manicômio". (DIMEINSTEIN, 2006, p. 77).

Visualiza-se essa discussão nas passagens a seguir:

Mas a gente entende as famílias assim, que já estão cansados, que já estão a 6, 7 meses e as vezes aqueles 21 dias, 30 dias que eles ficam internados é um alívio pra família né, as vezes e isso acontece. Porque na verdade o nosso grande público é o morador de rua né. (...) busca ativa que eu falo é: Ou a gente consegue quando ta demais a recaída trazer para acolhimento para um outro profissional avaliar, ver o que consegue fazer... Ver se é internação ou não, ou se a pessoa deseja se internar novamente, assim a gente vai...Assim que a gente trabalha (GRUPO RD).

Nesta discussão é interessante a reflexão que Fassin (2010), citado por Macedo (2016), realiza sobre a economia moral que se refere às convicções construídas nos processos culturais fundamentados em uma concepção de justiça moral, o que pode moldar e influenciar decisões individuais, sociais e políticas. Deste modo, esta formulação contribui na análise das hierarquias que estão presentes no cuidado a usuários de álcool e outras drogas que visualizamos neste trabalho. Dentro desta perspectiva, em relação ao hibridismo que foi

analisado nos parágrafos acima, visualiza-se que este é também atravessado por valores, modos de operar, que justificam ações e concepções dentro das equipes e serviços.

Outro ponto a se refletir dentro desta perspectiva do hibridismo é que, além dos serviços, nós somos sujeitos polifásicos e híbridos, ou seja, nem sempre funcionamos com uma ou outra coisa. Por exemplo, um mesmo sujeito que acredita e ora por um Deus, é o mesmo que afirma ter uma doença e que toma remédios prescritos por um médico. Desse modo, é um sujeito que lança mão de saberes que são contraditórios, mas que constituem essa complexidade do fenômeno e do cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas.

Considerações finais

Neste artigo, buscou-se mapear e compreender as práticas de cuidado desenvolvidas através das equipes que atuam nos serviços públicos voltados às pessoas que usam álcool e outras drogas na cidade de Santa Cruz do Sul, tendo como procedimentos para a construção dos dados a realização de grupos focais com as equipes, observações nos grupos, atividades e em reuniões das equipes. Os dados construídos na pesquisa foram analisados a partir da análise temática de conteúdo, sendo então agrupados e analisados a partir de três categorias temáticas, que abordaram as noções de rede que surgiram nos grupos, a importância do território no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, as dificuldades encontradas na articulação entre os serviços, os conceitos de vínculo e acolhimento referente às práticas de cuidado e o hibridismo entre a redução de danos e o paradigma da abstinência que perpassa estas práticas.

No encontro realizado com as equipes, ao final da pesquisa e onde estiveram presentes profissionais participantes da pesquisa, foi possível entender que os resultados dessa pesquisa são circunstanciais, uma vez que os grupos focais acabam por “retratar” um determinado momento das equipes. Nesse encontro final, os profissionais ressaltaram ainda alguns avanços e desafios da rede, tais como: a ênfase na Redução de Danos, embora ainda haja muito desconhecimento sobre o trabalho dessa equipe, como importante articulador da rede; a complementaridade dos serviços, nas suas diferenças e semelhanças; nos últimos três meses o CAPS vem se aproximando do hospital de referência, bem como dos serviços de urgência e emergência, buscando minimizar os efeitos da descontinuidade do cuidado quando ocorrem as internações dos usuários; bem como ressaltaram a importância de uma reunião mensal que vem ocorrendo no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), na qual os profissionais da rede intersetorial conseguem discutir casos e buscar soluções compartilhadas.

Esta pesquisa tem como limitações abranger somente três serviços que produzem cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, dos cinco apontados pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, bem como em um dos grupos focais realizados poucos integrantes da equipe participaram, aspectos estes que poderiam ampliar discussões e o estudo. Outra limitação do estudo, é que alguns conceitos, como o de vínculo e acolhimento, que são essenciais nas práticas de cuidado, foram pouco explorados no escopo desse trabalho, assim os apontamos como importantes conceitos-dispositivos para serem ampliados em futuras pesquisas.

A pesquisa traz uma discussão importante, que é em relação ao hibridismo entre redução de danos e abstinência que permeia os serviços e equipes estudados. Percebe-se que valores e concepções culturais influenciam constantemente nas práticas de cuidado, tendo em vista que se visualiza a perspectiva da abstinência e proibicionista do uso de álcool e outras drogas no cotidiano de todos os serviços, mesmo que em diferentes concepções ou modelos de tratamento. Nesta direção, o manuscrito contribui com os estudos no campo ao evidenciar as

diferentes concepções de rede, a partir dos pontos de vista de cada serviço, a sua desconexão com o território e o hibridismo das práticas de cuidado. Esse hibridismo, por um lado, aproxima os profissionais que adotam e acreditam em diferentes perspectivas, por outro, confunde e enfraquece o modo de atenção psicossocial – sempre em tensão com o ideal da abstinência e necessidade recorrente de internações.

Percebemos também durante a realização dos grupos focais com as equipes, que a reabilitação psicossocial ainda é um desafio para os profissionais e serviços no cuidado a pessoas que usam álcool e outras drogas, ainda mais se levarmos em conta que os serviços apontaram a dificuldade na continuidade deste cuidado em rede, bem como a falta de ações que possibilitem a reinserção social dos usuários e, conseqüentemente, o fortalecimento de sua autonomia como cidadão ativo e participante da vida em sociedade. Parte dessa dificuldade se refere aos preconceitos vividos cotidianamente pelos usuários de álcool e outras drogas em nossa sociedade, fazendo-se imprescindíveis movimentos para fora dos muros dos serviços, visando a desinstitucionalização da loucura e do uso de drogas.

Um ponto importante discutido nos grupos focais foi a importância das agentes comunitárias de saúde, que exercem uma função primordial no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e, juntos delas, o trabalho realizado pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo em vista que eles, juntamente com a equipe de redução de danos, conseguem realizar o cuidado no território. Porém, devemos estar atentos para que o cuidado no território não fique apenas como responsabilidade da atenção básica, mas que seja uma prática dos outros serviços, fazendo-se necessárias mais ações de matriciamento entre os serviços da rede AD e a atenção básica, construindo um cuidado compartilhado. A corresponsabilização do cuidado é uma preocupação dessas equipes, que consideram que ainda há que se avançar na ideia de que o usuário não é “de um serviço”, mas é da rede.

Em relação às redes de saúde entendemos que é preciso mais do que simplesmente a oferta de serviços, mas sim a transversalização das relações, da comunicação entre esses serviços, de como estão sendo produzidos os modelos de atenção e gestão. Porém, visualiza-se no município de Santa Cruz do Sul, que apesar de se ter uma rede completa de serviços que produzem cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, ainda se percebe a falta de interação e diálogo entre os serviços e, dessa forma, podem acabar sustentando práticas individualizadoras. Nesta perspectiva, a pesquisa possibilitou que as equipes, no momento da realização do grupo focal, pudessem discutir sobre o cuidado produzido, refletir sobre estas práticas e pensar sobre a rede, assim como a roda de conversa entre os três serviços disponibilizou o encontro entre as equipes. Encontros estes que deveriam ser contínuos, tendo em vista que são de extrema importância para a construção de um cuidado mais eficaz e construção da integralidade. Por melhores encontros entende-se não o encontro que visa a homogeneidade, mas sim, o encontro de diferentes que produz algo em comum, mantendo as singularidades.

THE LOGIC OF NETWORKS, MODES OF CARE AND PRACTICES OF CARE IN HEALTH WITH USERS OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS

Abstract:

It is known that from the onset of the Psychiatric Reform and the constitution of public policies about drugs the use of alcohol and other drugs was thought as a public health issue. In this perspective, the main goal of this research was to map and understand the care practices developed by the staff workers of public health system that focus on people who are alcohol and drug users in the county of Santa Cruz do Sul. To gather data for the research the following procedures took place: participation in the staff meetings; conversation meetings with each staff team; participant observation in group activities at each one of the services. The data was analyzed using a content theme analysis, three theme categories were built. The first category shows and discusses the notion of network that came up in the groups. In the second category, it is identified and (re)discovered some care-taking practices within the context of the services being studied. At last, the third category highlights and problematizes the perspectives of the work of the teams. The research allowed for the understanding of the services that offer care to alcohol and drug users of Santa Cruz do Sul, as well as the challenges, articulations between the services and which perspectives are under this care-taking practice.

Keywords: Mental Health Services; Public Policies; Comprehensive Health Care; Substance Abuse Treatment Centers.

LA LÓGICA DE REDES, MODOS DE ATENCIÓN Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD CON USUARIOS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Resumen:

Es sabido que fue a partir de la Reforma Psiquiátrica y de la constitución de las políticas públicas sobre drogas que el uso del alcohol y otras drogas empezó a ser pensado como una cuestión de salud pública. Con esa perspectiva, el objetivo general de esta investigación ha sido de mapear y comprender las prácticas de cuidado desarrolladas a través de los equipos que trabajan en los servicios públicos para las personas que son usuarios de alcohol y otras drogas en la ciudad de Santa Cruz do Sul. Para la construcción de los datos de la investigación ha sido utilizados los siguientes procedimientos: participación en las reuniones del equipos de los servicios; realización de una rueda de charla con cada uno de los equipos; observación participante en los grupos y actividades en cada uno de los servicios. Los datos fueron analizados a partir de la análise temática de contenido, con tres categorías temáticas siendo constuidas. La primera categoría presenta y discute las nociones de red que surgiram en los grupos. En la segunda categoría, identificase y (re)descobrense algunas prácticas de cuidado en el contexto de los servicios investigados. Por fin, la tercera categoría pone en prueba y problematiza las perspectivas del trabajo de los equipos. La investigación hizo posible el entendimiento de los servicios que ofrecen cuidados a los usuarios de alcohol y otras drogas en Santa Cruz do Sul, así como los desafíos, articulaciones entre los servicios y cuáles perspectivas están orientando este cuidado.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental; Políticas Públicas; Atención Integral de Salud; Centros de Tratamiento de Abuso de Sustancias.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2012000100008. Acesso em: 13 set. 2017.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015. Acesso em: 11 set. 2017.

ARAÚJO, R. R.; COSTA, R. M. L. Subjetividade e política sobre drogas: considerações psicanalíticas. **EPOS**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jun. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2012000100008. Acesso em: 18 set. 2017.

ARAÚJO, R. R. et al. O ideal e o real em um serviço substitutivo de saúde mental: um relato de experiência. **SANARE**, Sobral, V. 14, n. 01, p. 69-75, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/611/328>. Acesso em: 01 set. 2017.

ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142013000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 01 out. 2017.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 15 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf. Acesso em: 16 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização do SUS. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Introdução. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2013, p. 19-25.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006.

Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007.
 Acesso em: 06 nov. 2017.

MACEDO, Fernanda dos Santos. A economia moral na atenção a gestantes que usam crack: uma análise das práticas cotidianas de cuidado. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140947/000991195.pdf?sequence=1>.
 Acesso em: 25 nov. 2017.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

MARTINS, A. K. L. et al. Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos: A evolução nas Práticas em Saúde Mental. **S A N A R E**, Sobral, v. 10, n. 1, p. 28-34, jan./jun. 2011. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/140>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da p.108-137, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. Acesso em: 25 out. 2017.

_____. Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida: O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar. **Saúde Coletiva**, v. 9, Campinas, 2004, p. 1-16. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PAIVA, Fernando Santana de et al. A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, 2014, p. 696-706. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000300018. Acesso em: 17 nov. 2017.

PASSOS, Eduardo. Pensar diferente o tema das drogas e campo de saúde mental. In: SANTOS, Loiva Maria de Boni. **Outras Palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. 1 ed. Porto Alegre, 2010, p. 07-14.

RIBEIRO, C. T.; FERNANDES, A. H. Os tratamentos para usuários de drogas em instituições de saúde mental: perspectivas a partir da clínica psicanalítica. **Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 260-272, Jun, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000200006. Acesso em: 23 mar. 2017.

RIGHI, Liane, Beatriz. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**, v. 2, p. 59-75, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf.

Acesso em: 19 out. 2017.

ROMANINI, M.; DETONI, P. P. A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais. **Revista Polis e Psique**, v.5, n. 2, 2014. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/51093>. Acesso em: 10 set. 2017.

ROMANINI, M.; GUARESCHI, P. A.; ROSO, A. O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 486-499, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0486.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. Rio.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 10, n. 1, p. 162-173, jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100012.

Acesso em: 06 nov. 2017.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa Científica. In: GERHARDT, E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. 1 ed: Porto alegre: Editora da UFRGS, 2009, p. 31-42. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 12 out. 2017.

Sobre os autores:

Evelin Helena Torrel é pós-graduanda lato sensu em Psicologia Social, na Faculdade Dom Alberto. Especialista em Psicanálise na Faculdade Dom Alberto. Psicóloga graduada na Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: evelinhelenatorrel@hotmail.com.

Moises Romanini é Doutor em Psicologia Social e Institucional, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria. Psicólogo graduado na Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS. Atualmente é Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Social e Institucional na UFRGS. E-mail: moisesromanini@yahoo.com.br.